



Organización Mundial de la Salud

POLÍTICA INTERINA SOBRE ACTIVIDADES COLLABORATIVAS

TB/HIV



POLÍTICA INTERINA SOBRE
ACTIVIDADES COLABORATIVASTB/VIH

Departamentos de Controlde Tuberculosis y VIH/SIDA

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 2004

Preparado por: Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom, Antony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn, Jos Perriens, Alasdair Reid y Marco Vitoria en representación del Comité de redacción de la política de lucha contra la tuberculosis y el VIH para el Grupo de trabajo mundial sobre tuberculosis y VIH de la alianza Alto a la Tuberculosis.

Comité de redacción de la política de lucha contra la tuberculosis y el VIH: Francis Adatu (Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Uganda), Karin Bergstrom (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Leopold Blanc (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Haileyesus Getahun (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Peter Godfrey-Fausset (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido de Gran Bretaña), Jeroen van Gorkom (Fundación KNCV de lucha contra la tuberculosis, Namibia), Anthony Harries (Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Malawi), Mark Harrington (Grupo de Acción Terapéutica, Estados Unidos de América), George Loth (Departamento de VIH/SIDA, OMS), Bess Miller (Centros de Control y Prevención de Enfermedades [CDC], Estados Unidos de América), Jintana Ngamvithayapong-Yanai (Fundación para la investigación de la tuberculosis y el VIH, Tailandia), Ya-Diul Mukadi (Family Health International, Estados Unidos de América), Wilfred Nkhoma (Oficina Regional para África, OMS), Paul Nunn (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Paul Pronyk (Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica), Pilar Ramon-Pardo (Organización Panamericana de la Salud, OMS), Jos Perriens (Departamento de VIH/SIDA, OMS), Alasdair Reid (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Ying Ru-Lo (Oficina Regional para Asia Sudoriental, OMS), Fabio Scano (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Catherine Sozi (ONUSIDA, Sudáfrica), John Stover (The Futures Group International, Estados Unidos de América), Marco Vitoria (Departamento de VIH/SIDA, OMS).

Nota de agradecimiento: además del Grupo de trabajo sobre tuberculosis y VIH de la alianza Alto a la Tuberculosis, del Grupo estratégico, técnico y consultivo de la OMS sobre la tuberculosis (STAG-TB) y de las diversas conferencias internacionales que revisaron el documento, las siguientes personas también lo revisaron y aportaron valiosas observaciones: Maarten van Cleeff (Fundación KNCV de lucha contra la tuberculosis, Países Bajos), Kevin DeCock (CDC, Kenya), Daniel Kibuga (Oficina Regional para África, OMS), Rafael Lopez (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Dermot Maher (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Mario Raviglione (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), Satyajit Sarkar (Departamento Alto a la Tuberculosis, OMS), miembros del Grupo de consulta, evaluación y vigilancia de la tuberculosis y el VIH y participantes en el Taller sobre la confección de tuberculosis y VIH, San Pedro Sula, Honduras (14–15 de agosto de 2003).

Coordinación general: Haileyesus Getahun

© Organización Mundial de la Salud, 2004

Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en este informe y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos que no se mencionan en este documento. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar la utilización de los datos.

Indice

Abreviaturas	iv
1. Introducción	1
1.1 Fundamento	
1.2 Propósito	
1.3 Destinatarios	
2. Proceso de formulación de la política	2
3. Finalidad y objetivos de las actividades colaborativas TB/VIH	2
4. Actividades colaborativas TB/VIH recomendadas	2
A Establecimiento de mecanismos de colaboración	
B Reducción de la carga de tuberculosis en personas que conviven con el VIH/SIDA	
C Reducción de la carga de enfermedad por VIH en pacientes con tuberculosis	
5. Umbrales para emprender las actividades colaborativas TB/VIH recomendadas	13
6. Objetivos de las actividades colaborativas TB/VIH	15
7. Bibliografía	16

Abreviaturas

DOT	Tratamiento bajo observación directa
DOTS (TAES)	Tratamiento breve bajo observación directa (estrategia internacional recomendada para la lucha antituberculosa)
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MDM	Metas de Desarrollo del Milenio
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
PTMN	Prevención de la transmisión de la madre al niño
STAG	Grupo estratégico, técnico y consultivo de la OMS sobre la tuberculosis
TB	Tuberculosis
TB/VIH	Asociación de Tuberculosis y VIH
TMN	Transmisión de la madre al niño
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

1. Introducción

1.1 Fundamento

La pandemia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa un importante desafío para el control de la tuberculosis (TB) en todos los niveles. Asimismo, de igual manera la tuberculosis constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA. Este documento guiará a los que tienen la responsabilidad de formular políticas en *lo que se debe hacer* para aliviar la carga simultánea de tuberculosis y VIH. Está concebido para ser utilizado conjuntamente con el Marco Estratégico para la Reducción de la carga de Tuberculosis y VIH [*Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV (1)*], que aborda *lo que se puede hacer*, y con la Guía para la Implementación de actividades colaborativas entre los programas de control de la tuberculosis y lucha contra el VIH [*Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities (2)*], que aborda el *cómo podrían hacerse*. Esta Política Interina está complementada por la Guía para el monitoreo y evaluación de las actividades colaborativas TB/VIH [*A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities(3)*] y la Guía para la vigilancia del VIH en pacientes con tuberculosis [*Guidelines for the surveillance of HIV among people with tuberculosis(4)*].

1.2 Propósito

Esta política da respuesta a solicitudes por parte de los países sobre el tipo de actividades colaborativas TB/VIH a poner en práctica y las circunstancias en las que se deben establecer. Es una política complementaria y crea sinergismos con las actividades centrales ya establecidas de los programas de prevención y lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis. La aplicación de la estrategia DOTS/TAES (estrategia de tratamiento breve bajo observación directa) es la principal arma de la lucha antituberculosa, del mismo modo que las actividades de prevención, fomento de la salud, y provisión de tratamiento constituyen las bases de la lucha contra el VIH/SIDA. (La tabla 1 proporciona un resumen práctico de las actividades colaborativas recomendadas, y la tabla 2 los umbrales a tener en cuenta para que los países emprendan dichas actividades.) Esta política no promueve el establecimiento de un programa independiente TB/VIH ni la incorporación de nuevos especialistas, sino que fomenta una mayor colaboración entre los programas de lucha contra la tuberculosis y el VIH/SIDA. Se busca garantizar un continuum de calidad asistencial durante la prestación de servicios a las personas que padecen o corren el riesgo de padecer tuberculosis y a aquellos seropositivos.

Aunque existen pruebas fehacientes del costo/efectividad de la estrategia DOTS y de numerosas medidas de prevención del VIH (5, 6), la evidencia sobre actividades colaborativas TB/VIH es escasa y está siendo todavía recopilada en distintos entornos. En la elaboración de esta política interina se han tomado en consideración los resultados de ensayos clínicos controlados aleatorios y no aleatorios, datos de otros estudios analíticos y descriptivos de carácter observacional y resultados de investigaciones operativas. Así mismo se han considerado opiniones de expertos basadas en una sólida experiencia clínica de campo. Se trata de una política en evolución, que se irá actualizando de forma continua conforme surjan nuevos datos y prácticas mejores.

