

CARTAS AL EDITOR

La práctica del tratamiento supervisado en un programa de control de la tuberculosis del municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (1998-2001)

Señor editor: la tuberculosis fue declarada por la Organización Mundial de Salud, en 1993, como emergencia mundial, por lo que recomendó la estrategia Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS), que en español se le conoce como Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), con el propósito de mejorar la situación epidemiológica de la enfermedad.¹

La estrategia fue implementada con éxito en situaciones distintas, y se obtuvieron resultados positivos en lo que respecta a la aplicación de la quimioterapia y la reducción de resistencia.^{2,3} En el año de 2002, 180 países implantaron la estrategia, de tal manera que se alcanzó una cobertura de 69%.⁴

En Brasil, gracias al Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) se implantó el Plan de Emergencia para Municipios Prioritarios, que recomienda el TAES para enfermos con mayor riesgo de abandono.⁵ Asimismo, se asumió el compromiso de expandir la estrategia para que 70% de los casos nuevos de tuberculosis activos estimados fuesen detectados y 85% de los casos fuesen tratados con éxito hasta el año de 2005.⁶ De esta manera, en el año de 1998 fue implantada la estrategia TAES en el país, y el municipio de Ribeirão Preto fue uno de los pioneros en el estado de São Paulo.

En una unidad de salud de dicho municipio realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de analizar la práctica del tratamiento supervisado en el control de la tuberculosis, particularmente el inicio, la periodicidad y la duración de la supervisión en el periodo que va de 1998 a 2001.

Se estudiaron 51 casos de tuberculosis que iniciaron y concluyeron el tratamiento en el servicio de salud en estudio. Se utilizó el banco de datos EPI-TB de la unidad de salud, registros del programa e historias clínicas de enfermos. Asimismo, se utilizó el método de Kaplan-Meier⁷ para análisis estadístico.

Los resultados mostraron un aumento gradual del número de casos de tuberculosis en tratamiento supervisado: en 1998, 92 casos (18 %); en 1999, 90 casos (29 %); en 2000, 51 casos (41 %), y en 2001, 62 casos (58 %).

En relación con el inicio de la supervisión, 41.2% de los pacientes la habían comenzado a recibir a los siete días del tratamiento; 50% a los 28 días; 75% a los 48 días, y 95% a los 138 días. Se observó una periodicidad media de supervisiones de 3.6 días por semana y una mediana de cinco supervisiones semanales. El menor tiempo de tratamiento supervisado entre los enfermos fue de 63 días; 50% se estuvo tratando hasta por 175 días, y 75% hasta por 205 días.

El hecho de que la supervisión no comience desde el primer día del tratamiento del enfermo, puede estar relacionado con el tiempo que el profesional o el equipo de salud gasta para evaluar el caso y determinar su inclusión. En lo que se re-

fiere a aquellos que esperaron un tiempo superior a 28 días para ser supervisados, lo que sucedió fue que su inclusión de en el TAES fue por la presencia de algún evento durante la terapéutica, como: incapacidad para tomar el tratamiento por sí solo, irregularidad en la administración del tratamiento, reacciones adversas al medicamento antituberculoso y alcoholismo, entre otros. La frecuencia de las supervisiones semanales presentó variaciones y no depende de la fase de tratamiento.

A pesar de no ser una regla, se recomienda que los enfermos en tratamiento supervisado reciban por lo menos tres supervisiones semanales durante los primeros dos meses y una supervisión por semana hasta el fin del tratamiento.⁸

El propósito del TAES no es cumplir con el acto de supervisar o de mejorar la supervisión, sino que consiste en transmitir el reconocimiento del valor que tiene el éxito del tratamiento para el enfermo y la comunidad.⁹

Dra. Roxana Cardozo González
Universidad de São Paulo, Escuela de Enfermería
de Ribeirão Preto
Correo electrónico: errisab@eerp.usp.br

Referencias

1. World Health Organization. What is DOTS. A guide to understanding the WHO- recommended TB Control Strategy Known as DOT. Ginebra: WHO (WHO/CDS/CPC/TB/99.270), 1999.
2. Reigota R M S. A valiação do controle da tuberculose pulmonar no município de Bauru - SP implantado do tratamento supervisionado, 1999/2000. Tesis. Botucatu (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2001.

