

CONTROL DE CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN BRASIL: REVISION DE LA BIBLIOGRAFÍA (1984-2004)

Cláudia Eli Gazetta¹

Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos¹

Sílvia Helena Figueiredo Vendramini¹

Nadia Antonia Aparecida Poletti¹

José Martins Pinto Neto²

Tereza Cristina Scatena Villa³

Este estudio tuvo como objetivo identificar las medidas de control entre los contactos con tuberculosis (TBC), a través del análisis de la evolución de estas medidas en el Brasil, como parte de los planes para el control de la TBC. Artículo de revisión de la bibliografía entre el período de 1984 a 2004, que tuvo como fuentes los manuales de control para la TBC del Ministerio de Salud y de la Secretaria del Estado de São Paulo, así como artículos ubicados en las bases de datos Medline y Lilacs. RESULTADOS: Fue identificada una laguna en las normas para determinar las medidas del control durante la década de 1984 a 1994. Se concluye que existió falta de involucramiento por parte de los profesionales de la salud en las acciones de control y prevención para la TBC, basadas en las perspectivas de vigilancia en salud y monitoreo sistemático.

DESCRIPTORES: tuberculosis; trazado de contacto; vigilancia epidemiológica

TUBERCULOSIS CONTACT CONTROL IN BRAZIL: A LIBERATURE REVIEW (1984-2004)

This study aims to review plans for tuberculosis control through the analysis of measures for tuberculosis contact tracing in Brazil from 1984 to 2004. This article presents a literature review on tuberculosis control published in manuals of the Ministry of Health and the State Department of Health of Sao Paulo, and in Medline and Lilacs databases. There was a gap in the standardization of control measures in the decade from 1984 to 1994. It was concluded that health professionals need to incorporate TB control and prevention actions from the perspective of health surveillance and systematic monitoring.

DESCRIPTORS: tuberculosis; contact tracing; epidemiological surveillance

CONTROLE DE COMUNICANTES DE TUBERCULOSE NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA (1984- 2004)

Este estudo tem como propósito identificar as medidas de controle de comunicantes de tuberculose (TB) no Brasil, inseridos nos planos de controle da TB. Trata-se de artigo de revisão da literatura referente ao período de 1984 a 2004, que tem como fonte os manuais de controle da TB do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e artigos localizados nas bases de dados Medline e Lilacs. Resultados: identificou-se lacuna na normatização das medidas de controle durante a década de 1984 a 1994. Conclui-se que faltou aos profissionais de saúde incorporar as ações de controle e prevenção de TB na perspectiva da vigilância em saúde e monitoramento sistemático.

DESCRIPTORES: tuberculose; busca de comunicante; vigilância epidemiológica

¹ Profesor Doctor del curso de pregrado en Enfermería de la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil, e-mail: tite@eerp.usp.br, lsperli@yahoo.com.br, silviavendra@eerp.usp.br, nadiapoletti@terra.com.br; ² Profesor Doctor del curso de pregrado en Enfermería de la FEF, e-mail: jpintoneto@terra.com.br; ³ Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: tite@eerp.usp.br

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC), enfermedad milenaria, aún se constituye en un relevante problema de salud pública, a pesar de los importantes progresos obtenidos en las últimas décadas del siglo XX. Los avances en el conocimiento y en la tecnología disponible para el control no han sido suficientes frente a impacto en la morbilidad y mortalidad, en especial en países en desarrollo como el Brasil⁽¹⁾.

Por ser una enfermedad de importancia en transición, requiere de algunos cuidados para la búsqueda de sintomáticos respiratorios. De esta forma, todo caso sospechoso debe ser examinado y una vez confirmado el diagnóstico, la investigación epidemiológica y la adopción de medidas de control, debe ser realizadas de acuerdo con las normas del Ministerio de Salud (MS) y de la Secretaria del Estado de Salud. La investigación epidemiológica debe incluir el examen de personas que conviven con el enfermo, con el objetivo de descubrir la fuente de infección y conocer otros casos como consecuencia del contagio⁽²⁾.

Se ratifica que la mejor estrategia de prevención para la enfermedad es el descubrimiento y cura de los casos bacilíferos, siendo la baciloscopia uno de los indicadores epidemiológicos de mayor relevancia, usada actualmente para determinar la magnitud de la TBC y su tendencia en la comunidad⁽³⁻⁴⁾.

Con frecuencia, la fuente de infección es un individuo con TBC pulmonar eliminando bacilos al exterior, según su índice (estado) bacteriológico. Se calcula que durante un año en una comunidad, una fuente de infección podría infectar en promedio de 10 a 15 personas, con las que estuvo en contacto^(3,5).

