

El control de la tuberculosis en refugiados y desplazados¹

C. Kessler,² M. Connolly,²
M. Levy² y P. Chaulet²

Hoy día se reconoce que la tuberculosis es uno de los problemas de salud más descuidados del mundo. Ocasiona 2,9 millones de defunciones al año y es la causa principal de muerte por enfermedad infecciosa en adultos. En los países en desarrollo, la tuberculosis puede considerarse una epidemia incontrolada, pues allí ocurren 95% de todos los casos y 98% de todas las defunciones por esa enfermedad (1).

En nuestra época, el número cada vez mayor de conflictos internacionales ha suscitado la migración en masa de grandes poblaciones. El número de refugiados, que en la década de los sesenta se calculaba en un millón, ha aumentado a más de 27 millones incluidos los desplazados internos, según se registró oficialmente en enero de 1995 (2). De todos los refugiados, 91% se originan en África, Asia y América Latina, mientras que el resto proviene de la antigua Unión Soviética y de lo que era anteriormente Yugoslavia.

Pese a que la mayoría de los refugiados permanecen en zonas donde la tuberculosis suele ser endémica o provienen de ellas, hasta ahora se han hecho muy pocos intentos para controlarla en esas circunstancias. Esa negligencia se debe a diversas razones y a continuación se explican algunas de las más importantes.

- Las poblaciones de refugiados se caracterizan en general por su gran movilidad. A menudo se desconoce cuánto tiempo van a permanecer en un campamento. Pese a la institución de programas antituberculosos, muchas personas los abandonan, por lo que se registran bajos índices de recuperación. A su vez, esta situación genera una transmisión más activa de la enfermedad debido a la producción de casos crónicos y al desarrollo de bacilos resistentes. Además, los tratamientos ineficaces constituyen un derroche de los escasos recursos humanos y financieros.
- En la fase inicial de afluencia de refugiados, el sarampión, la desnutrición y las enfermedades diarreicas se destacan como los principales problemas de salud. En ese momento, el control de la tuberculosis no es ni debe ser una prioridad, pero sí lo es una vez superada la fase de emergencia. El carácter prolongado de los conflictos propios de la época actual obliga a los desplazados a pasar mucho tiempo, a veces años, en refugios provisionales. Pese a esa indudable realidad,

¹ Siendo una enfermedad frecuente en poblaciones que carecen de las necesidades básicas, la tuberculosis se ceba en los grupos forzados a vivir en el hacinamiento, ya sea temporal o permanentemente. Si bien este documento está dirigido a los problemas de campamentos de refugiados, la mayor parte de las recomendaciones pueden aplicarse provechosamente a las situaciones similares de emergencia debidas a desastres naturales.

² Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial contra la Tuberculosis, Ginebra, Suiza.

los organismos responsables de atender la salud de los refugiados a menudo se muestran reticentes cuando se plantea la necesidad de reemplazar el plan de emergencia por uno de más largo plazo. Está claro que si se ha de controlar la tuberculosis, es preciso cambiar de enfoque.

El control de la tuberculosis en refugiados adquiere cada vez más importancia por las siguientes razones:

- Entre los casos no tratados, la mortalidad es elevada.
- Es una enfermedad que se manifiesta como importante problema de salud una vez superada la fase de emergencia. Un ejemplo claro es el de Somalia en 1985, donde una cuarta parte de todas las muertes de adultos se debieron a tuberculosis (3).
- La mayor parte de los conflictos que provocan el desplazamiento de refugiados son complejos y duraderos. Esa es la situación de los refugiados camboyanos en Tailandia, de los afganos en Pakistán y de otros grupos, y hay una gran necesidad de programas contra la tuberculosis cuando poblaciones grandes se encuentran desplazadas por períodos prolongados. La afluencia incontenida de nuevos pacientes puede abrumar los programas de control de los países que los reciben y llevar cerca del colapso a los servicios locales (4).
- El tratamiento de la tuberculosis puede ser más fácil en un campamento que en el lugar regular de residencia por la ubicación de consultorios médicos a corta distancia, el carácter gratuito del tratamiento y porque no interfiere con actividades laborales.
- En los países en desarrollo, el control de la tuberculosis es una de las intervenciones sanitarias más efectivas en función del costo (5). Es, por lo tanto, una intervención factible en el sentido económico. La mayoría de los pacientes afectados corresponden al grupo de 15 a 19 años, es decir, el más productivo. En el caso de los refugiados, la pérdida de padres, proveedores del sustento familiar y líderes de la comunidad resulta en un costo social y económico significativo para poblaciones ya traumatizadas y debilitadas por su desplazamiento.
- La factibilidad del control de la tuberculosis se ha demostrado en los últimos años, ya que los programas en poblaciones de refugiados han alcanzado tasas de curación comparables con las de programas nacionales (6).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados define a los

refugiados como personas que están fuera de su país por razones que justifican la intervención de dicha Oficina. Los *desplazados internos* se definen como personas desplazadas en su propio país por razones que la Oficina consideraría dignas de su intervención si estuvieran fuera del país. El número de refugiados reconocidos oficialmente en enero de 1995 era de 14 488 700, pero a ellos hay que sumar el incontable número de personas que por variadas razones abandonan sus países sin por ello estar incluidos en las cifras oficiales. Los refugiados reconocidos como tales viven en campamentos donde, por mandato, la comunidad internacional debe proveerles protección y atención médica. Otros refugiados, dispersos en pueblos o comunidades, están usualmente integrados a los programas locales de control de tuberculosis. No se ha aclarado todavía cuál es la protección que corresponde brindar a los desplazados internos, pero es evidente que deberían tener acceso a sus respectivos programas nacionales.