1.3 Destinatarios

Este documento ha sido concebido para quienes toman decisiones en el ámbito de la salud, los directores de los programas de lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis que trabajan en todos

los niveles del sector salud, los organismos donantes, los organismos de desarrollo y las organizaciones no gubernamentales que apoyan programas de lucha contra la tuberculosis y el VIH/SIDA. Las recomendaciones que aquí se hacen también pueden repercutir en las orientaciones estratégicas y actividades de otros ministerios.

2. Proceso de formulación de la política

El Grupo de Trabajo Global TB/VIH participó en la formulación de esta política, y un comité de redacción preparó la primera versión y las versiones subsiguientes. El Grupo de trabajo TB/VIH coordina la respuesta mundial a las epidemias superpuestas de VIH y tuberculosis y forja la colaboración entre las comunidades que trabajan en tuberculosis y VIH/SIDA. Entre sus miembros figuran gestores de programas, organismos de desarrollo, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, activistas y grupos de apoyo a pacientes que trabajan con la OMS y el ONUSIDA tanto en los programas de VIH como de tuberculosis. El comité de redacción estuvo conformado por expertos técnicos de la tuberculosis y el VIH, formuladores de políticas sanitarias, personas que viven con el VIH y activistas, gestores de programas internacionales y nacionales de lucha contra el VIH y la tuberculosis y organismos donantes. El borrador de la política fue discutido en conferencias internacionales por aquellos interesados en la lucha contra la tuberculosis y el VIH. Contó con el aval del Grupo de Trabajo Global TB/VIH y del Grupo Estratégico, Técnico y Consultivo de la OMS sobre la tuberculosis (STAG), órgano de asesoría técnica y estratégica de la OMS en materia de lucha antituberculosa.

3. Finalidad y objetivos de las actividades colaborativas TB/VIH

La finalidad de la política interina es reducir la carga de tuberculosis y VIH/SIDA en las poblaciones afectadas por ambas enfermedades. Los objetivos de las actividades colaborativas TB/VIH son: (1) establecer mecanismos de colaboración entre los programas de control de tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA; (2) reducir la carga de enfermedad por tuberculosis en las personas afectadas por el VIH/SIDA; y (3) reducir la carga de enfermedad por VIH/SIDA en los enfermos tuberculosos.

4. Actividades de colaboración recomendadas en materia de tuberculosis y VIH

Este documento se centra en las actividades colaborativas que abordan la interfase de las epidemias de tuberculosis y de VIH/SIDA y que deben llevarse a cabo dentro del marco de la respuesta del sector de la salud a la intersección de estas epidemias (tabla 1).

Estas actividades colaborativas serán más exitosas en la medida que las estrategias nacionales de control de la tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA se basen en directrices internacionales y se lleven a cabo de una manera eficaz. Las actividades recomendadas pueden ser efectuadas por los programas de lucha contra la tuberculosis y el VIH/SIDA, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones comunitarias o el sector privado, bajo la dirección de los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y el VIH/SIDA.

Tabla 1. Actividades colaborativas recomendadas en materia de tuberculosis y VIH

A.	Establecimiento de mecanismos de colaboración
A.1	Creación de un órgano de coordinación de actividades sobre la tuberculosis y el VIH que sea eficaz en todos los niveles.
A.2	Vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis
A.3	Planificación conjunta de las actividades TB/VIH
A.4	Monitoreo y evaluación de las actividades
B.	Reducción de la carga de enfermedad por tuberculosis en personas que conviven con el VIH/SIDA
B.1	Intensificación de la búsqueda de casos de tuberculosis
B.2	Introducción de tratamiento preventivo con Isoniazida
B.3	Garantía del control de la infección tuberculosa en los organismos de salud e instituciones colectivas.
C.	Reducción de la carga de enfermedad por VIH/SIDA en los pacientes con tuberculosis
C.1	Provisión de servicios de consejería y pruebas de detección VIH
C.2	Introducción de métodos preventivos para la infección por VIH
C.3	Introducción de tratamiento preventivo con cotrimoxazol
C.4	Garantía de atención y apoyo a pacientes con VIH/SIDA
C.5	Introducción de tratamiento antirretroviral

A. Establecimiento de mecanismos de colaboración

A.1 Creación un órgano de coordinación de actividades sobre la tuberculosis y el VIH que sea eficaz en todos los niveles

Hasta ahora los programas de control de la tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA han seguido en gran medida rumbos distintos, incluso en los entornos con gran prevalencia del VIH. Es por ello que es necesario establecer órganos de coordinación de las actividades contra la tuberculosis y el VIH/SIDA a fin de lograr una colaboración más eficaz entre estos programas en todas las esferas para potenciar sus esfuerzos individuales. Las áreas de responsabilidad básica de los órganos de coordinación TB/HIV son:

- administración y movilización de recursos destinados a las actividades de control de tuberculosis y lucha contra el VIH
- desarrollo de la capacidad humana que incluye capacitación
- garantía de comunicaciones coherentes sobre TB/VIH
- fomento de la participación de la comunidad en actividades conjuntas TB/VIH
- supervisión de la preparación de la base de datos que apoyan la evidencia

Resultados de investigaciones operativas y la opinión de expertos indican que la conformación de órganos de coordinación de actividades TB/VIH en todos los niveles donde participan todos aquellos interesados en la coinfección, no sólo es posible sino que además favorece el compromiso y el sentido de pertenencia. Este órgano de coordinación tendrá que ocuparse de los asuntos administrativos propios de la implementación de un plan conjunto TB/VIH (7-9).

Recomendaciones

Los programas de lucha contra el VIH/SIDA y control de tuberculosis deben constituir un órgano nacional conjunto para coordinar las actividades TB/VIH, que trabaje en los niveles regional, distrital y local del país (teniendo en cuenta factores específicos), con una representación idéntica o equilibrada de ambos programas y la inclusión de grupos de ayuda para los pacientes con tuberculosis e infección por VIH.

A.2 Vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis

La vigilancia es fundamental para la ejecución y planificación de un programa. Existen básicamente tres métodos para vigilar la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis: las encuestas periódicas especiales (encuestas transversales de seroprevalencia del VIH en un grupo representativo de pacientes con tuberculosis dentro de un país); las encuestas centinela o de vigilancia (utilización de los pacientes con tuberculosis como grupo «centinela» dentro del sistema general de vigilancia «centinela» del VIH); y los datos obtenidos rutinariamente en los servicios asesoramiento consejería y pruebas de detección del VIH en pacientes con tuberculosis. El método de vigilancia elegido dependerá de la situación de la epidemia de VIH,¹⁻³ de la situación de la tuberculosis en general y de la disponibilidad de recursos y experiencia.

Los datos disponibles de estudios descriptivos (10-12) y la opinión de expertos (13) indican que la vigilancia del VIH en pacientes con tuberculosis constituye una actividad crucial para poder analizar y comprender las tendencias de la doble epidemia y formular estrategias sólidas contra ella.