Al hablar, estornudar y toser se expele gotitas de tamaños diversos. Las gotitas más pesadas caen, mientras que las más leves permanecen en suspensión en el aire o se evaporan por ser pequeñas. Los núcleos de Wells con diámetros de hasta 5m más 1 o 2 bacilos en suspensión pueden llegar a los bronquiolos y alveolos e iniciar su multiplicación⁽⁴⁾.

Existe un consenso entre los investigadores de tuberculosis, en que una persona que tose expele 3,500 partículas infectantes al medio ambiente, y cada vez que estornuda un millón⁽⁵⁾. Una investigación realizada en el Hospital Universitario Clementino Fraga Filho (HUCFF) demostró que el riesgo de contaminación por tuberculosis entre los empleados del hospital fue de (8.2%), comparada con la media nacional de 0.8%. Estos resultados pusieron en

evidencia el problema de riesgo de contaminación para la tuberculosis, en que los profesionales de salud se encuentran al realizar sus actividades diarias de trabajo⁽⁵⁾.

Algunos autores afirman que el control de contactos, es uno de los medios para realizar diagnóstico precoz de casos de TBC, pues disminuyen la diseminación de la enfermedad⁽⁴⁻¹⁰⁾. No obstante, en la práctica, se observa que esta estrategia no ha sido implantada de forma sistemática, a través de registros en el sistema de información. A pesar de ser esta, una recomendación del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT)⁽⁸⁾.

Además de ser un grave problema de salud pública, en el Brasil existe un número reducido de investigaciones que tratan de la evaluación de contacto y de las acciones de prevención de las enfermedades, tanto en la familia y en la comunidad, como parte de las actividades de vigilancia sanitaria⁽⁹⁻¹¹⁾. De esta forma, se justifica el realizar esta investigación, la cual se encuentra fundamentada en la necesidad de conocer los aspectos que los autores del área de TBC en el Brasil han publicado sobre los contactos.

Por lo tanto, el objetivo fue realizar una revisión sistemática de la literatura disponible en el Brasil sobre el tema "contactos del enfermo con TBC" durante el periodo 1984 a 2004, identificando las definiciones y usos de los términos contactos, *comunicantes* y sus formas de control asociadas.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Fue realizada una revisión sistemática de la bibliografía existente en el periodo de 1984 a 2004 sobre los contactos de TBC, utilizando los siguientes descriptores: "*tuberculose, busca de comunicantes, contatos, quimioprofilaxia e controle*".

La búsqueda bibliográfica fue realizada durante el periodo de enero de 2003 a febrero del 2004, en las bases de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias Sociales y de Salud), SCIELO BRAZIL (Scientific Eletronic Library On Line) y páginas electrónicas del MS y de la Secretaria Estatal de Salud de São Paulo.

La selección de las producciones obedeció los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos nacionales relacionados con la evolución del control de contactos de TBC en el Brasil.

- Con relación al tipo de publicaciones fueron incluidos artículos, manuales, guías y planes del MS, directrices y consensos.
- Sobre el periodo de publicación fueron seleccionados aquellas publicaciones de los años de 1984 y 2004. La elección de este periodo se debe al aumento en el número de casos de TBC y a su consecuente preocupación para el control de contactos.
- Con relación al tema fueron consideradas publicaciones que presentaron definición, términos y estrategias para el control de contactos de TBC.

Fueron excluidas las publicaciones que no se relacionaban con la definición de términos y las estrategias para el control de contactos de TBC.

RESULTADOS

Fueron encontradas 67 producciones bibliográficas, de las cuales fueron seleccionadas 13 para su análisis. De estas, 7 fueron manuales para el control de la TBC, 2 guías, 2 directrices que fueron publicadas en forma de artículos y elaboradas por la Sociedad Brasileña de Neumología y Tisiología (SBPT) y 2 planes. Como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 - Tipo de publicación según el título, fuente y año (1982-2004)

