



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

MISION DE MONITOREO Y ASESORIA EXTERNA AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DE PANAMÁ

- REPORTE FINAL -

*27 A 31 DE ENERO
DE 2014*



AGRADECIMIENTOS

La misión hace llegar sus agradecimientos a las autoridades nacionales y a la Representación de la OPS en Panamá por la coordinación y apoyo brindado para el buen desarrollo de las actividades de evaluación efectuadas.

GLOSARIO DE SIGLAS Y TÉRMINOS

ACSM	: Abogacía, Comunicación y Movilización Social
APP/PPM	: Alianza Publico Privada
APS	: Atención Primaria en Salud
ARV	: Antirretroviral
BAAR	: Bacilo Ácido Alcohol Resistente
BK	: Baciloscopía
BT	: Bocas del Toro
C/S	: Centro de Salud
CAPSI	: Instalaciones del Ministerio de Salud del primer Nivel de atención
CGY	: Comarca Guna Yala
CH	: Complejo Hospitalario
CNB	: Comarca Ngäbe Buglé
Cocl	: Coclé
Col	: Colón
CPT	: Terapia Preventiva con Cotrimoxazol
CS	: Centro de Salud
CSB	: Cabina de seguridad Biológica
CSS	: Caja del Seguro Social
CTARV	: Clínicas de Tratamiento Antirretroviral
DOTS/TAES	: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
DSL	: Drogas de Segunda Línea
E	: Etambutol
H	: Isoniacida
ICGES	: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud
LCRSP	: Laboratorio Central de Referencia de Salud Publica
LQAS	: Sistema de muestreo por lotes
LRN	: Laboratorio de Referencia nacional
LRN	: Laboratorio Nacional de Referencia
LSN	: Laboratorio supranacional
MDR	: Multidrogorresistente
MINSA	: Ministerio de Salud
ODM	: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud

PCT	: Programa Control de Tuberculosis
PE	: Panamá Este
PM	: Panamá Metropolitana
PNCTB	: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNIVS	: Programa Nacional de VIH-Sida
PNT	: Programa Nacional de Tuberculosis
PO	: Panamá Oeste
PPD	: Derivado Proteínico Purificado
PPL	: Personas Privadas de Libertad
PSD	: Pruebas de Sensibilidad a Drogas
R	: Rifampicina
RNLTB	: Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis
RRHH	: Recursos Humanos
S	: Streptomina
SIDA	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILAB	: Sistema de información electrónico en línea de laboratorios
SISVIG	: Sistema de Vigilancia
SM	: San Miguelito
SR	: Sintomático Respiratorio
SR	: Sintomáticos Respiratorios
SS	: Servicios de Salud
TAES	: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TAR o TARV	: Terapia Antirretroviral
TB	: Tuberculosis
V	: Veraguas
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana
XDR	: Extremadamente Resistente
Z	: Pirazinamida

CONTENIDO

	<u>Página</u>
A. RESUMEN EJECUTIVO	9
1. Antecedentes	9
2. Objetivos de la Misión	9
3. Composición del equipo de Monitoreo-Asesoría y Metodología utilizada	10
4. Lugares visitados	11
5. Principales Hallazgos	11
- Resumen de la Situación Epidemiológica y Operacional	11
- Principales Fortalezas	12
- Principales Desafíos	13
- Principales Recomendaciones	14
B. INFORME DE LA MISION DE MONITOREO Y ASESORIA	16
1. Generalidades	16
- Distribución de la Población	16
- Instalaciones de Salud según Proveedor	16
2. Situación del Control de la Tuberculosis	17
- Situación Epidemiológica	17
▪ Morbilidad	17
▪ Mortalidad	21
▪ Coinfección TB-VIH	23
▪ Tuberculosis Resistente a Medicamentos	25
- Situación Operacional	26
▪ Localización de casos	26
○ Sintomáticos Respiratorios	26
○ Estudio de Contactos	28
▪ Resultados del Tratamiento de la Tuberculosis	28
▪ Actividades de Colaboración TB-VIH	31
▪ Suministro de Medicamentos	31
3. Red de Laboratorios	32
- Estructura y Organización de la Red de Laboratorios	32
▪ Situación Operacional de la Red de Laboratorios	32
4. Principales Hallazgos	33
- Principales Fortalezas	33
- Principales Desafíos	34
- Principales Recomendaciones	35

	Página
▪ Político-Estratégicas	35
▪ Técnicas Prioritarias	36
C. PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA ASESORIA Y MONITOREO 35	38
D. ANEXOS	40
1. MONITOREO A LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE TB DE PANAMA	40
- Estructura y Organización de la Red de Laboratorios de Tuberculosis	40
- Baciloscopias y detección de Sintomáticos Respiratorios	41
- El Control de Calidad Externo de BK	43
- Cultivos	43
- La Dirección de Laboratorios del Ministerio de Salud	44
- Vigilancia de la tuberculosis resistente a los fármacos	45
- Visitas a los laboratorios de la red	45
▪ Laboratorio Nacional de Referencia (LCRSP/ICGES)	45
○ Hallazgos	45
○ Infraestructura y equipamiento	46
○ Procedimientos técnicos	46
○ Sistemas gestión de calidad y de registros	47
○ Investigaciones	47
○ Recomendaciones	47
▪ Región Sanitaria Metropolitana	48
○ Laboratorio Hospital Santo Tomás	48
○ Hallazgos	48
○ Recomendaciones	49
▪ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo A Madrid (CSS)	49
○ Hallazgos	49
○ Recomendaciones	50
▪ Centro de Salud de Santa Ana	51
○ Hallazgos	51
○ Recomendaciones	51
▪ Centro de Salud Nuevo Veranillo, San Miguelito	51
○ Hallazgos	51
○ Recomendaciones	52
▪ Centro de Salud Rómulo Roux, Pueblo Nuevo	52
○ Hallazgos	52
○ Recomendaciones	52
▪ Conclusiones Red de laboratorios	53