Recomendaciones

1. Constituir un sistema de vigilancia del VIH en pacientes con tuberculosis en todos los países, independientemente de las tasas nacionales de prevalencia del VIH en los adultos.
2. En países en que se desconoce la prevalencia del VIH entre pacientes con tuberculosis se debe llevar a cabo una encuesta de seroprevalencia (periódica o centinela) para evaluar la situación..
3. En países con epidemia generalizada,¹ la vigilancia debe basarse en los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH para todos los pacientes con tuberculosis. Si esos servicios no se han implantado aún, se puede recurrir a encuestas periódicas o centinela.
4. En los países con epidemia localizada,² donde los grupos de alto riesgo de infección por VIH se concentran en determinadas divisiones administrativas, la vigilancia debe basarse en servicios de consejería y pruebas de detección del VIH para todos los pacientes con tuberculosis de tales divisiones administrativas. Si esos servicios no se han implantado aún, se puede recurrir a encuestas periódicas o centinela

¹ Epidemia generalizada: la prevalencia del VIH es sistemáticamente superior al 1% en mujeres embarazadas

² Epidemia localizada: la prevalencia del VIH es sistemáticamente superior al 5% en al menos una subpoblación definida e inferior al 1% en mujeres embarazadas de las áreas urbanas

5. En los países con epidemia poco desarrollada³ se aconseja efectuar encuestas periódicas o centinela.

A.3 Planificación conjunta de las actividades sobre TB/VIH

Los programas de control de tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA requieren una planificación estratégica común si han de colaborar con éxito y de forma sistemática. Estos programas deben, ya sea formular un plan conjunto contra la tuberculosis y el VIH o incluir componentes de tuberculosis y VIH en los planes nacionales específicos para esas enfermedades. Se deben definir con claridad las funciones y responsabilidades de cada programa respecto a la ejecución de las actividades específicas sobre tuberculosis y VIH a nivel nacional y demás niveles.

Entre los elementos cruciales de la planificación conjunta figuran las actividades que se detallan en los apartados A-C de este documento, así como la movilización de recursos, el fortalecimiento de la capacidad operativa necesaria incluida la capacitación, la comunicación (sensibilización, comunicación programática y movilización social), una mayor participación de la comunidad, y las investigaciones operativas.

A.3.1 Movilización de recursos para tuberculosis y VIH

Las actividades colaborativas TB/VIH que hacen parte de estrategias de VIH/SIDA y tuberculosis suficientemente financiadas, tal vez no necesiten un gran aporte económico adicional. En el supuesto de que uno o ambos programas no dispongan de fondos o capacidad humana suficientes, lo primero que hay que hacer es movilizar recursos adicionales para fortalecer cada uno de los programas. Se deben elaborar propuestas conjuntas para solicitar recursos que permitan poner en práctica las actividades colaborativas TB/VIH, dentro del marco del órgano de coordinación común, basadas en los aspectos fuertes de ambos programas y en las necesidades específicas del país.

Recomendaciones

1. La planificación conjunta debe especificar claramente las funciones y las responsabilidades de cada programa respecto a la ejecución de las actividades específicas TB/VIH descritas en la tabla 1, tanto a nivel nacional como distrital (como se describe en la guía para la ejecución de actividades colaborativas entre los programas de tuberculosis y VIH) (2).
2. Los países deben asegurar la movilización y el empleo adecuado de recursos humanos cualificados en cantidad suficiente para llevar a cabo las actividades colaborativas TB/VIH de acuerdo con la situación del país
3. Los órganos de coordinación TB/VIH deben responsabilizarse de la administración y movilización de recursos necesarios para poner en práctica las actividades colaborativas, evitando así la competencia entre los programas de tuberculosis y VIH/SIDA por los mismos recursos

³ Epidemia poco desarrollada: la prevalencia del VIH nunca ha sido superior al 5% en cualquiera de las subpoblaciones definidas.

A.3.2 Fortalecimiento de capacidad de respuesta contra las epidemias de tuberculosis y VIH, incluida la capacitación

El fortalecimiento conjunto de la capacidad de respuesta contra la tuberculosis y el VIH debe incluir la capacitación del personal de salud en cuestiones relativas a la tuberculosis y el VIH. Debe fortalecerse la capacidad en el propio sistema asistencial, por ejemplo, en el laboratorio y en los sistemas de referencia de casos, a fin de permitirles afrontar mejor la demanda creciente de actividades colaborativas TB/VIH.

Recomendaciones

1. Los programas de tuberculosis y VIH/SIDA deben elaborar un plan de capacitación conjunta para entrenar al personal de salud al iniciar sus funciones y durante el desempeño de las mismas, así como educación médica continuada sobre actividades colaborativas TB/VIH, a profesionales de salud de cualquier categoría..
2. Los programas de control de tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA deben asegurar que la capacidad de respuesta de los servicios de salud (por ejemplo, sistema de referencia de casos, servicios farmacéuticos y de laboratorio) sea suficiente para llevar a cabo de manera eficaz las actividades colaborativas TB/VIH.

A.3.3 Comunicación para TB/VIH: sensibilización, comunicación programática y movilización social

La sensibilización orientada a influir en las políticas, la ejecución de los programas y la movilización de los recursos es de vital importancia para acelerar la puesta en práctica de las actividades colaborativas TB/VIH. La comunicación bidireccional entre los programas y el público en general, que informa y fomenta la sensibilización sobre las epidemias de tuberculosis y VIH, es crucial para garantizar que los pacientes busquen de forma activa los servicios de salud y los aprovechen. La movilización social, que forja la voluntad del público y asegura el consenso general y el compromiso social entre todas las partes interesadas, es fundamental para mitigar el estigma social y prevenir la tuberculosis y el VIH, así como para fomentar la participación en actividades colaborativas TB/VIH.

Recomendaciones

1. Se deben llevar a cabo actividades de sensibilización adecuadamente planificadas en materia de tuberculosis y VIH (planeadas de forma conjunta a fin de garantizar la coherencia de sus mensajes, y dirigidas a los principales interesados y responsables de la toma de decisiones) en los planos mundial, nacional y local.
2. Los programas de VIH/SIDA y tuberculosis deben concebir estrategias comunes para la movilización social y la comunicación que satisfagan las necesidades de usuarios particulares, de los pacientes y de las comunidades afectadas por el VIH/SIDA y la tuberculosis.
3. Las estrategias de comunicación comunes deben garantizar la inclusión de elementos sobre el VIH en la información relativa a la tuberculosis y de elementos sobre la tuberculosis en la información sobre el VIH

A.3.4 Fomentar la participación de la comunidad en actividades colaborativas TB/VIH

La expansión de las actividades colaborativas TB/VIH fuera del sector salud mediante la participación de las comunidades es de una importancia capital. A través de los grupos de apoyo que asisten a las personas afectadas por el VIH/SIDA y de las organizaciones comunitarias, los servicios de prevención y atención de la tuberculosis pueden integrarse en los servicios de prevención, atención y apoyo para el VIH/SIDA. Se puede movilizar a las comunidades de forma eficaz para que soliciten recursos y oportunidades para poner en práctica actividades colaborativas TB/VIH.