Nº Trabajo	Tipo de Trabajo	Título	Fuente de Publicación	Año
01	Manual	Manual de normas para el control de la tuberculosis.	Brasil, Ministerio de Salud	1984
02	Manual	Control de la tuberculosis. Una propuesta de integración enseñanza-institución.	Brasil, Ministerio de Salud	1987
03	Manual	Procedimientos para actividades de control de la tuberculosis	Brasil, Ministerio de Salud	1989
04	Manual	Control de la tuberculosis. Una propuesta de integración enseñanza-institución.	Brasil, Ministerio da Salud	1992
05	Manual	Manual de normas técnicas para el control de la tuberculosis.	Brasil, Ministerio de Salud	1995
06	Directrices	Consenso Brasileño de Tuberculosis	Periodico Brasileño de Neumología- SBPT	1997
07	Plan	Plan de Control de la Tuberculosis	Brasil, Ministerio de Salud	1999
08	Plan	Plan estratégico para la implementación del control de la tuberculosis en el Brasil de 2001-2005	Brasil, Ministerio de Salud	2000
09	Guía	Guía de vigilancia epidemiológica.	Brasil, Ministerio de Salud	2002
10	Guía	Tuberculosis: guía de vigilancia epidemiológica.	Brasil, Ministerio de Salud	2002
11	Manual	Control de tuberculosis. Una propuesta de integración enseñanza-servicio.	Brasil, Ministerio de Salud	2002
12	Manual	Manual técnico para el control de la tuberculosis. Cuaderno de Atención Básica.	Brasil, Ministerio de Salud	2002
13	Directrices	II Consenso Brasileño de Tuberculosis	Periódico Brasileño de Neumología- SBPT	2004

La Tabla 1 presenta las características generales de los estudios revisados: tipo y año de publicación, título y fuente. Es importante considerar que las publicaciones localizadas fueron manuales, directrices y planes. Se muestra a seguir la Tabla 2.

Tabla 2 - Distribución de las producciones identificadas desde 1984 a 2004, por año y definición de los contactos de TBC

Nº	Año	Definición de contacto de TBC
01	1984	"Todas las personas, parientes o no, que cohabitan con el paciente tuberculoso."
02	1987	Mantuvo la definición del manual de 1984.
03	1989	"Persona que convive con el enfermo en su casa o en un ambiente cerrado por periodo prolongado, diariamente."
04	1992-3ª ed.	Mantuvo la definición del libro de 1987.
05	1995	Toda persona, pariente o no, que cohabita con el enfermo de TBC.
06	1997	Contacto, toda persona que convive con un enfermo dentro del domicilio y fuera del mismo.
07	1999	Mantuvo la definición de 1997.
08	2000	Mantuvo la definición de 1997.
09	2002a	Contactos que conviven con enfermos bacilíferos dentro del domicilio, así como adultos que conviven con enfermos menores de cinco años.
10	2002b	Todos los contactos de pacientes con TBC, específicamente pacientes con TBC pulmonar positivo.
11	2002c	Mantuvo la definición de 1995.
12	2002d	Todos los contactos de los enfermos con TBC dentro del domicilio.
13	2004	Mantuvo la definición de 2002ª.

La Tabla 3 muestra las definiciones de contacto/*comunicante* durante el periodo de 1984 a 2004.

En todos los trabajos se identificó la utilización de términos "control de *comunicantes*", "contactos", "*contactantes*" como sinónimos, se notó que los documentos oficiales publicados por el MS utilizaban tanto la expresión "contactos" como "*comunicantes*", las mismas expresiones son usadas por autores a nivel nacional. Durante el I Consenso Brasileiro de Tuberculosis realizado en 1997, se recomendó el uso de "*contactante*". No obstante en el II Consenso Brasileño de Tuberculosis, realizado en 2004, el término utilizado en sus directrices fue "contacto"⁽¹²⁻¹⁸⁾.

En la Tabla 3, se presentan las estrategias para la búsqueda de contactos de TBC durante el periodo de 1984 a 2004.

Tabla 3 - Distribución de las producciones identificadas durante el periodo de 1984 a 2004, según el año y las estrategias para búsqueda de contactos de TBC