	<u>Página</u>
▪ Fortalezas de la Red de Laboratorios	53
▪ Debilidades de la Red de Laboratorios	53
▪ Recomendaciones para la Red de Laboratorios	54
2. INFORME DE LA REGION DE SALUD METROPOLITANA	55
- Equipo evaluador	55
- Información general	56
▪ Unidades de Salud y otros centros	56
▪ Recursos Humanos en Salud	57
- Situación Epidemiológica	57
▪ Morbilidad	57
▪ Mortalidad	58
▪ TB-MDR	58
▪ Coinfección VIH-TB	58
- Situación Operacional	59
▪ Detección de Casos	59
○ Sintomáticos Respiratorios (SR)	59
○ Control de contactos	59
▪ Resultados del Tratamiento	60
○ Cohorte de Casos de TB Pulmonares positivos	60
○ Cohorte de casos en Retratamiento	61
○ Cohorte de casos TB/VIH Pulmonares positivos	61
- Visitas a Unidades de Salud del Área Metropolitana	62
▪ Hospital de Referencia Nacional Santo Tomás	62
○ Hallazgos	62
○ Conclusiones sobre esta unidad hospitalaria de Referencia Nacional	64
○ Principales Recomendaciones	64
▪ Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social	64
○ Conclusiones y Recomendaciones	66
▪ Centro de Salud de Veracruz	66
○ Hallazgos	66
○ Conclusiones	67
○ Recomendaciones	67
▪ Centro de Salud de Pueblo Nuevo	68
○ Hallazgos	68
○ Conclusiones	69
○ Recomendaciones	69
▪ Centro de Salud de Veranillo, San Miguelito	69

	<u>Página</u>
○ Hallazgos	70
○ Conclusiones	70
○ Recomendaciones	71
▪ Centro Médico Virgen de la Merced, Penitenciaría La Joya y la Joyita	71
○ Hallazgos	71
○ Conclusión y Recomendaciones	72
▪ Almacén Central de Medicamentos	73
○ Hallazgos	73
○ Conclusiones y Recomendaciones	73
▪ Conclusiones de la Región Metropolitana	74
○ Fortalezas	74
○ Debilidades	74
○ Recomendaciones	75
3. INFORME DE LA REGION DE SALUD DE COLON	77
- Información General	77
- Situación epidemiológica de la TB en la Provincia de Colón para el 2013	79
▪ Situación TB y TB-MDR	79
▪ Análisis de cohorte TB sensible	79
▪ Situación de TB-MDR	80
▪ Situación TB/VIH	80
- Gestión de Medicamentos	81
- Lugares visitados	81
▪ Hospital Amador Guerrero	81
▪ Policlínica Dr. Hugo Espadáfara	81
▪ Centro de Salud Patricia Duncan	82
▪ Clínica TARV	83
▪ Centro Penitenciario Nueva Esperanza	83
▪ Laboratorio de Referencia de TB	83
- Fortalezas	84
- Retos	84
- Recomendaciones	85
4. INFORME DE LA REGION DE SALUD DE GUNA YALA	87
- Objetivos	87
- Participantes	87
- Lugares visitados	87
- Generalidades	88

	<u>Página</u>
- Antecedentes del Programa de TB	88
- Situación Epidemiológica	89
- Situación Operacional	92
- Resultados del Tratamiento	92
- Análisis de Cohorte de la Comarca	92
- Red de Laboratorio	94
- Principales Fortalezas	94
- Principales Desafíos y Debilidades	94
- Principales Recomendaciones	95
5. SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION	96
- Fuentes de Información	96
- Registros de Información	96
- Recolección de la Información	96
- Sistema de Información y Registro de los Casos MDR	96
6. IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH	98
- Hallazgos	98
- Perspectivas de trabajo conjunto TB-VIH	99
7. GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100
- Programación de necesidades	100
- Adquisición y suministro de medicamentos	101
- Instancias relacionadas al proceso de compras de insumos sanitarios	101
- Base legal para la compra de medicamentos	103
- Fuentes financieras para compras de medicamentos e insumos sanitarios	103

A. RESUMEN EJECUTIVO

1. ANTECEDENTES

Panamá ha alcanzado logros importantes en el control de la Tuberculosis con la implementación de la estrategia TAES, la cual inició en el año 1999 y se implementó en todos los establecimientos públicos de salud en el año 2005. Esto ha permitido avanzar hacia el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo de acuerdo a los datos del sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, las tasas de morbilidad y mortalidad por Tuberculosis no han experimentado el descenso esperado para alcanzar las metas de dichos objetivos.

La presente misión, realizada del 27 al 31 de enero 2014 a solicitud del Ministerio de Salud de la República de Panamá ha sido conformada por consultores de OPS/OMS y funcionarios del Ministerio de Salud del país (nacional y regional) y funcionarios de la Caja del Seguro Social.

De forma conjunta se ha revisado, la situación epidemiológica y operacional del PNT cuyos elementos más importantes se presentan a en este informe, con el objetivo de apoyar y asesorar al país para mejorar las acciones de control de la TB y acelerar la tendencia decreciente de la enfermedad.

2. OBJETIVOS DE LA MISION

1. Conocer:

- a. La situación epidemiológica de la Tuberculosis en Panamá y situación operacional del Programa de Control de la enfermedad.
- b. Las actividades de control de la tuberculosis sensible a medicamentos y la Implementación de la Estrategia “Alto a la TB”:
- c. La capacidad de respuesta de la red de laboratorios a las necesidades actuales del PNT.
- d. La implementación de las actividades de colaboración inter programática TB-VIH.
- e. El control de TB en Centros de Privación de Libertad.
- f. El involucramiento de otros proveedores de salud y del sistema de seguridad social (CSS).
- g. El plan de fortalecimiento de recursos humanos y actividades de ACSM.
- h. El manejo clínico y programático de la TB-MDR.

2. Efectuar recomendaciones a las Autoridades Nacionales para que consideren su incorporación al Plan Estratégico 2013-2016 elaborado por el PNT.

3. COMPOSICION DEL EQUIPO DE MONITOREO-ASESORIA Y METODOLOGIA UTILIZADA

Participantes Internacionales OPS/OMS:

- Dr. Rodolfo Rodríguez – Experto internacional (Jefe de Misión).
- Dr. Ernesto Montoro – Experto internacional.
- Dra. Ivelisse Acosta – Experta internacional.
- Dra. Anna Volz – OPS Washington.
- Dr. Jorge E. Victoria R. – OPS Panamá.
- Dr. Víctor Mejía – OPS Panamá.
- Lic. Adelina Barrantes – OPS Panamá.

Participantes Nacionales:

- Dra. Cecilia de Arango. Ministerio de Salud.
- Dra. Yaribeth Ramos. Caja del Seguro Social.
- Lic. Jaime Bravo. Instituto Gorgas, Laboratorio Central de Referencia.
- Lic. Samantha Rosas. Instituto Gorgas.
- Lic. Ana Maria Icaza. Caja del Seguro Social.
- Lic. Carmen Lange. Ministerio de Salud.
- Lic. Clarita Torres. Ministerio de Salud.
- Dr. Arístides Salazar. Ministerio de Salud.
- Lic. Baudilio Escobar. Ministerio de Salud.
- Lic. Leonidas Troncos. Ministerio de Salud.
- Dr. Alexis Palacios. Ministerio de Salud.
- Dra. Ana Michel. Ministerio de Salud.
- Lic. Odemaris Luque. Ministerio de Salud.