Las organizaciones comunitarias, como las que proporcionan atención domiciliaria a los enfermos con VIH/SIDA, pueden también participar en la identificación de las personas con signos y síntomas de tuberculosis y en la vigilancia de la aplicación del tratamiento bajo observación directa de la tuberculosis. Se puede proporcionar tratamiento preventivo a base de isoniazida a los contactos cercanos del paciente VIH-positivo con tuberculosis infecciosa. Las organizaciones existentes pueden llevar a cabo todo esto con un costo adicional mínimo.

Recomendaciones

1. Todas las partes interesadas, incluidos los programas de VIH/SIDA y de tuberculosis, deben hacer lo posible por incluir actividades de prevención y atención de la tuberculosis en los servicios comunitarios de prevención, atención y apoyo destinados a las personas afectadas por el VIH/SIDA, de igual modo que los servicios comunitarios de prevención y de atención de la tuberculosis deben incluir actividades de prevención, atención y apoyo para las personas con VIH/SIDA.
2. Todas las partes interesadas, incluidos los programas de VIH/SIDA y de tuberculosis, deben asegurar la participación de los grupos de ayuda a los pacientes con VIH y tuberculosis y de sus comunidades en la planificación, la ejecución y el fomento de actividades colaborativas TB/VIH.

A.3.5 Investigación operativa para el fomento de las actividades colaborativas TB/VIH

Las investigaciones operativas ayudan a identificar los medios más eficientes para poner en práctica actividades colaborativas TB/VIH. Estas investigaciones informan el desarrollo de políticas y estrategias a nivel nacional e internacional, tomando en consideración la diversidad geográfica, cultural y de recursos.

Recomendación

Todas las partes interesadas en actividades colaborativas TB/VIH, en particular los programas específicos contra estas enfermedades, deben apoyar y fomentar las investigaciones operativas específicas en el país para crear una base de pruebas científicas que permita poner en práctica dichas actividades con eficacia y eficiencia.

Los resultados de investigaciones operativas (7-9), opinión de expertos (8, 9) y análisis de políticas (14) indican que una ejecución eficaz y eficiente de las actividades colaborativas TB/VIH depende de la planificación y la ejecución conjuntas por parte de los programas de VIH/SIDA y de tuberculosis. Exige además una estrecha colaboración entre los servicios de atención comunitarios y las instituciones de salud públicas. La participación del personal de atención domiciliaria y del personal de salud comunitario en actividades ligadas tanto a la tuberculosis como al VIH/SIDA ha sido puesta en práctica con éxito en diversos países. Existen pruebas de la costoeficacia de los servicios comunitarios de atención de la tuberculosis (5, 15, 16) y del VIH/SIDA (6).

A.4 Monitoreo y evaluación de las actividades colaborativas TB/VIH

El monitoreo y la evaluación permiten valorar la calidad, la efectividad, el alcance y la ejecución de las actividades colaborativas TB/VIH. Ambos programas fomentan una cultura de aprendizaje en el seno de los programas y por ese motivo garantizan el progreso continuo de su funcionamiento. El monitoreo y la evaluación conllevan la colaboración entre los programas y el sistema de salud en general, así como el establecimiento de un sistema de referencia de pacientes entre distintos servicios y organizaciones. Este sistema de referencia ha de integrarse en los sistemas de monitoreo y evaluación vigentes en un marco de estricta confidencialidad.

Los resultados de las investigaciones operativas (7,8) en África y opinión de expertos (7) muestran la importancia de la estandarización del monitoreo y la evaluación de las actividades conjuntas TB/VIH para determinar el impacto de esas actividades y garantizar la ejecución y la gestión eficaz del programa

Recomendaciones

1. Los programas de VIH/SIDA y tuberculosis deben establecer de común acuerdo un conjunto básico de indicadores y de instrumentos de recolección de datos, y deben obtener la información para el monitoreo y la evaluación de las actividades colaborativas TB/VIH
2. Las directrices de la OMS sobre el monitoreo y evaluación de las actividades colaborativas TB/VIH deben servir de base para la estandarización de las actividades de monitoreo y evaluación específicas del país..

B. Reducción de la carga de enfermedad por tuberculosis en personas que conviven con el VIH/SIDA

B.1 Intensificación de búsqueda de casos de tuberculosis

La búsqueda intensificada de casos de tuberculosis comprende la búsqueda de signos y síntomas de tuberculosis en sitios donde se concentran personas infectadas por el VIH. La identificación temprana de signos y síntomas de la enfermedad entre los afectados por el VIH/SIDA y sus contactos directos, entre grupos de alto riesgo para VIH y en personas que viven en instituciones colectivas (por ejemplo: cárceles, albergues de trabajadores, cuarteles de policía y cuarteles militares), seguida del diagnóstico y tratamiento oportuno, aumenta la posibilidad de supervivencia, mejora la calidad de vida y reduce el contagio de la tuberculosis en la comunidad.

Recomendaciones

1. Se debe realizar una búsqueda más intensa de casos de tuberculosis en todos los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH, haciendo uso como mínimo de un sencillo cuestionario para identificar cuanto antes los presuntos casos de tuberculosis. Las personas que hagan las preguntas deben ser consejeros entrenados para ello.
2. Se debe instaurar un sistema de referencia de pacientes entre los servicios de consejería y pruebas del VIH y los centros de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.
3. Se debe intensificar la búsqueda de casos de tuberculosis entre personas afectadas por el VIH/SIDA en consultorios y hospitales, los contactos directos de estas personas, las poblaciones con alto riesgo de infección por el VIH y las instituciones colectivas. Para ello se debe fomentar la sensibilización y los conocimientos sobre las interacciones de la tuberculosis con el VIH en el personal de salud y en las poblaciones atendidas, identificando a los sospechosos de padecer tuberculosis y refiriéndolos a centros de diagnóstico de forma sistemática.

La evidencia disponible indica que la búsqueda intensificada de casos de tuberculosis y el tratamiento de esta enfermedad en personas con infección por VIH interrumpe su contagio a través de los casos infecciosos (17, 18), previene la mortalidad (19), disminuye el riesgo de transmisión intrahospitalaria de tuberculosis y brinda la oportunidad de proporcionar tratamiento antituberculoso preventivo a los pacientes VIH-positivos (20). Se ha visto asimismo que la búsqueda intensificada de casos de tuberculosis es factible (8, 19-21), no exige demasiado tiempo y puede realizarse en los servicios de salud existentes sin mayor costo adicional (7, 8). Los consejeros capacitados y otros trabajadores de salud no especializados pueden utilizar un sucinto cuestionario sobre los síntomas de la tuberculosis para identificar los casos activos (7, 8). En las investigaciones operativas llevadas a cabo en África (8) y otros lugares (20) se detectaron casos de tuberculosis sin diagnóstico previo en el 11% de las personas que vivían con el VIH/SIDA a través de los servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH..