Nº	Año	Estrategias para la búsqueda de contactos de TBC
1	1984	Sintomático respiratorio - Examen de esputo Prueba de tuberculina (PPD) - No vacunados con el Bacilo de Calmette Guérin - intra-dérmico (BCG) y menores de 5 años. Examen radiológico en ambos casos – cuando fue posible. Quimioprofilaxis - menores de cinco años contactos de pacientes bacilíferos asintomáticos, reactivos al PPD, no vacunados con BCG con Rayos-x (RX) de tórax normal y sin sintomatología.
2	1987	Mantuvo la estrategia del manual de 1984 se incrementó: Quimioprofilaxis primaria: - recién-nacidos, contacto de pacientes bacilíferos. Quimioprofilaxis secundaria: - menores de cinco años contactos de bacilíferos asintomáticos, no vacunados con BCG con Rx de tórax normal e reactor fuerte o débil al PPD.
3	1989	Mantuvo la estrategia del manual de 1984 y 1987.
4	1992-3ª ed.	Mantuvo la estrategia del libro de 1987 incrementando individuos seropositivos para HIV - quimioprofilaxis para asintomáticos con PPD mayor a 5 mm de inducción. No reactivos acompañados de exámenes de laboratorio inmunológicos siempre que sea posible, con cuenta de CD4 menor a 350/mm ³ .
5	1995	Mantuvo la estrategia del libro de 1992 incrementando: Búsqueda activa de contactos, vacunación con BCG en trabajadores de salud que atiende constantemente, TBC y SIDA, no reactivos al PPD. Quimioprofilaxis para individuos con HIV considerados contactos independientemente del PPD.
6	1997	Contactos en domicilio: hasta los 15 años, reactor, asintomáticos vacunados con BCG deben ser observados; los no vacunados que realizaron PPD y la quimioprofilaxis; cuando no fue reactor, nueva PPD luego de 2 a 3 meses. Para los no reactivos, indicación de vacunación con BCG y para reactivos quimioprofilaxis. Con 15 años o más y sintomáticos evaluados con exámenes de Rx de tórax, PPD y BAAR, si fueran positivos deben ser tratados. Los asintomáticos observados.
7	1999	Mantuvo la definición de 1997. Implementó la búsqueda activa de casos, a través del examen de los contactos en todas sus formas.
8	2000	Mantuvo definición de 1997.
9	2002a	Mantuvo definición de 1997.
10	2002b	Mantuvo la estrategia de 2002a.
11	2002c	Mantuvo la estrategia de 2002a.
12	2002d	Mantuvo la estrategia de 2002a.
13	2004	Mantuvo la definición de 2002a.

DISCUSIÓN

El término contacto es definido como la persona que mantuvo contacto con enfermos o portadores de agentes infecciosos, o en ambientes en donde permanecieron. Mientras que, el término *contactante* es definido como cualquier persona o animal que estuvo en contacto con el ambiente contaminado, de tal modo que tuvo la oportunidad de contraer la infección⁽⁵⁾.

El manual de normas para el control de la TBC del MS de 1984, recomendaba la quimioprofilaxis con isoniacida en dosis de 10mg/kg de peso diariamente por 6 meses, medicamentos indicado para los contactos de enfermos bacilíferos (menores de 5 años), reactivos al PPD (no vacunados con BCG),

con exámenes radiológicos normales y sin sintomatología clínica compatible con la TBC⁽¹²⁾.

En 1987 fue publicado el manual de Control de la Tuberculosis - Una propuesta de integrar la enseñanza-institución, desarrollado por la colaboración especial de profesores universitarios y técnicos del PCT, integrado por la mayoría de profesionales que trabajaban en el área⁽¹³⁾. Definiendo como contacto "a todas las personas, parientes o no, que cohabitan con un paciente de tuberculosis". Estas publicaciones mantuvieron las normas establecidas para el control de contactos del Manual del MS de 1984.

Con respecto a la quimioprofilaxis primaria, estaba indicada para recién nacidos, contactos de pacientes bacilíferos, que no podían ser aislados del domicilio por tres meses. Posterior a este periodo y al resultado negativo, se realizaba el PPD. Si era reactor, se mantenía con isoniacida hasta completar los 6 meses. De lo contrario, era suspendida la isoniacida y se aplicaba la vacuna BCG. La quimioprofilaxis secundaria era indicada, además de otros casos, para menores de cinco años, contactos de bacilíferos, asintomáticos, no vacunados con BCG, con Rx de tórax normal y fuerte reactor o débil al PPD⁽¹³⁾.

En 1989, el MS publicó otro Manual de Normas para el Control de la Tuberculosis, manteniendo las conductas de 1984, en donde contactos eran definidos como "todas las personas, parientes o no, que cohabitaban con el paciente de tuberculosis"⁽¹²⁻¹⁴⁾.

En 1992, la publicación de la tercera edición del manual "Control de la Tuberculosis"⁽¹⁵⁾: una propuesta de integrar la enseñanza-institución", amplió el concepto de contacto, considerándolo como "cualquier persona que convivía con un caso positivo (enfermo descubierto) dentro del hogar u otro ambiente cerrado, por periodos prolongados y a diario", se recomienda las siguientes acciones: baciloscopia de esputo, cuando fuese sintomático respiratorio, el PPD cuando tuviese menos de 5 años, no vacunado con BCG y el examen de Rx si existía la posibilidad. Los reactivos fuertes, asintomáticos, con Rx normal, deberían ser tratados con quimioprofilaxis de isoniacida por seis meses. Aquellos no reactivos eran vacunados con BCG o realizadas nuevas pruebas de PPD luego de pasados 20 días. En el caso de no ser reactor en la segunda prueba, se recomendaba la vacuna BCG.