Metodología utilizada:

De forma conjunta entre OPS y Autoridades del Ministerio de Salud y teniendo en cuenta la situación epidemiológica y operacional del programa de TB se conformaron 3 grupos de trabajo para el monitoreo y la asesoría al PNT de acuerdo a los objetivos planteados:

- a. Equipos No. 1 y 2: Instituciones y Servicios de Salud, Laboratorios de Región Metropolitana y otros Programas afines como el de VIH, Prisiones, Población indígena, entre otros.

- b. Equipo No. 3: Región de Colón.
- c. Equipo No. 4: Comarca Indígena de Guna Yala.

4. LUGARES VISITADOS

- A. Sede del Ministerio de Salud: Oficina del Director General de Salud, Oficina del Programa Nacional de Control de la TB y Oficina de la Representación de OPS.
- B. Regiones y Comarcas: Visita a la sede de los Programas Regionales de TB de Región Metropolitana, Región de Colón y Región/Comarca Guna Yala:
 - 1. En Región Metropolitana: 2 hospitales, 3 Centros de Salud, 1 Centro Penal La Joya/ Joyita y el Almacén Nacional de Medicamentos.
 - 2. En Región de Colón: 1 hospital, 1 policlínica de la Caja del Seguro Social, 1 Centro de Salud del Ministerio de Salud, el Laboratorio Regional, una Clínica TARV y un Centro Penal.
 - 3. En Comarca de Guna Yala: 1 hospital, 4 Centros de Salud con camas y Laboratorios locales.
- C. Red de Laboratorio del Área Metropolitana: Hospital San Juan de Dios, Complejo Hospitalario de la CSS, 3 laboratorios de Centros de Salud y el Laboratorio Central de TB. (Instituto Gorgas).

5. PRINCIPALES HALLAZGOS

5.1. Resumen de la Situación Epidemiológica y Operacional:

En el orden epidemiológico:

- Se notificaron 1.520 casos de TB de todas las formas en 2012 para una tasa de incidencia aproximada de 40 por 100,000 habitantes. La tendencia de la TB en todas sus formas y la pulmonar, ha sido descendente pero enlentecida en los últimos años.
- En cuanto a carga de la enfermedad (número de casos notificados) los mayores aportes (cerca del 75%) corresponden a las Regiones: Metropolitana, Ngäbe Buglé, Colón, Boca del Toro y San Miguelito.
- La tasa de mortalidad por tuberculosis ha presentado una tendencia ligeramente descendente, pero bastante irregular en el periodo 2007 al 2012, pasando de 7,1 a 5,2 por 100.000 habitantes.

- El 95% de los casos de TB notificados tienen prueba VIH con una prevalencia de TB/VIH del 14%.
- La TB-MDR no es un grave problema en el país, pero existen problemas en el sistema de vigilancia y la baja detección de casos tanto en nuevos como previamente tratados.

En el orden operacional:

- Se desconoce la cifra real de sintomáticos respiratorios (SR) que consultan en los servicios de salud, pues los datos registrados corresponden a los SR estudiados a nivel de los laboratorios de la red nacional (ausencia del libro de registro de SR).
- No existe un adecuado registro del control de los contactos de los enfermos notificados.
- La prueba de VIH se realiza en un elevado número de pacientes de TB notificados (95%). Sin embargo solo el 45% de los coinfectados reciben terapia antiretroviral.
- Los hospitales generales y especializados mantienen un peso importante en el diagnóstico de casos de TB.
- En los resultados del tratamiento las tasas de éxito han mejorado llegando en 2011 al 84% en los casos pulmonares BK+ pero las tasas de abandono se mantienen altas (10%) .El tratamiento supervisado TAES se realiza en un alto porcentaje de los enfermos notificados existiendo problemas con el suministro de medicamentos fundamentalmente de segunda línea.
- La Red de Laboratorios presenta una buena cobertura nacional, tiene una estructura organizada y descentralizada con control de calidad de las baciloscopias e implementa nuevas técnicas diagnósticas. Se detecta falta de personal en la red de laboratorios de primer nivel, para realizar BK y escaso número de laboratorios que realizan BK en la Región Metropolitana. Existe retardo en el diagnóstico y entrega de resultados de laboratorio.

5.2. Principales Fortalezas:

1. Existencia de un Programa de Control de Tuberculosis con cobertura nacional en instalaciones de salud del MINSA, la CSS y Sector privado.
2. Amplia cobertura de estrategia TAES en establecimientos de salud del MINSA y CSS. En Colón la Policlínica visitada (H. Spadafora de la CSS) no hace Tratamiento Supervisado.

3. Personal altamente comprometido con las acciones de control de TB en todas las regiones visitadas.
4. Gratuidad en la atención al paciente con tuberculosis, en todos los servicios públicos de salud del país.
5. Existencia de nuevos métodos diagnósticos de TB.
6. Existencia de un Plan de colaboración entre los programas de: VIH/SIDA, Tuberculosis, Vigilancia Epidemiológica y el Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios.
7. En el Plan de Gobierno actual la tuberculosis aparece dentro de las metas presidenciales.
8. Existencia de un Convenio MINSA-Ministerio de Gobierno y Justicia en la atención de los privados de libertad (PPL).
9. Red de laboratorios organizada de forma descentralizada dando cobertura a los niveles intermedio y local.
10. Conocimiento y trabajo con los principales grupos más vulnerables para TB como es la población indígena del país.
11. De forma general se realiza el censo de contactos de los enfermos de TB.
12. Se realiza la prueba de VIH en el 95% de los casos de los casos TB.
13. Existe el apoyo de un Complemento Nutricional para enfermos de TB.

