

Coinfección fatal en una de las provincias más pobres de Mozambique: HIV y TB

Esther C. Casas

Institute of Tropical Medicine, Amberes (Belgium)

La paciente Amina A. de 28 años de edad, natural de Tete, Mozambique, llega al Hospital Provincial de Tete (HPT). Es referida desde el centro de salud de su distrito, a 7 horas andando, para estudio. Su marido, HIV positivo, falleció “de tos” hace dos años. Tuvo 6 hijos, de los que los dos menores fallecieron con 8 y 18 meses. Desde hace un año refiere tos y pérdida de peso, con Ziehl-Nielsen (ZN) en esputo repetidas veces negativo. En el “Banco de Socorro” del HPT por la mañana trabajan 3 técnicos de medicina (TdM) que cuentan con tres años de formación clínica. Deciden internarla con sospecha de tuberculosis (TB) e inmunosupresión severa. El ZN de esputo es de nuevo negativo y la RX de tórax muestra un infiltrado intersticial bilateral. El test de HIV es positivo, con un estadio clínico III según la OMS y 42 CD4 (células/ μ l).

Mozambique, al este de África Austral, cuenta con una población total de 18 millones y divide sus provincias en norte, centro y sur. En el centro se encuentra la provincia de Tete que limita con Zambia, Malawi y Zimbabwe y que alberga 1,6 millones de habitantes sin incluir los refugiados de Zimbabwe. Excelente corredor comercial, la ciudad de Tete posee el único puente que cruza el río Zambeze en todo su recorrido mozambiqueño. Dos mil quinientos camiones cruzan el puente cada mes. En Maputo, la capital, a unas dos horas de avión, se encuentra el Hospital Central de Maputo. Tiene el laboratorio de referencia de todo el país para estudio de cargas virales de HIV y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*. La principal fuente económica de las familias es la pequeña agricultura, también llamada “machamba”, donde se cultiva harina de maíz que constituye su base alimentaria. La mayor parte de la población sobrevive con menos de un dólar al día. En Tete ciudad, la prevalencia de HIV es de 19% y en la provincia es del 13%¹. Mientras que en Barcelona la incidencia anual de TB es de 30 casos/100.000 habitantes, en Mozambique es de más de 460 casos/100.000 habitantes, más del 50% relacionados con el HIV.

El HPT es el hospital de referencia de la provincia de Tete, está en proceso de rehabilitación y cabe pensar que las condiciones mejorarán. Cuenta con siete médicos para adultos y pediatría: un traumatólogo, un cirujano, un ginecólogo, 3 TdM en servicios de urgencias y un TdM para consultas no complicadas de pacientes HIV positivos. Existen dos médicos y dos enfermeras por cada pabellón de 43 camas². El laboratorio cuenta con una habitación de 5 m² para microbiología, sin campana extractora y con poca ventilación. Los medios de diagnóstico definitivo son escasos; ultrasonografía abdominal, estudio citológico de líquidos y rayos-X de tórax. Además, el ZN presenta una baja sensibilidad.

Según datos de monitorización recogidos desde enero de 2008, cada mes se diagnostican unos 37 casos de TB de una

media de 288 admisiones de adultos (13%), con las mismas características que Amina A., y 4 TB de 423 pacientes (1%) en pediatría. La mortalidad intrahospitalaria por TB es del 25% y supone un 16% de todas las muertes intrahospitalarias de adultos, prevalencia que puede ser infraestimada ya que constatamos que en muchos casos el diagnóstico en fallecidos se omite. Tan solo un 15% de las TB Pulmonares diagnosticadas en el hospital son Ziehl-Nielsen positivas y un 14% de todas las TB son extrapulmonares. La mayor parte de los pacientes HIV positivos presentan inmunosupresión avanzada con niveles de CD4 inferiores a 200 células/ μ l y por tanto con criterios de inicio de tratamiento antirretroviral. Todos los pacientes HIV en tratamiento con TB inician profilaxis primaria con cotrimoxazol.