Los menores de cinco años, vacunados, con Rx normales y asintomáticos, deberían ser observados y referidos si presentaran cualquier alteración. Los sintomáticos, cuyo examen no refiriera enfermedad activa, deberían ser nuevamente evaluados de forma sistemática. El tratamiento era recomendado para niños sintomáticos y/o con alteraciones en los Rx y con diagnóstico confirmado para TBC. Los mayores de cinco años sintomáticos respiratorios, deberían realizar examen de esputo; si este fuera repetidamente negativo, se recomendaba un Rx de tórax. Los asintomáticos deberían ser orientados y realizado el seguimiento.

Con respecto a los individuos seropositivos para HIV, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT de 1992), recomendaba la quimioprofilaxis para asintomáticos con inducción de PPD mayor a 5 mm; por otro lado, a los no reactivos se realizaba exámenes de laboratorio inmunológicos con cuenta de CD-4⁽¹⁵⁾.

En el año 1995, el PNCT fue sometido a una nueva evaluación. Fueron realizadas modificaciones para el control de contacto, sin embargo se mantuvo la segunda definición presentada en el anterior manual⁽¹⁾, siendo digitada en singular y substituida la palabra "paciente" por "enfermo". La orientación era que todos deberían acercarse al servicio de salud para realizar su examen. En el caso del sintomático respiratorio, debería ser aplicada la rutina pre-establecida. Los contactos asintomáticos deberían realizar Rx de tórax. Para los menores de 5 años o mayores se mantuvieron las normas de 1992. La vacunación con BCG fue recomendada para los "trabajadores de salud que atendieran de forma habitual a pacientes con TBC y SIDA, no siendo reactivos a PPD"⁽¹⁾.

En 1996 al dar a conocer el Plan de Emergencia (PE) para el Control de la Tuberculosis en las 230 ciudades principales, se establecieron las siguientes estrategias para los contactos: "[...] implementación para la búsqueda de casos, a partir de la identificación de sintomáticos respiratorios con demanda espontánea o referidos para consulta en el servicio de salud, implantación de la búsqueda de casos a través del examen bacteriológicos de todos los sintomáticos respiratorios, y la implementación para la búsqueda de casos, a través del examen de contactos de los casos de TBC en todas sus formas"⁽¹⁶⁾.

El I Consenso Brasileño de Tuberculosis⁽¹⁴⁾ sustituye la denominación de "contacto" para "contactante" definido como "toda persona que

convive con un enfermo de TBC". Siendo clasificado en el domicilio como: toda persona que cohabita con el enfermo de TBC. Extradomiciliario: toda persona que comparte con el enfermo de TBC ambientes en común, sean ambientes para distracción, para trabajo o ambientes institucionales⁽¹⁷⁾.

Se estableció como prioridad para la evaluación de contactos los siguientes criterios: a) contactos domiciliarios sintomáticos de los pacientes con TBC pulmonar bacilífero. b) menores de 15 años y mayores de 60 años. c) contactos que presentan condiciones que predisponen a la enfermedad (infección a través del HIV, diabetes, otras inmunodeficiencias). d) contactos extradomiciliares⁽¹⁷⁾.

Se estableció como estrategia: la investigación de los contactos domiciliarios hasta los 15 años, los asintomáticos vacunados con BCG deberían ser observados, los no vacunados deberían realizar PPD y quimioprofilaxis si era reactor; cuando no fuera reactor, realizaba una nueva PPD luego de 2 a 3 meses, siendo indicada la vacunación con BCG.

También fue mencionado de acuerdo con el I Consenso, que los contactos domiciliarios con 15 años o más y sintomáticos deberían ser evaluados con exámenes de Rx de Tórax, PPD y BAAR. Si eran positivos deberían ser tratados. Los asintomáticos deberían ser observados⁽¹⁷⁾.

En 1998, el PNCT recomendó en relación a la búsqueda de casos y contactos: identificar al sintomático respiratorio en las consultas. Examinar con baciloscopia a los sintomáticos respiratorios identificados. Identificar y examinar los contactos de los casos de TBC. Examinar a los sintomáticos respiratorios con baciloscopia de forma constante a través de Rx y/o cultivo de esputo. La protección de los pacientes sanos debía ser realizada con vacuna BCG y quimioprofilaxis⁽¹⁶⁾.