5.3. Principales Desafíos:

1. Equipo del Nivel Central del PNT débil y reducido a dos personas.
2. Manual de normas desactualizado, falta de protocolos y guías técnicas, con énfasis en VIH, tuberculosis infantil y el componente TB-MDR detectándose incumplimiento de las normas del programa en cuanto a esquemas de tratamiento, por parte de médicos especialistas.
3. Insuficiente coordinación para la prevención y control de TB y VIH/Sida.
4. Pobre número de actividades de monitoreo, supervisión y evaluación
5. RRHH (equipos de TB) incompletos o con poco tiempo asignado al control de la TB.
6. Disminución de los recursos financieros para PNT.
7. Debilidad en el proceso de Gestión de Medicamentos, en especial con las drogas de segunda línea (desabastecimiento).
8. Problemas de Almacenamiento de medicamentos e insumos (temperatura y humedad).
9. Deficiencias en la supervisión integral de algunos componentes del PNT

10. Sistema de Información en funcionamiento pero con diferencia de datos entre el PNT y Epidemiología. Se detecta debilidad en el análisis.
11. Deficiencias en la capacitación del personal de salud
12. Deficiencia de la pesquisa de SR con cifras muy por debajo de las reales y metas bajas para captación. Ausencia del libro de registro de SR.
13. Disminución de baciloscopias diagnósticas.
14. Disminución del diagnóstico en las unidades de APS (atención primaria) con importante rol de hospitales o servicios de urgencia
15. Las tasas de curación han mejorado pero los fallecidos y sobre todo los abandonos (según categorías de casos) no cumplen los parámetros requeridos.
16. Deficiencia en la captación y registro de la quimioprofilaxis
17. Se realiza el censo de contactos de paciente de TB, pero no se completa el estudio de los mismos.
18. Deficiencia en la coordinación y apoyo de los organismos responsables de la atención a los PPL (Ministerio de Gobernación y Policía Nacional)
19. Comité de TB-MDR no funcional; problemas en la gestión de medicamentos de segunda línea

5.4. Principales Recomendaciones:

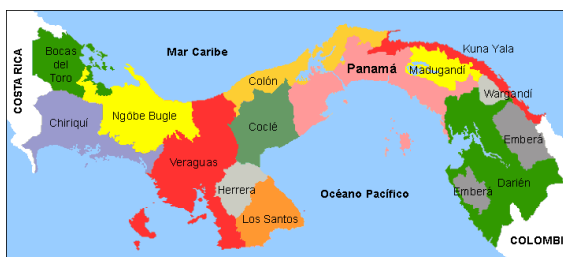
1. Reforzar el Equipo Nacional del PNT incrementado sus recursos humanos y fortalecer su capacidad de gestión.
2. Destinar recursos financieros necesarios para el desarrollo del Plan Estratégico para alcanzar las metas del Plan 2013-2016 hacia el cumplimiento de las metas de los ODM.
3. Realizar análisis y seguimiento periódico de las metas e indicadores para evaluar la marcha de este plan.
4. Dar alta prioridad a la solución de la situación actual de la gestión de medicamentos, en especial los de segunda línea.
5. Mejorar las condiciones de almacenamiento de medicamentos anti-TB (todos los niveles).
6. Acelerar la disminución de la tendencia de la morbi-mortalidad y de la MDR con Implementación de técnicas rápidas (Xpert® MTB/RIF).
7. Incrementar la pesquisa de SR, debiendo colocarse una meta de detección superior al 1% que establece las actuales Normas Nacionales.

8. Incrementar las tasas de cura enfatizando en la disminución de abandonos y fallecidos en las diferentes cohortes de casos de TB.
9. Mejorar el estudio de contactos para todos los pacientes TB
10. Reforzar la supervisión-capacitación en los 3 niveles de la organización de salud.
11. Establecer mejor coordinación y desarrollo de actividades conjuntas entre los Programas de TB y VIH/SIDA, y otras direcciones del Ministerio de Salud.
12. Mejorar o establecer coordinación con otros programas de salud (diabetes, drogadicción, salud mental..) así como con otros sectores con población de alto riesgo para TB como los PPL, migrantes, indígenas, etc.
13. Mejorar la gestión Integral de la información en TB e incrementar la capacidad de análisis.
14. Terminar la publicación de la Norma Nacional del PNT incorporando las sugerencias de la misión de monitoreo y asesoría al PNT.
15. Revitalizar y ponerlo en funcionamiento al Comité de TB-MDR.

B. INFORME DE LA MISION DE MONITOREO Y ASESORIA AL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TB DE PANAMÁ 2014

1. GENERALIDADES

Panamá está ubicado en el extremo sureste de América Central. Limita al Norte con el mar Caribe, al Sur con el océano Pacífico, al Este con Colombia y al Oeste con Costa Rica. Tiene una extensión de 75.517 km². Su población para el año 2014 es de 3.913.275, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo, para una densidad poblacional de 51 Hab./km². Hasta el 31 de diciembre de 2013, estaba constituida por 9 provincias y por 5 comarcas indígenas; a partir del 1º de enero de 2014 se crea la provincia de Panamá Oeste, lo que aumenta la cantidad de provincias a 10. Su capital es Ciudad de Panamá, que concentra la tercera parte de la población total del país.



Distribución de la Población:

- Menores de 15 años: 30%
- De 15 a 64 años: 63,4%
- Mayores de 65 años: 6,6%
- Por sexo: Masculina 50,2% - Femenina 49,8%
- Por ubicación: Urbana 65,1% - Rural 34,9%.
- Esperanza de Vida: 77 años

Instalaciones de Salud según Proveedor:

La Red de Instalaciones de Salud del Ministerio de Salud cuenta en 2013, con un total de 907 instalaciones que se distribuyen de la forma siguiente:

- Ministerio de Salud (MINSa): 826 instalaciones.
- Caja del Seguro Social (CSS): 81 instalaciones.

En 2012 estas instalaciones tuvieron la siguiente participación en el diagnóstico de los casos nuevos de TB:

- **MINSa:** 54% de los casos (27% en hospitales y 27% en centros de salud)
- **CSS:** 45% de los casos (19% en hospitales y 26% en policlínicas)
- **Privadas:** solamente el 1%

2. SITUACIÓN DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Situación Epidemiológica

Morbilidad

El país reportó en el año 2012 un total de 1.692 casos, de los cuales 1.572 (93%), fueron casos incidentes, que corresponde una incidencia de 43,5 casos por 100.000 habitantes (Tabla 1). Según las estimaciones de la OMS el número de casos para ese mismo año sería de 1.800 con una tasa estimada de 48,0 por 100.000 hab. lo cual significa que la tasa de detección se encuentra en el 91% del estimado. De los 1.572 casos 783 (50%) fueron nuevos casos pulmonares BK positivos, 293 (19%) fueron casos BK negativos, 142 (9%) fueron casos pulmonares sin baciloscopia, 249 (16%) Extrapulmonares y 105 casos (7%) fueron clasificados como recaídas.