B.2 Introducción de tratamiento preventivo con Isoniazida

La Isoniazida se administra a quienes sufren una infección latente por *Mycobacterium tuberculosis* a fin de evitar que la enfermedad progrese y se vuelva activa. Antes de instaurar este tratamiento es muy importante excluir una tuberculosis activa. El paciente toma Isoniazida diariamente durante un periodo de seis a nueve meses. Puesto que las personas seropositivas pueden contraer tuberculosis antes de que esté indicado el tratamiento antirretroviral, y habida cuenta de que no existen indicios que justifiquen la contraindicación del uso combinado, el empleo de antirretrovirales no excluye el uso de la terapia preventiva a base de isoniazida

Recomendaciones

1. Los programas de VIH/SIDA deben proporcionar tratamiento preventivo con Isoniazida como parte del paquete asistencial destinado a personas seropositivas, después de haber descartado con seguridad una posible tuberculosis activa.
2. La información sobre la terapia preventiva con Isoniazida debe estar al alcance de todos los afectados por el VIH/SIDA.

La evidencia disponible muestra que la terapia preventiva con Isoniazida es más eficaz (22) y segura (23) que los regímenes que contienen rifampicina y pirazinamida en la prevención de la infección tuberculosa latente. Varios ensayos aleatorios revelan que la terapia preventiva con Isoniazida reduce de forma eficaz la incidencia de tuberculosis y los fallecimientos por causa de esta enfermedad en los pacientes con infección por VIH y prueba positiva de tuberculina (24). La terapia preventiva con Isoniazida también permitió economizar en concepto de atención médica y reducir los costos sociales en el África subsahariana (25). No obstante, la administración de esta terapia exige el cumplimiento de varias etapas, a saber, la identificación de los individuos VIH-positivos, una búsqueda de signos y síntomas para descartar una posible infección tuberculosa activa y el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente (24). Por estos motivos, la viabilidad de esta terapia es menos evidente en los países en desarrollo (24). Algunos estudios en los que se ha utilizado tratamiento antirretroviral combinado con terapia preventiva con Isoniazida no han mostrado pruebas concluyentes acerca de su efectividad (26, 27). Para poder actualizar la política interina se deberán seguir de cerca los resultados de futuros estudios de evaluación de la efectividad del uso combinado de esos tratamientos.

B.3. Garantía de control de la infección tuberculosa en organismos de salud e instituciones colectivas

En los organismos de salud y en las instituciones colectivas (por ejemplo, cárceles y cuarteles), donde las personas con tuberculosis y VIH viven con frecuencia hacinadas, la infección tuberculosa se ve favorecida. Entre las disposiciones para reducir el contagio de la tuberculosis figuran medidas de índole administrativa, ambiental y de protección personal, que en general tienen por objeto reducir la exposición a *M. tuberculosis* de los profesionales de salud, el personal de cárceles, la policía y sus clientes y cualquier otra persona que viva en instituciones colectivas.

Entre las medidas administrativas deben figurar el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento tempranos de las personas con presunta tuberculosis, en especial de los casos de tuberculosis pulmonar, y el aislamiento de los supuestos afectados de tuberculosis pulmonar del resto de los individuos hasta la confirmación o exclusión del diagnóstico. Las medidas de protección ambiental deben incluir un aumento al máximo de la ventilación natural y el uso de rayos ultravioletas (si procede). Entre las medidas de protección personal deben figurar la protección de las personas VIH-positiva contra el posible contagio de tuberculosis (por ejemplo, la transferencia de personas VIH-positivas de las salas de atención médica) y la dispensación de tratamiento preventivo con Isoniazida.

Los datos disponibles indican que los profesionales de salud, los estudiantes de medicina y enfermería que están en contacto con pacientes (17, 28), prisioneros (29) y tropas de los cuarteles militares (30) corren un elevado riesgo de contagio de tuberculosis, que se ve exacerbado por la epidemia del VIH/SIDA. El VIH fomenta la progresión hacia tuberculosis activa en las personas con contagio reciente o con una infección latente por Mycobacterium tuberculosis (1).

Recomendación

Todos los organismos de salud e instituciones colectivas deben disponer de un plan de control de la infección tuberculosa apoyado por todas las partes interesadas, que prevea medidas de protección personales, ambientales y administrativas para reducir la transmisión de la tuberculosis en esos entornos.

C. Reducción de la carga de enfermedad por VIH en pacientes con tuberculosis

C.1 Provisión de servicios de consejería y pruebas de detección del VIH

La mayoría de las personas con infección por VIH no conocen su estado serológico y buscan atención de salud en proveedores de servicios de salud generales. Los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH que se dispensan a los pacientes tuberculosos, mediante pruebas rápidas, representan el punto de acceso a un continuum de prevención, atención, apoyo y tratamiento contra el VIH/SIDA, así como contra la tuberculosis. De ello se benefician el paciente, la familia y la comunidad en general. Las pruebas deben ser fácilmente accesibles y voluntarias, se debe obtener el consentimiento informado, y ha de asegurarse la confidencialidad.

La información proporcionada por expertos (7) e investigaciones operativas (8, 9) revelan que los servicios de consejería y pruebas de detección del VIH constituyen un punto de acceso directo para la atención y el apoyo de los enfermos de tuberculosis infectados por el VIH. También ha sido elevada la toma de pruebas de detección del VIH por parte de los pacientes con tuberculosis (8, 9, 31). La costoeficacia de los servicios voluntarios de consejería y pruebas de detección del VIH aumenta de forma significativa cuando los beneficiarios de estas pruebas son las poblaciones con alta prevalencia de VIH (32).

Recomendaciones

1. Se deben ofrecer servicios de consejería y pruebas de detección del VIH a todos los pacientes con tuberculosis en los lugares en que la prevalencia del VIH entre pacientes tuberculosos supere el 5%.
2. Los programas de control de tuberculosis deben incorporar la prestación de servicios de consejería y pruebas de detección del VIH a sus actividades o establecer un sistema de referencia de pacientes con los programas de VIH/SIDA para que estos servicios se lleven a cabo.

C.2. Introducción de métodos de prevención para la infección por VIH

La disminución de la transmisión sexual, vertical y parenteral del VIH se basa en programas generales de educación sobre el VIH/SIDA. Entre las medidas destinadas a reducir la transmisión sexual del VIH figuran la promoción de conductas y prácticas sexuales más responsables y seguras, el retraso del inicio de la actividad sexual, la reducción del número de compañeros sexuales, el uso sistemático de preservativos (masculinos o femeninos) y el diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual. Algunas de las medidas para reducir la transmisión del VIH por vía parenteral son la comprobación de la seguridad del suministro de sangre y la utilización de material de inyección y quirúrgico esterilizado en los organismos de salud. Entre los consumidores de drogas intravenosas pueden resultar útiles estrategias para reducción del daño tales como un mayor acceso a material de inyección esterilizado, tratamientos contra la drogodependencia y servicios extra-institucionales destinados a reducir la frecuencia de uso de las drogas inyectables. Se puede reducir la transmisión vertical del VIH mediante el suministro de fármacos antirretrovirales a las mujeres embarazadas y sus bebés

La evidencia existente al respecto indica que los métodos de prevención del VIH son costo efectivos (6). La provisión de métodos de prevención de la infección por VIH por parte de los programas de control de tuberculosis o la remisión eficaz de los pacientes a los programas de lucha contra el SIDA es posible en ámbitos con gran prevalencia de tuberculosis y VIH (7-9). Se ha observado que una mejoría en el acceso a tratamiento de las infecciones de transmisión sexual reduce la incidencia de VIH en los entornos caracterizados por una epidemia emergente de VIH (33).