En 2002, el MS publicó instrumentos de investigación para los profesionales de salud, destacando la importancia en la vigilancia de los contactos/*comunicantes*, como se presenta a seguir⁽³⁻⁴⁾.

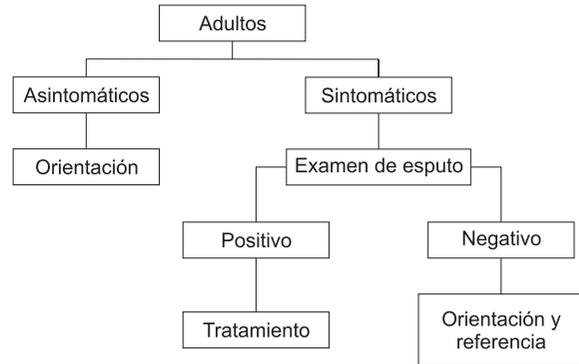
El Manual de Control de Tuberculosis - Una propuesta de Integrar la Enseñanza- Institución (2002), mantiene las definiciones de los manuales de 1984 y 1995⁽⁵⁾.

La Guía de Vigilancia Epidemiológica de 2002⁽³⁾ considera que: el control de contactos es considerado necesario para aquellas personas que conviven con los enfermos bacilíferos, especialmente los domiciliarios, por presentar

mayor probabilidad de enfermar. Asimismo, en los adultos que convivan con enfermos menores de cinco años, para identificación de una posible fuente de infección; la evaluación de los contactos domiciliarios con baciloscopia positiva deben obedecer a las siguientes recomendaciones: contactos domiciliarios adultos asintomáticos (observación y orientaciones), sintomáticos realizar examen de esputo (si fuera negativo, deberá ser observado y orientado, si fuera positivo deberá ser tratado). Niños menores de 15 años no vacunados debe realizarse PPD (si no son reactivos, vacunar con BCG, si fueran reactivos se solicitará telerradiografía de tórax, si es sugestiva para TBC y sintomatología clínica debe ser tratado). Niños con Rx de tórax normal y sin síntomas clínicos debe iniciarse quimioprofilaxis. Para niños vacunados asintomáticos se recomienda solo orientación. En niños con cicatriz de vacuna sintomáticos debe realizarse baciloscopia y solicitar Rx de tórax (cuando es sugestivo para TBC y síntomas clínicos, deben ser tratados). En caso de Rx normales y sin

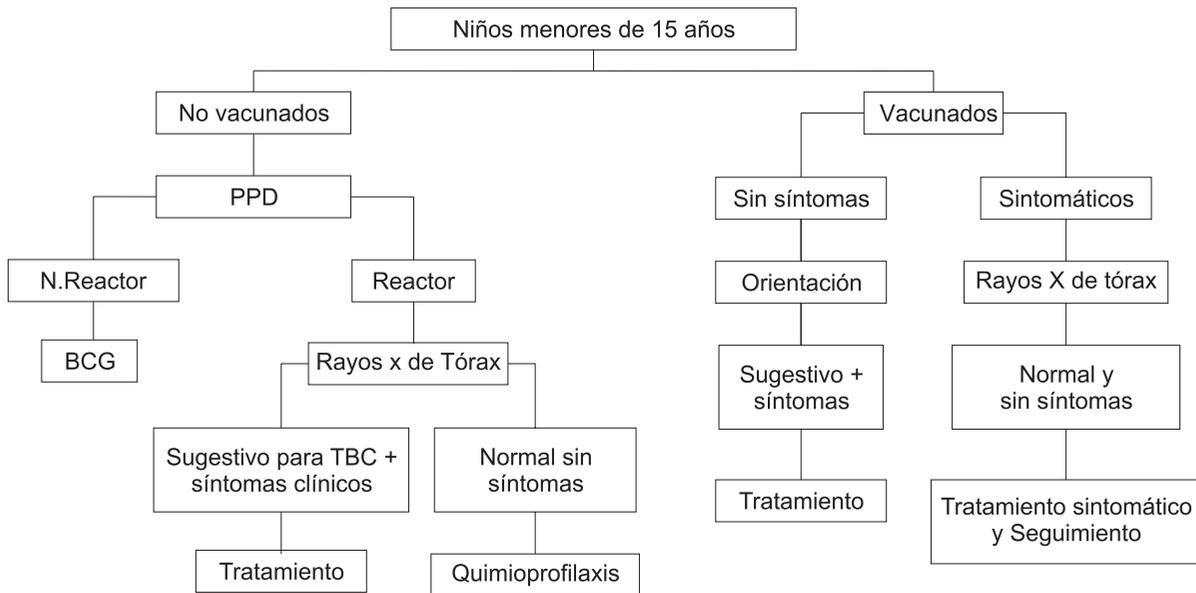
síntomas clínicos se procede a la medicación sintomática y seguimiento.