La distribución mundial por edad de los refugiados es la siguiente (2): 20% tienen de 0 a 4 años; 35%, de 5 a 17 años y 45%, 18 años o más. Comparada con la edad promedio en un país en desarrollo, la población de refugiados es más joven, si bien su distribución por edad y sexo varía mucho en función de la diversa constitución de sus poblaciones.

El flujo de refugiados y la elevada incidencia de tuberculosis son problemas que se traslapan desde el punto de vista geográfico. Las poblaciones de refugiados de 10 000 o más personas dan cuenta de más de 12 millones de los 15 millones de refugiados oficialmente registrados. Más de 11 millones (92% de todos los refugiados) provienen de zonas donde la incidencia de tuberculosis es alta (>100 por 100 000 habitantes) y 8%, de países con incidencia mediana (25–100 por 100 000 habitantes).

REQUISITOS PARA UN PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DIRIGIDO A REFUGIADOS Y DESPLAZADOS

Antes de establecer un programa de control de tuberculosis debe haberse superado la fase de emergencia inicial. Aparte de contar con las necesidades básicas de agua, alimentos, techo y saneamiento, se necesitan también asistencia médica y medicamentos esenciales. Aunque se disponga de todo lo anterior, es importante asegurarse de que haya perspectivas de seguridad y estabilidad en el campamento por un período mínimo de 6 meses.

Entre los requisitos específicos, cabe resaltar datos de vigilancia que indiquen que la tuberculosis es un problema de importancia. Debe haberse determinado cuáles son las personas, grupos e institucio-

nes responsables de ejecutar el programa y contarse con fondos que aseguren su continuidad por lo menos durante 1 año. Es esencial que se haya establecido coordinación con el programa nacional del país para seguir tratando a los pacientes en caso de clausura del campamento. Por cada 40 000 a 50 000 refugiados se necesitan un coordinador y un equipo de ayudantes bien adiestrados en el control de la tuberculosis. Asimismo es preciso tener cerca instalaciones de laboratorio con control de la calidad coordinados con los servicios del país huésped. Por último, la tarea exige un planeamiento claro y competente para implantar y monitorear el programa.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Las prioridades de control de la tuberculosis en refugiados son 1) detección pasiva de casos; 2) asignación de prioridad a los casos diagnosticados por examen de esputo; 3) implantación de la terapia de corta duración con supervisión directa; 4) compromiso de las autoridades y liderazgo efectivo; 5) establecimiento de un sistema de monitoreo para supervisión y evaluación trimestral, y 6) vacunación con BCG de los niños pequeños provenientes de países con altas prevalencias de tuberculosis.

Como el período de vida de un campamento de refugiados suele ser incierto, el objetivo es lograr la curación de los refugiados lo antes posible mediante el tratamiento más corto. Para ello es esencial que por conducto del ministerio de salud se establezca una estrecha colaboración y coordinación con el programa nacional de control de la tuberculosis. Si el programa nacional ya tiene en marcha la estrategia de observación directa del tratamiento, el mismo régimen debe emplearse al empezar el programa para refugiados. En caso contrario, la OMS recomienda el esquema siguiente:

Régimen de primera línea de 6 meses con supervisión directa para casos nuevos

2ERHZ/4RH para tuberculosis pulmonar grave³

2RHZ/4RH para tuberculosis extrapulmonar en niños

Régimen optativo de 8 meses para casos nuevos cuando no se pueden supervisar por más de 2 meses

2ERHZ/6EH

Tratamiento de segunda línea (fracaso bacteriológico y recidiva confirmada por esputo)

2SERHZ/1ERHZ/5RHE

³ E = etambutol; R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; S = estreptomina.

Los medicamentos pueden administrarse diaria o intermitentemente (por ejemplo, tres veces a la semana) si este segundo sistema es el más aceptable.

La prioridad de un programa de control de tuberculosis para refugiados debe ser la curación de pacientes con pruebas de esputo positivas, especialmente cuando los recursos son escasos o el programa ya no tiene la capacidad para seguir admitiendo casos nuevos. Siempre deben hacerse exámenes de esputo de los pacientes que declaran haber estado bajo tratamiento antes de abandonar su hogar pero que carecen de documentación para probarlo. Los que tengan resultados positivos y hayan recibido tratamiento anterior por más de 1 mes deben comenzar un régimen completo de segunda línea. Los pacientes con examen de esputo negativo que no pueden suministrar información útil acerca de su tratamiento previo deben recibir un antibiótico no específico de amplio espectro (por ejemplo, que no contenga rifampicina) durante 2 semanas. Un nuevo examen de esputo permitirá diagnosticar tuberculosis con dos muestras positivas. En caso contrario, se continuará el control del paciente solo si persisten los síntomas.