3. Pinho J L, Nogueira P A. Tratamento supervisionado em tuberculose no município de Taboão da Serra, Sao Paulo 1998-1999. *Bol Pneumol Sanitaria* (Rio de Janeiro) 2001; 9(1): 13-18.
4. World Health Organization. Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing. WHO Report 2004 [monografía en internet]. Ginebra: WHO, 2004 [consultado 2004 abril 5]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/en/Brazil.pdf>
5. Morse D. Directly observed therapy for tuberculosis. *BMJ* 1996; 312: 719-720.
6. OPS. Programas Nacionales de Control de TB. México, D.F.: Oficina Regional de la OMS. (OPS/HCP/HCT176/00), 2000.
7. Lee ET. Statistical method for survival data analysis. Nueva York: John Wiley & Sons, 1992.
8. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tb 2002. Brasília (D.F.): Ministério da Saúde; Caderno de Atenção Básica No. 6), 2002.
9. Frieden T, Driver C. Tuberculosis control: Past 10 years and future progress. *J Tuberculosis* 2003; 83 (issues 1-3):82-85.

Prevalencia del VPH en sexoservidoras de Durango, México

Señor editor: el cáncer cervicouterino (CaCU) representa, en el ámbito mundial la segunda neoplasia maligna más frecuente en la mujer. En México, es la primera causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva.¹ El virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor etiológico de esta neoplasia.² Los VPH tipo 6 y 11, denominados de "bajo riesgo (BR)" causan lesiones benignas (condilomas), y los VPH tipo 16, 18, 31 y 33, denominados de "alto riesgo (AR)", cau-

san lesiones precancerosas y cancerosas de cérvix.³

Dado que la adquisición del VPH está estrechamente relacionada con el comportamiento sexual y el número de parejas sexuales, las sexoservidoras representan un grupo de alto riesgo para adquirir la infección y para la transmisión del virus.⁴ Sin embargo, existe muy poca información sobre la prevalencia del VPH en este tipo de poblaciones en México.⁵ Por lo tanto, se realizó una evaluación de la prevalencia del VPH-AR y VPH-BR en 168 sexoservidoras mexicanas de Gómez Palacio, Durango, quienes habían practicado la prostitución por más de cinco años. La presencia del VPH fue detectada en forma molecular mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), con los iniciadores MY09/MY11, y los productos amplificados fueron analizados mediante RFLPs (polimorfismos en longitud de fragmentos de restricción) para identificar VPH-AR y VPH-BR. La prevalencia cruda de VPH en sexoservidoras fue de 28.57% (11.90% para VPH-AR y 16.67% para VPH-BR). Esto representa un valor 1.67 veces mayor que la prevalencia registrada previamente entre mujeres no sexoservidoras en Durango, 17.12% (5.41% para VPH-AR y 11.71% para VPH-BR).⁶

La prevalencia de VPH en sexoservidoras de Durango, México, fue intermedia respecto a la notificada para otros países.⁷⁻¹⁰

Dada la alta prevalencia de infección por VPH-AR encontrada en sexoservidoras mexicanas de Durango, las instituciones nacionales de salud deben tomar medidas especiales de prevención.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Histopathological Registry of Malignant. México, D.F.: SSA, 1996.
2. Fu YS, Reagan JW, Richart RM. Definition of precursors. *Gynecol Oncol* 1981; 12:220-231.
3. WHO. Infecciones genitales por papilomavirus humanos y cáncer: memorándum de una reunión de la OMS. *Bol Oficina Sanit Panam* 1987; 65: 120-137.
4. Ludicke F, Stalberg A, Vassilakos P, Major AL, Campana A. High-and intermediate-risk human papillomavirus infection in sexually active adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14(4): 171-174.
5. Juarez-Figueroa LA, Wheeler CM, Uribe-Salas FJ, Conde-González CJ, Zampilpa-Mejía LG, García Cisneros S et al. Human papillomavirus: a highly prevalent sexually transmitted disease agent among female sex workers from Mexico City. *Sex Transm Dis*. 2001; 28(3): 125-130.
6. Rodríguez-Reyes ER, Cerda-Flores RM, Solís-Ríos NP, Quiñones-Pérez JM, Cortés-Gutiérrez El. Identification and typification of the human papiloma virus in women using the "Timely Detection of Cancer" program in Durango, Mexico. *Ginecol Obstet Mex*. 2003; 71: 471-475.
7. Mak R, Van Renterghen L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sex Transm Infect* 2004; 80(2): 118-120.
8. Chan R, Khoo L, Ho TH, Koh CF, Lee ILU, Yam KL et al. A comparative study of cervical cytology, colposcopy and PCR for HPV in female sex workers in Singapore. *Int J STD AIDS*. 2001; 12(3): 159-163.
9. Tideman RL, Thompson C, Rose B, Gilmour S, Marks C, Van Beek I et al. Cervical human papillomavirus infections in commercial sex workers-risk factors and behaviours. *Int J STD AIDS*: 2003; 14(2): 840-847.
10. Choi BS, Kim O, Park MS, Kim KS, Jeong JK, Lee JS. Genital human papillomavirus genotyping by HPV oligonucleotide microarray in Korean commercial sex workers. *J Med Virol* 2003; 71(3): 440-445.