Las indicaciones de quimioprofilaxis fueron mantenidas para los recién nacidos que viven con un foco bacilífero, siendo ampliadas para niños menores de 15 años, no vacunados con BCG, que tuvieron contacto con un caso de TBC pulmonar bacilífera, sin señales compatibles para TBC, reactivos PPD de 10mm o más.



Fuente: BRASIL, MS. 2002

Figura 1 - Control de contactos en el Brasil - adultos

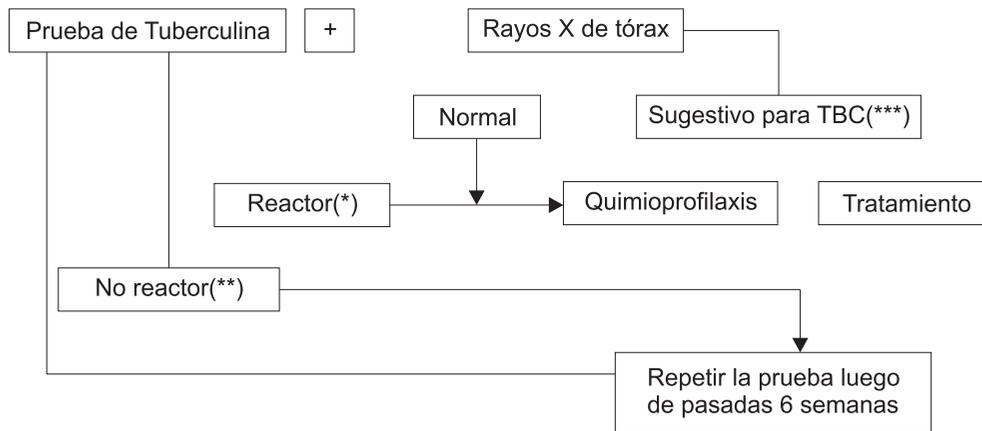


Fuente: BRASIL, MS. 2002

Figura 2 - Control de contactos en el Brasil - niños menores de 15 años

La II Directriz Brasileña para la Tuberculosis, elaboradas por la SBPT en 2004, indicó una propuesta en el caso de niños, como contactos de enfermos de TBC, según la cual el diagnóstico debe ser realizado a partir del examen clínico, resultados radiológicos y PPD,

muy independiente de presentar cicatriz por vacuna. El antecedente de un adulto enfermo con TBC, bacilífero o no, debe ser analizado, principalmente en niños en edad escolar, debido al mayor tiempo de exposición con el foco transmisor⁽¹⁸⁾.



(*) superior a 10mm en niños no vacunados con BCG o superior a 15mm en niños vacunados con BCG. En el caso de nueva prueba, puede ser considerado reactor si existe diferencia ≥ 10 mm entre la primera y la segunda prueba.

(**) inducción inferior a la prueba reactor

(***) adenomegalias hilares y/o para-traqueales, neumonías con cualquier aspecto radiológico de evolución lenta.

II Directriz Brasileña de Tuberculosis, 2004

Figura 3 - Estrategia adoptada para el caso de niños contactos de TBC

En 2004, fue lanzado un nuevo plan para el PNCT, que recomendaba las siguientes acciones de vigilancia epidemiológica para la TBC: implantar la investigación estratégica para la búsqueda activa de TBC en hospitales de urgencia y emergencia de las grandes metrópolis, en grupos de mayor riesgo, tales como indígenas, albergados, alcohólicos, prisioneros, individuos que viven en la calle y en áreas de riesgo dentro del área territorial de las unidades de salud y en todos los contactos de pacientes bacilíferos. Asimismo, intensificar el examen de contactos en todos los pacientes de TBC⁽⁸⁾.

CONCLUSIÓN

Fueron analizadas 13 publicaciones bibliográficas de las cuales 7 eran manuales de control para la TBC, 2 guías, 2 directrices, las que fueron publicadas en forma de artículos y elaboradas por la Sociedad Brasileña de Neumología y Tisiología (SBPT) y 2 planes. Los trabajos analizados muestran que existe preocupación en el Brasil con los aspectos de vigilancia de contactos, y que solo al final de la década del 90, fueron propuestas estrategias en los servicios de salud.