Recomendaciones

1. Los programas de control de tuberculosis deben formular e implementar estrategias de prevención de la infección por VIH para sus pacientes con miras a frenar la transmisión sexual, parenteral o vertical del virus, o bien establecer a tal efecto un sistema de referencia de los pacientes hacia los programas de lucha contra el VIH/SIDA.
2. Todos los pacientes que acudan a los centros de atención antituberculosa deben ser objeto de una búsqueda sistemática de infecciones de transmisión sexual mediante el uso de un sencillo cuestionario u otros métodos recomendados. Las personas con síntomas de enfermedad de transmisión sexual deben recibir tratamiento o ser referidas al terapeuta que corresponda.
3. Los programas de lucha antituberculosa deben poner en práctica procedimientos para reducir la exposición hospitalaria y ocupacional al VIH en sus servicios.
4. Los programas de control de tuberculosis deben ofrecer medidas de reducción del daño a los enfermos tuberculosos cuando el uso de drogas inyectables constituya un peligro, o bien establecer a tal efecto un sistema de derivación de los pacientes hacia los programas de lucha contra el VIH/SIDA.
5. Los programas de control de tuberculosis deben hacer lo posible por evitar la transmisión vertical del virus remitiendo a las pacientes embarazadas seropositivas a los proveedores de los servicios de prevención de transmisión madre a hijo.

C.3 Introducción de tratamiento preventivo con cotrimoxazol

La OMS y el ONUSIDA fomentan la administración de tratamiento preventivo con cotrimoxazol contra numerosas infecciones bacterianas y parasitosis secundarias en niños y adultos elegibles en África que viven con el VIH/SIDA. Los pacientes tuberculosos son elegibles. Esta política interina toma en consideración las recomendaciones provisionales de la secretaría

OMS/ONUSIDA sobre la utilización del tratamiento profiláctico con cotrimoxazol en niños y adultos que viven con el VIH/SIDA en África.

Los resultados de los ensayos clínicos aleatorios sobre uso preventivo de cotrimoxazol revelan una reducción de la mortalidad entre los pacientes tuberculosos con frotis positivo e infección por VIH (34), así como una disminución de la hospitalización y la morbilidad entre las personas afectadas por el VIH/SIDA (35). Otros estudios no aleatorios e investigaciones operativas indican que el tratamiento preventivo con cotrimoxazol es factible (7, 36, 37), seguro (36) y reduce las tasas de mortalidad en los pacientes con tuberculosis (31, 36-38). No obstante, los resultados de uno de los ensayos controlados aleatorios no revelan beneficio alguno con este tratamiento (39). Esta ausencia de efecto se atribuyó a la insuficiente potencia estadística del estudio (40). Las tasas de resistencia al cotrimoxazol entre los patógenos comunes también puede ser elevada en algunos entornos, y ello puede menoscabar la eficacia del tratamiento preventivo con cotrimoxazol (40).

Recomendación

Los programas de control de tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA deben establecer un sistema que permita proporcionar tratamiento preventivo con cotrimoxazol a personas con VIH/SIDA que sean elegibles y tengan tuberculosis activa.

C.4 Garantía de atención y apoyo para pacientes con VIH/SIDA

El acceso a la atención en salud para personas seropositivas es un derecho humano fundamental e incluye la provisión de servicios clínicos como parte de una estrategia destinada a la atención integral del SIDA. Esta estrategia incluye el manejo clínico (profilaxis, diagnóstico precoz, tratamiento racional y seguimiento de las infecciones oportunistas), la atención de enfermería (que incluye el fomento de la higiene y el apoyo nutricional), los cuidados paliativos, la atención a domicilio (que incluye la educación de los profesionales de la salud y de familiares del paciente promoviendo precauciones universales), el asesoramiento y el apoyo social. A los afectados que estén recibiendo o hayan finalizado un tratamiento antituberculoso, se les debe proporcionar un continuum de atención y apoyo contra el VIH/SIDA, reforzado por un sistema de referencia de pacientes

Recomendaciones

1. A todas las personas seropositivas con diagnóstico de tuberculosis se les debe ofrecer servicios de atención y apoyo sobre el VIH/SIDA
2. Los programas de control de tuberculosis deben establecer un sistema de referencia de pacientes con los programas de control del VIH/SIDA a fin de garantizar un continuum de atención y apoyo a las personas afectadas por el VIH/SIDA que estén recibiendo o hayan finalizado su tratamiento antituberculoso.

Los datos disponibles indican que la vinculación de los programas de prevención con los de atención y apoyo genera sinergismos al mismo tiempo que fortalece los programas de lucha contra el VIH/SIDA (41). Con el fin de extender el apoyo moral y social a las personas seropositivas, se les ha suministrado un tratamiento antirretroviral de observación directa, basado en el modelo utilizado contra la tuberculosis (42). Las investigaciones operativas (31, 35) y la opinión de expertos (7-9) muestran que la colaboración entre los programas de control de tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA puede extender de forma eficiente la prestación de servicios de atención y apoyo a los pacientes con tuberculosis e infección por VIH.

C.5 Introducción de tratamiento antirretroviral

La terapia antirretroviral mejora la calidad de vida y favorece en gran medida la supervivencia de las personas que viven con el VIH/SIDA. La disponibilidad de tratamiento antirretroviral puede servir de incentivo para que las personas se sometan a las pruebas del VIH. También transforma

la infección por VIH en una enfermedad crónica, dado su positivo efecto en la esperanza de vida. Se trata de un tratamiento de por vida que requiere un gran porcentaje de cumplimiento terapéutico para ser beneficioso a largo plazo y reducir al mínimo el desarrollo de farmacoresistencia

La evidencia existente demuestra que una terapia antirretroviral potente puede reducir la incidencia de tuberculosis en las personas VIH-positivas en más de un 80% (26, 43). No obstante, para que esa terapia impida la aparición de una fracción significativa de casos de tuberculosis, hace falta administrar el tratamiento al principio de la infección por VIH, y el porcentaje de cumplimiento terapéutico debe ser elevado (44). La introducción del tratamiento antirretroviral en los pacientes VIH-positivos con tuberculosis puede dar como resultado una agudización pasajera de las manifestaciones de la tuberculosis hasta en el 30% de los casos en países desarrollados (45, 46). De la opinión de expertos (38, 45, 47) y de resultados de estudios de carácter observacional (42, 48, 49) surgió la posibilidad de que la estrategia DOTS/TAES del programa de tuberculosis sirviese de modelo para la administración de tratamiento antirretroviral en determinadas situaciones. No obstante, hay opiniones contradictorias acerca de esta estrategia debido a la escasez de pruebas científicas (50). La iniciativa «tres millones para 2005», cuya finalidad es proporcionar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas para el año 2005, brindará un mayor acceso a pacientes elegibles con tuberculosis..