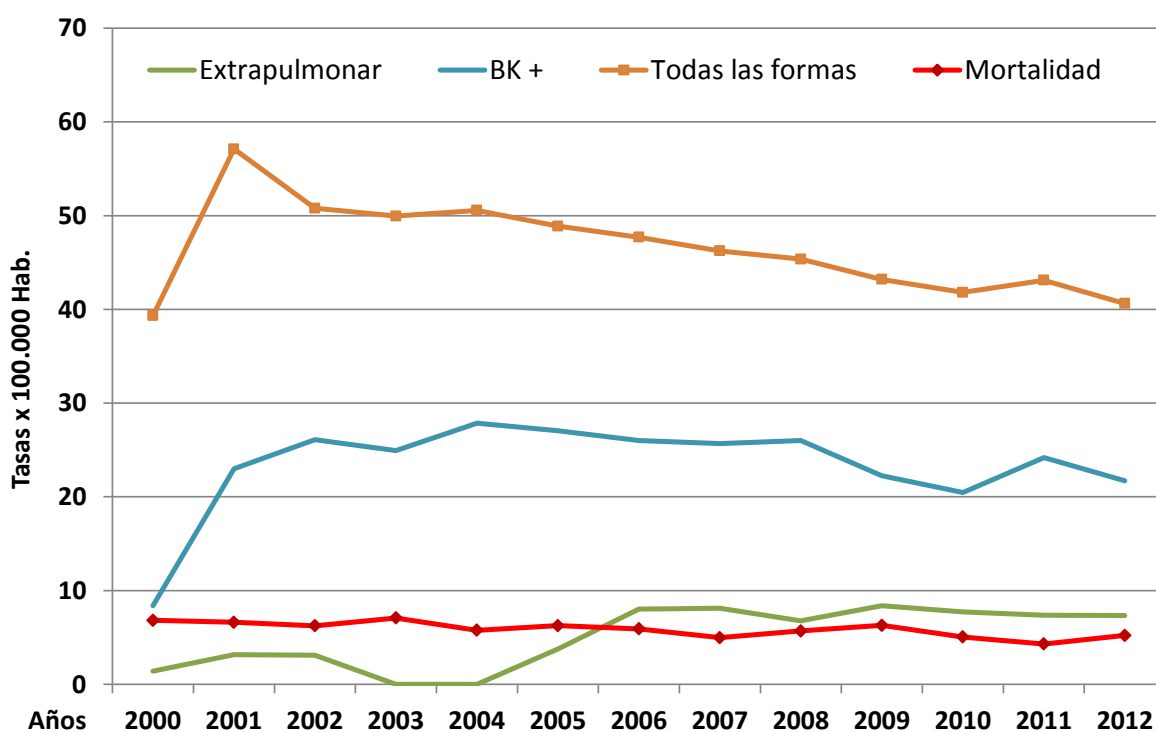
Tabla 1. Distribución por sexo y categorías de los casos de tuberculosis - Panamá 2012

CASOS		Sexo		TOTAL		
		M	F	No.	%	Tasa
INCIDENTES	Pulmonar BK+	498	285	783	50%	21,7
	Pulmonar BK-	197	96	293	19%	8,1
	Pulmonar Sin BK	89	53	142	9%	3,9
	Extrapulmonar	182	67	249	16%	6,9
	Recaídas	67	38	105	7%	2,9
	TOTAL INCIDENTES	1.033	539	1.572	100%	43,5
ANTES TRATADOS (A.T.)	TOTAL A.T.	96	24	120	7%	3,3
TOTAL CASOS REPORTADOS		1.129	563	1.692	100%	44,7

Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis, Ministerio de Salud Panamá

La tendencia de TB en todas sus formas y la pulmonar bacilífera, ha sido ligeramente descendente pero más lenta en los últimos años. La tasa de incidencia de TB en la última década ha oscilado entre 40 y 50 casos por 100.000 hab. La tuberculosis extrapulmonar ha mostrado una tendencia al aumento lo que puede estar relacionado a un mejor registro y clasificación de los casos (Gráfica 1 y Tabla 2).

Gráfica 1. Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2000-2012


Tabla 2. Morbilidad según formas y Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2000-2012

Años	Todos los casos		TB Pulmonar		TB Extrapulmonar		Muertes		Nuevos (Todas las formas)		Nuevos BK +	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2000	1.575	55,2	1.535	53,8	40	1,4	195	6,8	1.123	39,3	239	8,4
2001	1.327	45,5	1.235	42,3	92	3,2	193	6,6	1.667	57,1	671	23,0
2002	1.485	50,1	1.393	47,0	92	3,1	185	6,2	1.505	50,8	773	26,1
2003	1.427	45,7	1.427	45,7	0	0,0	221	7,1	1.559	50,0	778	24,9
2004	1.544	48,7	1.544	48,7	0	0,0	183	5,8	1.604	50,6	884	27,9
2005	1.623	50,3	1.502	46,5	121	3,7	202	6,3	1.578	48,9	873	27,0
2006	1.605	48,9	1.342	40,9	263	8,0	194	5,9	1.566	47,7	854	26,0
2007	1.567	46,9	1.296	38,8	271	8,1	166	5,0	1.544	46,2	858	25,7
2008	1.579	46,5	1.349	39,7	230	6,8	193	5,7	1.540	45,4	883	26,0
2009	1.492	43,2	1.203	34,9	289	8,4	217	6,3	1.491	43,2	768	22,3
2010	1.618	46,2	1.347	38,4	271	7,7	177	5,1	1.465	41,8	717	20,5
2011	1.617	45,5	1.355	38,1	262	7,4	153	4,3	1.533	43,1	861	24,2
2012	1.692	46,9	1.427	39,5	265	7,3	188	5,2	1.467	40,6	783	21,7

Fuente: MINSa - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística

Por **Regiones**, se observa gran variación entre las mismas y las comarcas del país. En el último quinquenio, incluyendo el año 2012, Guna Yala, Ngäbe Buglé y Bocas del Toro

evidenciaron ser las que tuvieron el mayor riesgo de enfermar por TB con tasas que duplicaron o triplicaron el promedio nacional. Estas áreas se caracterizan por ser rurales, con una alta población indígena, elevados niveles de pobreza y pobreza extrema, así como un difícil acceso geográfico, con alta movilidad de sus habitantes y limitado acceso a servicios de salud (Tabla 3 y Mapas 1 y 2).