El análisis de estas publicaciones permitió concluir que durante 10 años (1984 a 1994) no fueron establecidos cambios con respecto a los conceptos y

estrategias para la reglamentación de acciones dirigidas al control de contactos de pacientes con TBC. Las estrategias son restringidas a los contactos, considerando que solo ellos cohabitan el mismo espacio, siendo enfocado apenas en la familia.

Esta posición del servicio de vigilancia de contactos estableció propuestas de intervención (estrategias) para todos los servicios de salud hasta la década del 90, que ocasionó un aumento en el número de casos de TBC, lo que desencadenó la ampliación de conceptos y propuestas que incorporen acciones de prevención sistemática.

Con relación al análisis y evaluación de contactos se concluyó que este tema fue ampliado, tanto con relación a las estrategias en los manuales del MS, como en las asociaciones del área.

La ampliación del concepto de contactos, a partir de 1994, subsidio las acciones de control, pues solo consideraron a las personas que vivían con el enfermo, siendo excluidos todos aquellos que tenían contacto directo con el paciente, sea en el domicilio como en el ambiente laboral, o en grupos como personas con serología HIV, individuos con síntomas respiratorios más de tres semanas, personas que viven en instituciones y trabajadores de salud parte del programa de TBC. Se amplió la comprensión de la acción con la protección frente a la transmisión del bacilo de TBC. Esta estrategia

incluyó el uso de medicamentos como la quimioprofilaxis con isoniacida, así como acciones específicas del equipo de salud involucrada con el proceso de trabajo, dirigido a la búsqueda activa de casos. En 2002, se propuso el seguimiento de contactos a través de cronograma y control con visitas domiciliarias.

Otro aspecto importante que se estableció al final de la década del 90 fue la reorganización del sistema de salud en las ciudades, a través de la descentralización de acciones para el programa de PCT en todos los servicios de salud, siendo integradas a los servicios de Atención Básica de Salud. Esta incorporación fue ampliada para las actividades de evaluación de los contactos que pasó a reglamentar los manuales de control de la TBC.

Estas son las normas establecidas hasta el momento, mientras tanto algunos retos fueron presentados a nivel operativo, con la finalidad de organizar los servicios de salud. La falta de sistematización en la evaluación de contactos a través del monitoreo y acciones de vigilancia epidemiológica, que son realizados por los equipos del PCT y por los equipos de los servicios de Atención Básica.

Por lo tanto, la nueva adaptación de la Ficha de Control de Contacto puede ser una importante medida para identificar aquellos pacientes no evaluados y para la elaboración de protocolos de atención y seguimientos de contactos de TBC, Vigilancia Epidemiológica y monitoreo de la TBC y sus contactos. Realizados de forma integrada a través del sistema de información (SINAN, EPI- TB, WEB-TB), que no incluye el seguimiento del contacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Pneumologia Sanitária. Manual de normas técnicas para o controle da tuberculose. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1995.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano estratégico para implementação do plano de controle da tuberculose no Brasil de 2001-2005: resumo executivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
3. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Styblo K, Meijer J. Avances recientes en la epidemiología de la tuberculosis en relación con la formulación o readecuación de los programas de control. Bol Union Inter Tuberc 1978; 53(4):295-309.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Kritski AL, Bonfim G, Castelo Filho A, Mello FQ. Reação em cadeia da polimerase LRCP/PCR, aplicada ao diagnóstico de tuberculose. J Pneumol 1997; 23(1):33-42.
7. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Caderno de Atenção Básica n. 6
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
9. Kritski AL, Marques MJO, Rabahi MF, Vieira MAMS, Werneck-Barroso E, Carvalho CE, et al. Transmission of tuberculosis to close contacts of patients with multidrug-resistant tuberculosis. Am J Resp Crit Care Med 1996 January; (153):331-5.

10. Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulista: do modelo bacteriológico à programação em saúde (1889-1983). Rev Latino-am Enfermagem 1994 janeiro; 2(2):73-85.
11. Carvalho ACC, Kritski AL, Ruffino-Netto A. Investigação dos contatos de pacientes com tuberculose pulmonar: prioridades e conduta. Pulmão 2002; 11(2):95-101.
12. Ministério da Saúde. Secretaria (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1989.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço. CNCT/NUTES. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1987.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço. CNCT/NUTES. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 3ª ed. 1992.
16. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília (DF); 1999.
17. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Tuberculose. J Pneumol 1997 novembro-dezembro; 23(6):294-345.
18. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileira para Tuberculose. J Bras Pneumol 2004 Jun; 30 (Supl 1):S1-S86.