Recomendaciones

1. Se debe proporcionar terapia antirretroviral a todos los pacientes con tuberculosis que sean VIH-positivos, teniendo en cuenta los criterios de selección que se apliquen a los pacientes con tuberculosis en cada país y las interacciones farmacológicas (con la rifampicina).
2. Los programas de control de la tuberculosis y lucha contra el VIH/SIDA deben establecer un mecanismo para proporcionar terapia antirretroviral a los pacientes tuberculosos VIH-positivos que reúnan las condiciones necesarias.

5. Umbrales para emprender actividades colaborativas TB/VIH recomendada

A diferencia de otras infecciones oportunistas asociadas al VIH, la tuberculosis puede sobrevenir con independencia del estado inmunitario de las personas seropositivas (determinado a través del recuento de linfocitos CD₄) y contribuye en gran medida a la carga de morbilidad global de este grupo. Por consiguiente, los países con epidemias superpuestas de tuberculosis y VIH, cualquiera que sea la situación de la epidemia de VIH, deben poner en práctica actividades colaborativas para luchar contra la doble epidemia como se indica en la tabla 2. La prevalencia de VIH entre los pacientes con tuberculosis es el indicador más sensible y fiable de una superposición epidémica de tuberculosis y VIH en un país. En ausencia de estos datos, la tasa nacional de prevalencia del VIH en los adultos puede servir de indicador para emprender las actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH. Con frecuencia se dispone de datos de prevalencia del VIH en la población adulta, y estos datos pueden servir para evaluar la situación de la epidemia en el país..

Sin embargo esto resultara en una subestimación de las tasas de prevalencia elevadas que presentan los grupos de alto riesgo de infección por VIH y en algunas divisiones administrativas, especialmente en los países muy extensos. Por consiguiente, los países deben tomar en consideración la variación regional (intranacional) de las tasas de prevalencia del VIH a la hora de elegir el tipo de actividades colaborativas TB/VIH a implementar. Para hacer un uso eficiente de sus recursos, los países con baja prevalencia del VIH deben centrarse de forma prioritaria en los grupos expuestos a un alto riesgo de infección por el VIH y de infección tuberculosa, como son los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales y las personas que viven en instituciones colectivas (por ejemplo, albergues de trabajadores, cárceles y cuarteles militares)

Tabla 2 Umbral para que los países inicien las actividades colaborativas TB/VIH recomendadas

Categoría	Criterios	Actividades colaborativas TB/VIH recomendadas
I	<p>Países con una tasa nacional de prevalencia del VIH en adultos igual o superior al 1%</p> <p>O BIEN</p> <p>con una prevalencia nacional del VIH en pacientes con tuberculosis igual o superior al 5%</p>	<p>A. Establecimiento de mecanismos de colaboración</p> <p>A.1 Creación de un órgano de coordinación de actividades sobre la tuberculosis y el VIH que sea eficaz en todos los niveles.</p> <p>A.2 Vigilancia de la prevalencia del VIH entre los pacientes con tuberculosis</p> <p>A.3 Planificación conjunta de actividades TB/VIH.</p> <p>A.4 Monitoreo y evaluación de las actividades</p> <p>B. Reducción de la carga de enfermedad por tuberculosis en personas que conviven con el VIH/SIDA</p> <p>B.1 Intensificación de la búsqueda de casos de tuberculosis</p> <p>B.2 Introducción de tratamiento preventivo con Isoniazida.</p> <p>B.3 Garantía del control de la infección tuberculosa en los organismos de salud instituciones colectivas</p> <p>C. Reducción de la carga de enfermedad por VIH/SIDA en los pacientes con tuberculosis</p> <p>C.1 Provisión de servicios de consejería y pruebas de detección del VIH</p> <p>C.2 Introducción de métodos preventivos para la infección por VIH</p> <p>C.3 Introducción de tratamiento preventivo con cotrimoxazol</p> <p>C.4 Garantía de la atención y apoyo a pacientes con VIH/SIDA</p> <p>C.5 Introducción de tratamiento antirretroviral</p>
II	<p>Países con una tasa nacional de prevalencia del VIH en adultos inferior al 1%</p> <p>Y</p> <p>con zonas administrativas con una prevalencia del VIH en los adultos igual o superior al 1%</p>	<p>Zonas administrativas con una prevalencia del VIH en los adultos igual o superior al 1%: ejecución en esas zonas de todas las actividades contempladas para los países de la categoría I</p> <p>Otras partes del país: ejecución de las actividades para los países de categoría III</p>
III	<p>Países con una tasa nacional de prevalencia del VIH en los adultos inferior al 1%</p> <p>Y</p> <p>sin zonas administrativas con una prevalencia del VIH en los adultos igual o superior al 1%</p>	<p>A. A. Planificación conjunta en materia de tuberculosis y de VIH a nivel nacional a fin de:</p> <p>A.2 Vigilar la prevalencia del VIH en pacientes con tuberculosis</p> <p>B. Reducir la carga de enfermedad por tuberculosis en personas que conviven con el VIH/SIDA [<i>centrándose en los grupos de alto riesgo de infección por VIH e infección tuberculosa, por ejemplo, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales y las personas que viven en instituciones colectivas</i>]</p> <p>B.1 Intensificar la búsqueda de casos de tuberculosis.</p> <p>B.2 Instaurar tratamiento preventivo con Isoniazida.</p> <p>B.3 Garantizar el control de la infección tuberculosa en los organismos de salud e instituciones colectivas.</p>

6. Metas para las actividades colaborativas TB/VIH

La meta global del control de tuberculosis de la OMS es curar al 85% de los pacientes con esputo positivo que reciben tratamiento y detectar el 70% de los casos de tuberculosis para el año 2005. Las Metas de Desarrollo del Milenio incluyen las metas del control antituberculoso de la OMS y también apuntan a reducir en un 50% las tasas de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis para el año 2015 (teniendo como base el año 2000).

La Sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA ha establecido, entre otros, las siguientes metas globales en relación con el VIH/SIDA, que fueron posteriormente ratificadas por la OMS en su Estrategia mundial del sector salud para el VIH/SIDA:

- Para el año 2005, reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes, hombres y mujeres, de entre 15 y 24 años en la mayoría de los países afectados, y reducir también en un 25% la prevalencia del VIH en todo el mundo para el año 2010
- Para el año 2005, procurar que al menos el 90% de los jóvenes, hombres y mujeres, de entre 15 y 24 años tengan acceso a material de información, educación y comunicación sobre el VIH/SIDA especialmente concebido para los jóvenes de esas edades, y que esa proporción ascienda por lo menos al 95% en el año 2010 ;
- Para el año 2005, reducir la proporción de lactantes con infección por el VIH en un 20%, y en un 50% para el año 2010.

Una ejecución eficaz de las actividades colaborativas TB/VIH facilita el logro tanto de las metas relacionadas con el VIH/SIDA como de las relacionadas con la tuberculosis. Sin embargo, los datos disponibles son insuficientes para poder determinar en qué medida y de qué manera estas actividades contribuyen a los objetivos establecidos. Así pues, se debe tener mucho cuidado a la hora de establecer objetivos cuantitativos en materia de actividades colaborativas TB/VIH. Las metas permiten a los países, organizaciones e instituciones centrarse en un problema y trabajar en pos de un objetivo común. Es preciso establecer metas para las actividades colaborativas TB/VIH fin de ampliar su alcance mundial y acelerar la ejecución nacional de estas actividades.