El programa nacional de TB se controla a nivel de los centros de salud donde los enfermeros dispensan DOTS diario durante la fase intensiva de dos meses y semanal durante la fase de mantenimiento de 4 meses. El régimen incluye Rifampicina (R) durante todo el tratamiento en Dosis Fija Combinada (DFC)³. Todos los pacientes con TB son testados para el HIV. En los centros de salud son los mismos enfermeros los que controlan el tratamiento de TB y los que realizan el test. En el hospital, entre los enfermos internados HIV positivos, se realiza un cribado de TB y todos los pacientes dados de alta, reciben sesión de “counselling” tanto entre los HIV como en los TB, coinfectados o no. Como los servicios aún no están completamente integrados, el seguimiento HIV posterior se realiza en consultas independientes. El protocolo nacional contempla también el tratamiento de casos TB multiresistente (MDR-TB) con fármacos de segunda línea⁴ (5 casos en Tete). Sólo cuando conozcamos de manera más precisa la tasa de fallo terapéutico y de re-tratamientos, podremos tener una idea de la amenaza real de la MDR-TB en la provincia. Se calcula que la tasa de abandono de tratamiento de TB es del 10-15%. Sin embargo, se estima que en muchas áreas rurales periféricas la tasa de detección es inferior al 10%.

El tratamiento antirretroviral se ofrece de forma gratuita en el HPT, en todos los centros de salud de la ciudad y en todos los distritos de la provincia. Los medicamentos y regímenes de tratamiento antirretroviral siguen las guías internacionales de la OMS e incluyen, en caso de co-infección, Efavirenz (EFV) en lugar de Nevirapina (NVP) con “backbone” de antirretrovirales análogos de los nucleósido (Estavudina/Zidovudina y Lamivudina). Al finalizar el tratamiento para TB se sustituye EFV por NVP en formas comerciales genéricas de Dosis Fija Combinada (DFC)⁵.

Los expertos se dan cuenta actualmente que existe un importante riesgo de aumentar la transmisión nosocomial de TB debido al aumento de beneficiarios de tratamiento antirretroviral. En el HPT, por ejemplo, los pabellones superpoblados pueden doblar su capacidad en época de malaria y las salas de espera de las consultas son interiores y sin ventilación. Cuando un paciente se diagnostica de TB con ZN positivo se le ubica en una habitación especial de TB compartida con otros 7 enfermos pero los espacios comunes y dependencias sanitarias son compartidos con el resto de pacientes internados en la enfermería. Los enfermeros y médicos de las salas pasan visita con máscaras de cirugía que reutilizan diversos días.

Pese a los grandes avances en un contexto tan complejo, quedan todavía muchos retos por alcanzar. Realizar un cribado de TB a todos los pacientes HIV positivos, agilizar el flujo de pacientes con tos en las consultas externas, aislar adecuadamente a los pacientes internados, confeccionar monitoria, realizar estadísticas y evaluación, potenciar la información que se da al paciente, o mejorar el diagnóstico en pediatría son actualmente las actividades prioritarias. Recientemente se ha empezado a implementar profilaxis con isoniazida para infectados de TB entre personal de salud y menores de 5 años. La TB es una prioridad para las organizaciones internacionales no sólo en Tete sino en todo Mozambique. Se han alcanzado logros significativos como el tratamiento con dosis fija combinada en cursos de 6 meses con Rifampicina. Sin embargo, la TB MDR aún no es una prioridad y en muchos contextos podría estar incluso infraestimada. La comunidad internacional está de acuerdo en que se requieren medidas y acciones inmediatas pero primero es necesario controlar los programas básicos de TB. De momento no existe documentación ni datos suficientes al respecto. Una de las respuestas sería mejorar la accesibilidad a los centros de salud y a los hospitales, a medicamentos y tanto a medios diagnósticos como a la formación y al conocimiento de la TB como el componente prevenible y curable de mayor impacto de los cuidados a pacientes con infección por HIV.

Amina A. empezó ART a los quince días de haber iniciado el tratamiento con antituberculosos con excelente evolución clínica e inmunológica.