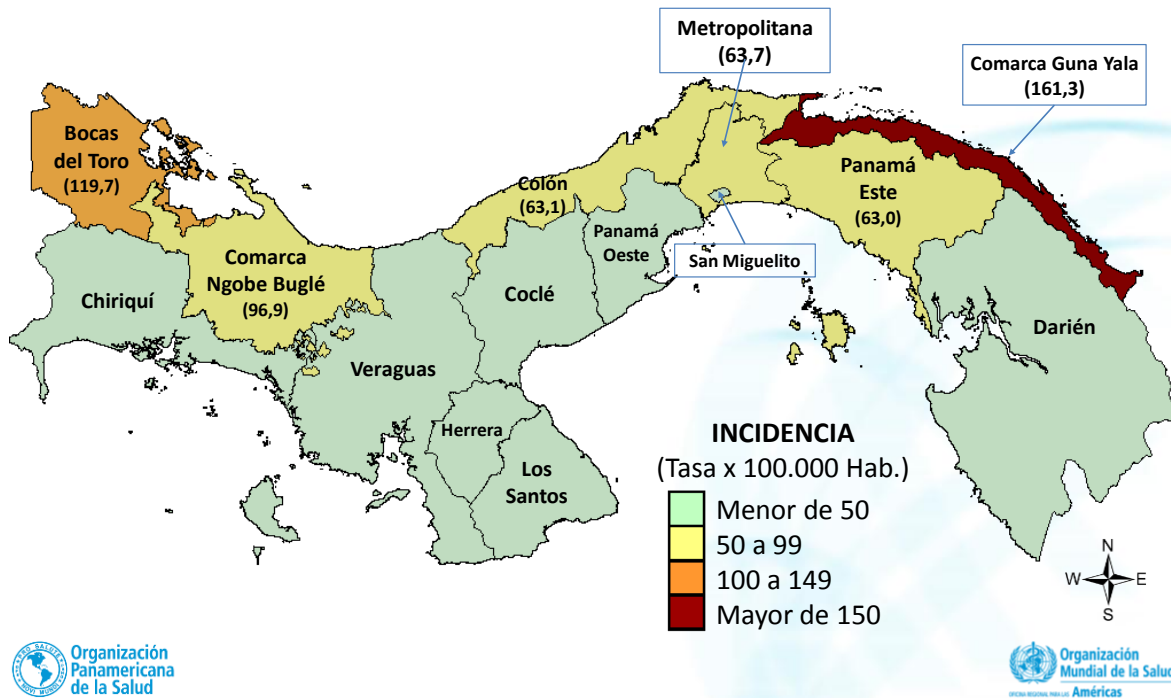
En cuanto a la carga de TB, los mayores aportes (cerca del 75%) corresponden a las Regiones: Metropolitana, Ngäbe Buglé, Colón, Boca del Toro y San Miguelito (Tabla 3).

Tabla 3. Incidencia de tuberculosis en todas sus formas según región. Panamá, 2007-2012

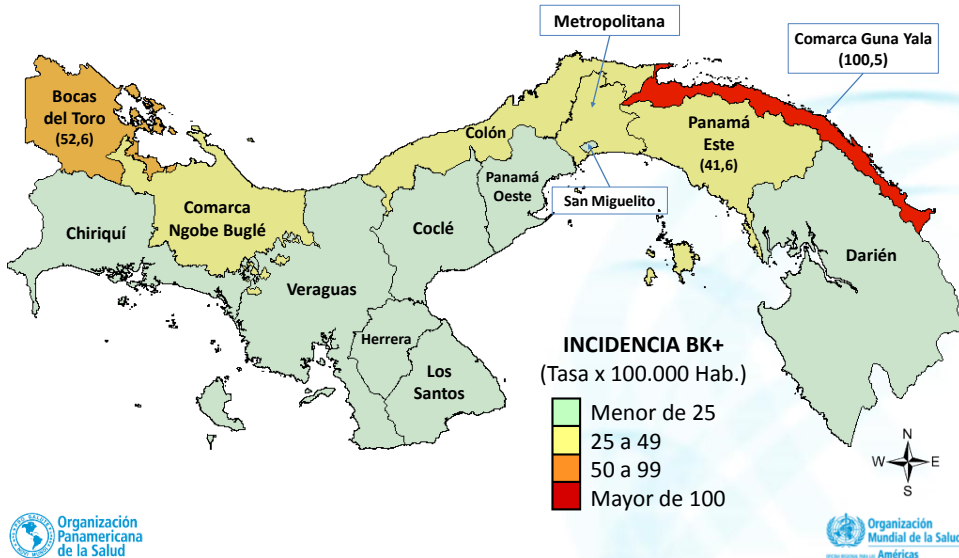
Región	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
B. del Toro	119	107,6	154	136,1	129	111,4	181	152,9	142	117,3	158	127,8
Chiriquí	75	18,1	79	18,9	68	16,1	101	23,7	127	29,5	67	15,4
Guna Yala	50	135,0	76	204,2	54	144,4	114	303,6	68	180,4	74	195,6
Ngäbe Bugle	245	175,6	169	118,0	196	133,4	207	137,5	170	110,3	158	100,1
Coclé	30	13,1	27	11,6	35	14,9	40	16,8	31	12,9	28	11,5
Colón	171	71,5	176	72,4	227	91,9	187	74,6	193	75,8	182	70,5
Darién	18	33,1	22	40,2	12	21,8	12	21,6	8	14,3	13	23,2
Herrera	8	7,2	7	6,3	6	5,4	7	6,2	9	8,0	10	8,8
Los Santos	12	13,4	8	8,9	10	11,0	8	8,8	9	9,9	16	17,5
Metro	454	66,5	406	60,5	366	53,7	380	54,9	432	63,7	516	72,3
P. Este	49	61,4	72	80,2	45	48,8	63	66,5	53	54,9	71	72,1
P. Oeste	110	26,4	117	27,3	132	30,1	122	27,1	115	23,7	144	30,6
San Miguelito	181	35,4	211	39,3	167	30,4	164	29,3	213	37,2	216	37,0
Veraguas	45	20,0	55	24,4	45	19,9	32	14,1	47	20,7	39	17,1
TOTAL	1.567	46,9	1.579	46,5	1.492	43,2	1.618	46,2	1.617	45,5	1.692	46,9