Las metas mundiales para las actividades colaborativas TB/VIH son las siguientes:.

Metas mundiales para las actividades colaborativas TB/VIH

1. Para el año 2005, todos los países de las categorías I y II habrán establecido por lo menos un órgano de coordinación nacional contra las epidemias de tuberculosis y de VIH/SIDA a fin de establecer el mecanismo de colaboración entre los programas específicos contra la tuberculosis y el VIH.
2. Para el año 2007, todos los países de las categorías I y II habrán elaborado planes conjuntos de ejecución de las actividades contra la tuberculosis y el VIH.
3. Para el año 2007, todos los países de las categorías I y II habrán establecido un sistema de vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis.

Recomendación

Los países que emprendan actividades colaborativas TB/VIH deben establecer sus propias metas para dichas actividades.

7. Bibliografía

1. *Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV_AIDS/2002.2)
2. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319 WHO/HIV/2003.01)
3. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.342 , WHO/HIV/2004.09).
4. *Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients*. 2nd edition (WHO/HTM/TB/2004.339, WHO/HIV/2004.06 UNAIDS/04.30E)
5. Borgdorff MW, Floyd K, Brøekmans JF. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:217–227.
6. Creese A et al. Cost effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*, 2002, 359:1635–1642.
7. *Second meeting of the Global Working Group on TB/HIV. 14–16 June 2002, Durban, South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.311)
8. *Report on the “lessons learnt” workshop on the six ProTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia. 3–6 February 2003, Durban, South Africa*. Geneva, World Health Organization (document in preparation 2004).
9. Godfrey-Faussett P et al. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to TB control. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:939–945.
10. Range N et al. Trends in HIV prevalence among TB patients in Tanzania, 1991–1998. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:405–412.
11. Talbot EA et al. The validity of HIV testing using sputum from suspected tuberculosis patients, Botswana, 2001. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:710–713.
12. Bowen EF et al. HIV seroprevalence by anonymous testing in patients with *Mycobacterium tuberculosis* and in tuberculosis contacts. *Lancet*, 2000, 356:1488–1489.
13. *Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. Selection, evaluation and implementation*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CSR/EDC.2001.16, UNAIDS/01.22E)
14. Anderson S, Maher D. *An analysis of interaction between TB and HIV/AIDS programmes in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/2001.294)
15. Floyd K, Wilkinson D, Gilks C. Comparison of cost effectiveness of Directly Observed Treatment (DOT) and conventional delivered treatment for tuberculosis: experience from rural South Africa. *British Medical Journal*, 1997, 315:1407–1411.
16. Floyd K. Cost and effectiveness – the impact of economic studies on TB control. *Tuberculosis*, 2003, 83:187–200.
17. Harries AD, Maher D, Nunn P. Practical and affordable measures for protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75:477–489.
18. DeCock K, Chalsson R. Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:457–467.
19. Nachega J et al. Tuberculosis active case finding in a mother-to-child HIV transmission prevention programme in Soweto, South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1398–1400.
20. Burgess A et al. Integration of tuberculosis screening at an HIV voluntary counselling and testing center in Haiti. *AIDS*, 2001, 15:1875–1879.
21. Nachega J et al. Tuberculosis active case-finding in mother-to-child transmission programme in Soweto, South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1398–1400.
22. WHO and UNAIDS Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. *Weekly Epidemiological Record*, 1999, 74:385–400.
23. LoBue PA, Moser KS. Use of isoniazid for latent tuberculosis infection in a public health clinic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2003, 168:443–447.
24. Wilkinson D. Drugs for preventing TB in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (4):CD000171.
25. Bell J, Rose D, Sacks H. Tuberculosis preventive therapy for HIV infected people in sub-Saharan Africa is cost effective. *AIDS*, 1999, 13:1549–1556.
26. Giarardi E et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. *AIDS*, 2000, 14:1985–1991.
27. Santoro-Lopes G et al. Reduced risk of tuberculosis among Brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 34:543–546.
28. *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource limited settings*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CDS/TB/99.269)

29. *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2000.281)
30. Miles S. HIV in insurgency forces in sub-Saharan Africa – a personal view of policies. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14:174-178.
31. Zachariah R et al. Voluntary counselling, HIV testing and adjunctive cotrimoxazole reduces mortality in tuberculosis patients in Thyolo, Malawi. *AIDS*, 2003,17:1053–1061.
32. Sweat M et al. Cost effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet*, 2000, 356:113–121.
33. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based intervention for reducing sexually transmitted infections including HIV infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001(2):CD001220.
34. Wiktor SZ et al. Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease the morbidity and mortality in HIV-1 infected patients with tuberculosis in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1469–1475.
35. Anglaret X et al. Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Abidjan, Cote d' Ivoire: a randomised trial. Cotrimo-CI study group. *Lancet*, 1999, 353:1463–1468.
36. Zachariah R et al. Cotrimoxazole prophylaxis in HIV infected individuals after completing anti-tuberculosis treatment in Thyolo, Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2002, 6:1046–1050.
37. Zachariah R et al. Compliance with cotrimoxazole prophylaxis for the prevention of opportunistic infections in HIV-positive tuberculosis patients in Thyolo district, Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:843–846.
38. *Third Meeting of the Global Working Group on TB/HIV. Montreux, 4–6 June, 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.327)
39. Maynard M et al. Primary prevention with cotrimoxazole for HIV-1 infected adults: results of the pilot study in Dakar, Senegal. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 2001, 26:130–136.
40. Godfrey-Faussett P. District-randomised phased implementation: strengthening the evidence base for cotrimoxazole for HIV positive tuberculosis patients. *AIDS*, 2003, 17:1079–1081.
41. *Improving access to care in developing countries: lessons from practice, research, resources and partnerships. Report from a meeting: Advocating for access to care and sharing experiences. 29 November–1 December 2001*. Paris. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
42. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
43. Badri M, Wilson D, Wood R. Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2002, 359:2059–2064.
44. Williams B, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science Express*, 2003, 10:1126/science 1086845 accessed on August 14, 2003.
45. *Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings. Guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2002.
46. Narita M et al. Paradoxical worsening of tuberculosis following antiretroviral therapy in patients with AIDS. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1998, 158:157–161.
47. *Consensus statement on antiretroviral treatment for AIDS in poor countries*. Boston, Harvard University, 2001.
48. Mitty J et al. Directly observed therapy (DOT) for individuals with HIV: successes and challenges. *Medscape General Medicine*, 2003;5, accessed on April 2, 2003.
49. Farmer P et al. Community based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (Directly Observed Therapy with Highly Active Antiretroviral Therapy). *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:1145–1151.
50. Liechty C, Bangsberg D. Doubts about DOT: antiretroviral therapy for resource-poor countries. *AIDS* 2003, 17:1383–1387.