Bibliografía

1. *Ronda de vigilância epidemiológica do HIV de 2007*. Ministério da Saúde Moçambique (MISAU).
2. *Relatório Atividades Hospital Provincial de Tete 2006 e 2007*. Tete, Moçambique.
3. *Manual Clínico de Tuberculose*. MISAU Moçambique – Programa Nacional Controle Tuberculose e Lepra (PNCTL) 2007.
4. *Guião de Gestão da Tuberculose Multidrogas – Resistente* – MISAU Moçambique – PNCTL 2006.
5. *Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas Adulto e Adolescente*. MISAU 2006.

La TB, en las prisiones del Perú

José Best

Instituto Nacional Penitenciario. Perú

Características sociodemográficas de la población del Perú

El Perú es un país situado en Sudamérica, su gobierno es unitario, representativo y descentralizado¹, su población² al 2007 es de 28.220.764 habitantes, con una tasa de crecimiento de 1,6% en promedio por año². Asimismo la distribución de la población de acuerdo al género es de 49,7% hombres y 50,3% mujeres; de esta población 30,5% está comprendida entre los 0-14 años de edad y el 6,4% es mayor de 65 años o más, desde la última medición efectuada en el año 1993 el grupo de 0-14

años ha disminuido habiéndose incrementado los grupos de 15-64 años y mayores de 65 años de edad. Este mayor incremento de la población adulta mayor es un fenómeno que se expresa a nivel mundial. En los últimos 60 años la población del país se ha incrementado en 4,4 veces mientras que la población mundial creció sólo un 2,8 aproximadamente. Comparando las cifras entre los dos últimos censos (1993-2007) se aprecia un incremento de la población urbana siendo en el 2007 ésta un 75,9% y la población rural 24,1%, expresando la migración interna que se produce al interior de nuestro país en donde la población de menores recursos migra del campo a la ciudad para encontrar mejores condiciones de vida.

En el año 2007³, el 39,3% de la población del país se encontró en situación de pobreza y el 13,7% en la condición de pobres extremos.

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y la Población Privada de Libertad

El INPE es un organismo público descentralizado (OPD) del sector del Ministerio de Justicia, rector del Sistema Penitenciario nacional, con personería jurídica de derecho público y con autonomía económica, técnica, financiera y administrativa. Forma pliego presupuestario y se rige por el Código de Ejecución Penal y su reglamento⁴.

En el país existen al mes de agosto de 2007⁵, 43.934 personas privadas de libertad de las cuales el 93,2% son hombres y el 6,8% son mujeres; durante los últimos 10 años la ppl se ha incrementado en el país a un ritmo promedio de entre 4-6% por año, lo que se expresa como hacinamiento al interior de los establecimientos penitenciarios. El INPE tiene 8 Oficinas Regionales (O.R.) y cuenta con 77 establecimientos penitenciarios distribuidos a nivel nacional. En la O.R. Lima se encuentra el 52,4% de la ppl del país y se encuentra en Lima el establecimiento penal de Lurigancho que alberga a la mayor población (23,9% de la ppl del país).

Las características de la ppl nos permiten afirmar que ésta proviene de los sectores pobres y pobres extremos y que no han tenido acceso formal a los sistemas de educación, salud y trabajo. Muchos de ellos ingresan a la prisión con estilos de vida que los hace vulnerables por ejemplo a la tuberculosis dada las características de hacinamiento, escasa ventilación y pobre acceso a luz natural que se dan en los E.P.

La tuberculosis es un problema serio de salud pública en los E.P. y los penales se transforman en un “concentrador” de ésta, como se puede apreciar en la información de los años 2004-2007 en la Tabla 1.

Tabla 1. Casos de Tuberculosis (morbilidad) en 28 E.P. de mayor población años 2004-2007

Características	2004	2005	2006	2007
Nº PPL (en 28 E.P.)	26808	28028	30687	34434
Nº casos de TBC	511	533	597	830
Tasa x 100000 ppl	1906,14	1901,66	1945,44	2410,4

Fuente: Tabla elaborada por la Sub-Dirección de salud del INPE