Algunos pacientes tienen que abandonar el campamento antes de haber completado el tratamiento. Si es porque han de ser transferidos a otro lugar donde también esté operando un programa de control, se les debe administrar un tratamiento por los pocos días o semanas que dure el período de transición. Si los pacientes son acompañados durante el transporte y asistidos en su transferencia al nuevo programa, puede reducirse al mínimo el número de pacientes perdidos. Tanto el viejo como el nuevo programa deben mantener archivos de esos pacientes con información sobre su transferencia.

Si no puede garantizarse la continuidad del tratamiento bajo otro programa, como ocurre a menudo con los refugiados que regresan a sus hogares, el paciente no deberá abandonar el campamento hasta que se haya logrado la conversión de su esputo. El tratamiento restante puede ser autoadministrado, pero si no ha de ser supervisado, no puede emplearse un régimen que incluya rifampicina pasados los 2 primeros meses. En este caso se debe aplicar el régimen optativo de 8 meses.

EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Es necesario enviar al programa nacional sobre tuberculosis del país huésped informes trimestrales sobre la detección de casos y su tratamiento en el campamento de refugiados. Para registrar la información sobre un campamento debe

utilizarse el modelo descrito en la "Guía para la tuberculosis" de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias. Desde el principio debe recurrirse a un sistema de cohorte para calcular las tasas de curación según un denominador que incluya el número total de casos registrados. Esto permite monitorear la efectividad del programa.

Un programa para refugiados debe lograr los objetivos siguientes:

- 80% de conversiones de esputo a los 2 meses de tratamiento estrechamente supervisado
- 85% de conversiones de esputo a los 3 meses de tratamiento estrechamente supervisado
- 85% de tasas de curación al final del tratamiento
- $\leq 8\%$ de defunciones
- $\leq 2\%$ de fracasos bacteriológicos al final del tratamiento
- $\leq 6\%$ de abandonos o transferencias.

En países con prevalencia elevada de infección por VIH, el logro de una tasa de curación de 85% puede ser difícil para el programa. Una tasa alta de conversión de esputo contribuye a evitar el desarrollo de bacilos resistentes a los medicamentos. Se sabe que a los 3 meses de instituida una quimioterapia moderna, quedan esterilizadas las lesiones de alrededor de 80% de los pacientes de tuberculosis (8).

CUÁNDO SUSPENDER UN PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

Tanto las circunstancias propias de la situación conflictiva como los datos aportados por los

indicadores de rendimiento de un programa pueden imponer su clausura. Desde 2 meses antes de un probable cierre del campo o de una posible interrupción en sus servicios de mantenimiento, el programa no debe admitir nuevos pacientes para su tratamiento.

Por otra parte, en todo programa de control de la tuberculosis en que las tasas de conversión del esputo y de curación definitiva sean inferiores a 60%, corresponde analizar inmediatamente la situación a fin de descubrir las razones de un rendimiento tan poco satisfactorio. De ahí en adelante, se requiere la rápida ejecución de medidas correctivas. Si aun así es imposible mejorarlo, cabe considerar la clausura del programa.

SYNOPSIS

Tuberculosis control in refugees and displaced persons

As a result of national and international conflicts, the number of refugees and displaced persons in various countries of the world is increasing. The complex and protracted nature of these conflicts often forces refugees to remain away from their countries for long periods, living in refugee camps. Many refugees come from countries where tuberculosis is endemic and, once the immediate problems of establishing a camp are overcome, this disease becomes the principal problem affecting refugee camps. In order to advise the persons in charge of refugee camps on how to set up tuberculosis control programs, this document details the general requirements and specific recommendations of WHO for the implementation of such programs, as well as guidelines for their evaluation and monitoring, including criteria that would justify camp closure.

REFERENCIAS

1. Raviglione MC, Snider D, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a worldwide epidemic. *JAMA* 1995;273:220-226.
2. United Nations High Commissioner for Refugees. Populations of concern to UNHCR: a statistical overview. Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees; 1994.
3. Centers for Disease Control. Famine-affected refugee and displaced populations: recommendations for public health issues. *MMWR* 1992;41:1-76.
4. Murray C, DeJonghe E, Chum HJ, et al. Cost effectiveness of chemotherapy for pulmonary tuberculosis in three sub-Saharan African countries. *Lancet* 1991; 338:1305-1308.
5. Kessler C. Tuberculosis control in refugees: a focus on developing countries. [Disertación]. London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1995.
6. Fox W. Appropriateness of TB control technology: the treatment of pulmonary tuberculosis. Geneva: 1986. (Publicación WHO/TB.PHC/86.9).