Fuente: MINSA. PNT y Departamento de Epidemiología. Base de Datos de EPI INFO

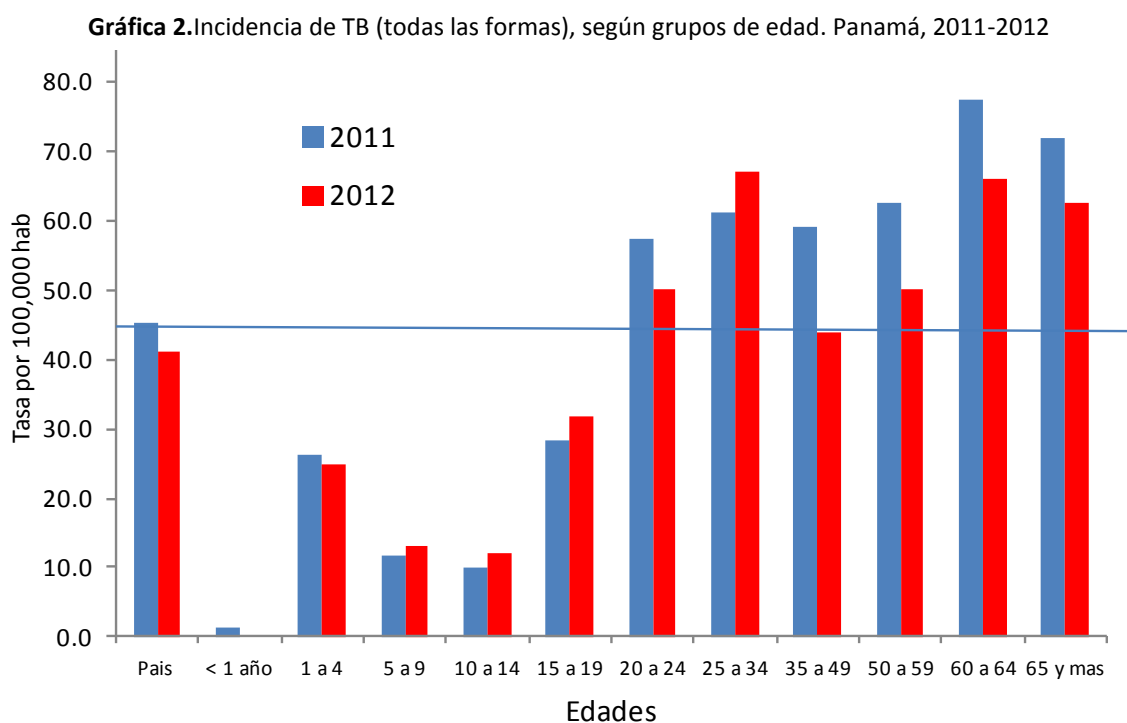
Mapa 1. Incidencia de Tuberculosis Todas las Formas, según Regiones de Salud. Panamá, 2012



Mapa 2. Incidencia de Tuberculosis BK Positiva, según Regiones de Salud. Panamá, 2012



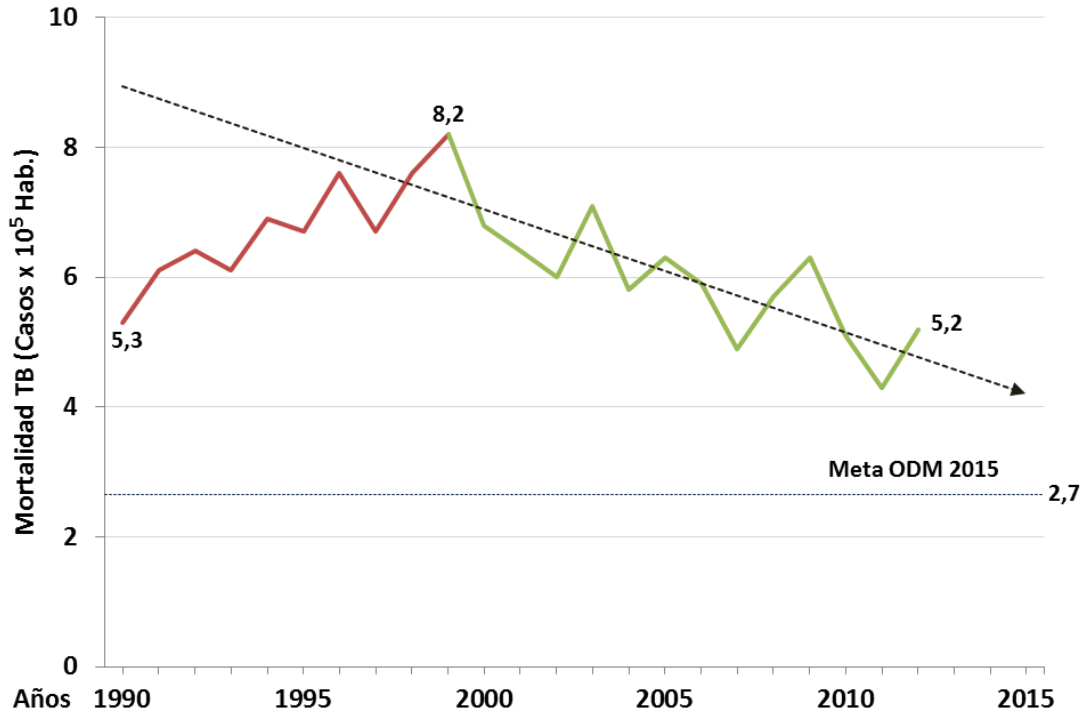
Según grupos etarios (Gráfica No. 2), la distribución de los casos notificados muestra en los años 2011 y 2012 las tasas de notificación más elevadas en el grupo de mayores de 60 años, por ser una población más reducida con alto riesgo para TB. Sin embargo, se observa que en el grupo de 20 a 49 años, que constituye la población económicamente activa, las tasas y el número de enfermos tienen un alto peso en el país. La existencia no despreciable de casos, en los menores de 15 años demuestra la existencia de transmisión activa de la enfermedad dentro de la población.



Mortalidad

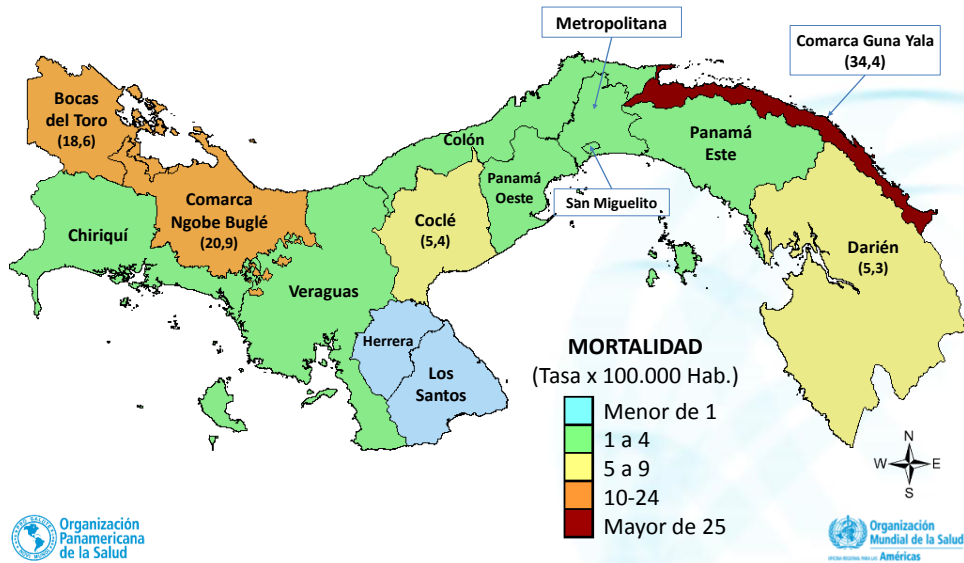
La mortalidad por tuberculosis (Gráfica 3) ha presentado una tendencia descendente aunque bastante irregular a partir de 1999 cuando presentó un valor pico de 8,2 casos por 100.000 habitantes, llegando a 5,2 en el 2012. La tasa reportada para 2012 es similar a la que tenía el país en 1990 y a pesar del descenso en los últimos años, el país no podrá alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Por áreas del país, la Comarca Guna Yala es la que presenta mayor mortalidad por Tuberculosis con una tasa de 34,4 por 100.000 hab., seguida de la Comarca Ngäbe Bugle y Bocas del Toro (Mapa 3).

Gráfica 3. Mortalidad por TB. Panamá, 1990-2012



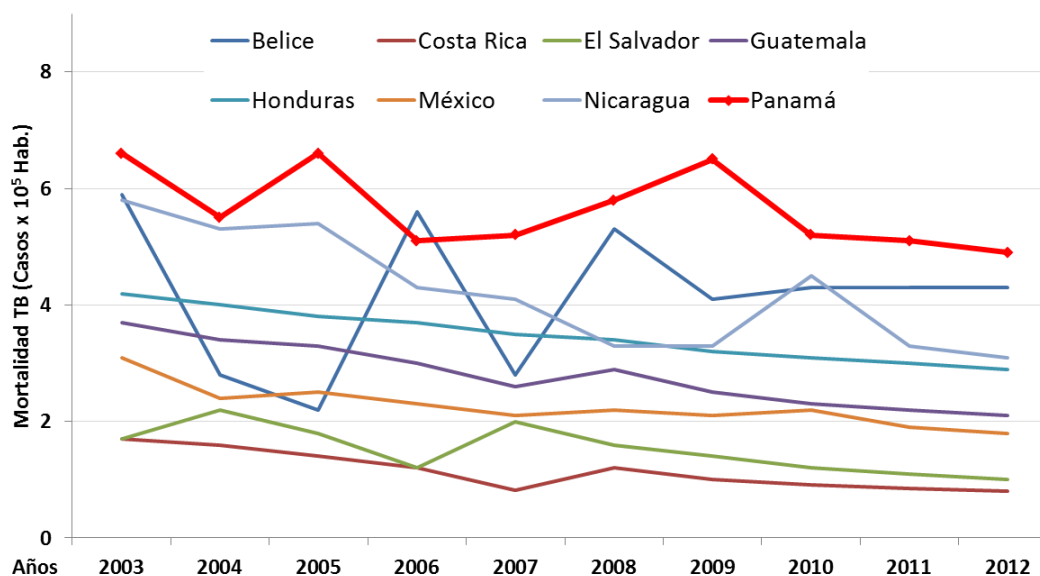
Fuente: Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República

Mapa 3. Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2012



Es de destacar que la mortalidad por TB de Panamá en los últimos 10 años ha sido siempre la más elevada en el contexto de los países de Centro América y México (Gráfica (Gráfica 4)).

Gráfica 4. Mortalidad por Tuberculosis en países de Centroamérica y México, 2003-2012



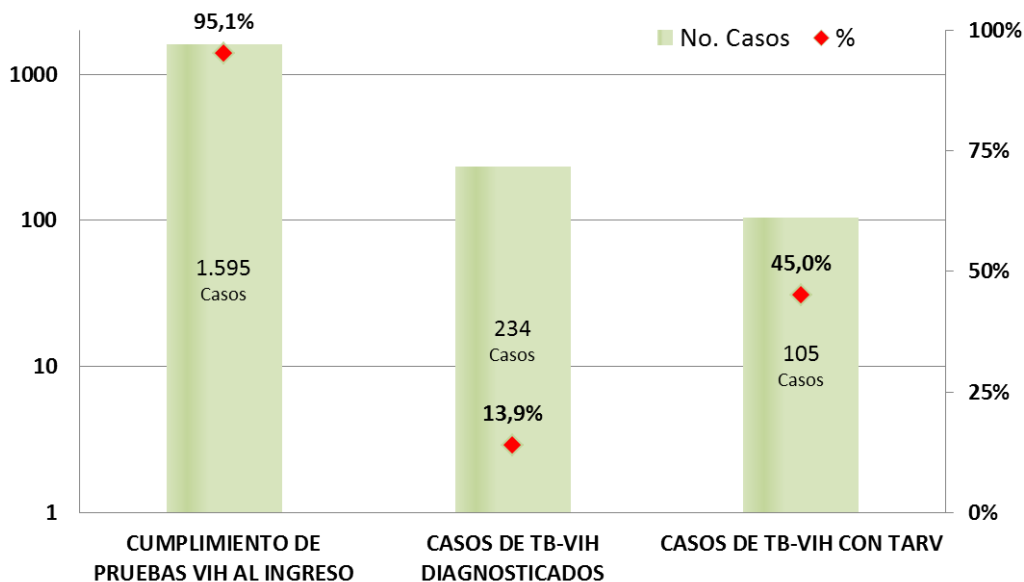
Fuente: Reporte Mundial de TB 2013, OMS.

Coinfección TB/VIH

Según los datos del Programa Nacional de Tuberculosis de Panamá en el Informe Mundial de TB de OMS y verificados por la misión de asesoría de OPS, debe destacarse el logro importante del programa al alcanzar cifras muy elevadas de examen de VIH en los casos de TB notificados en el país. Esa cifra de 95 a 96 % permite conocer una cifra bastante real de la coinfección VIH-TB del país.

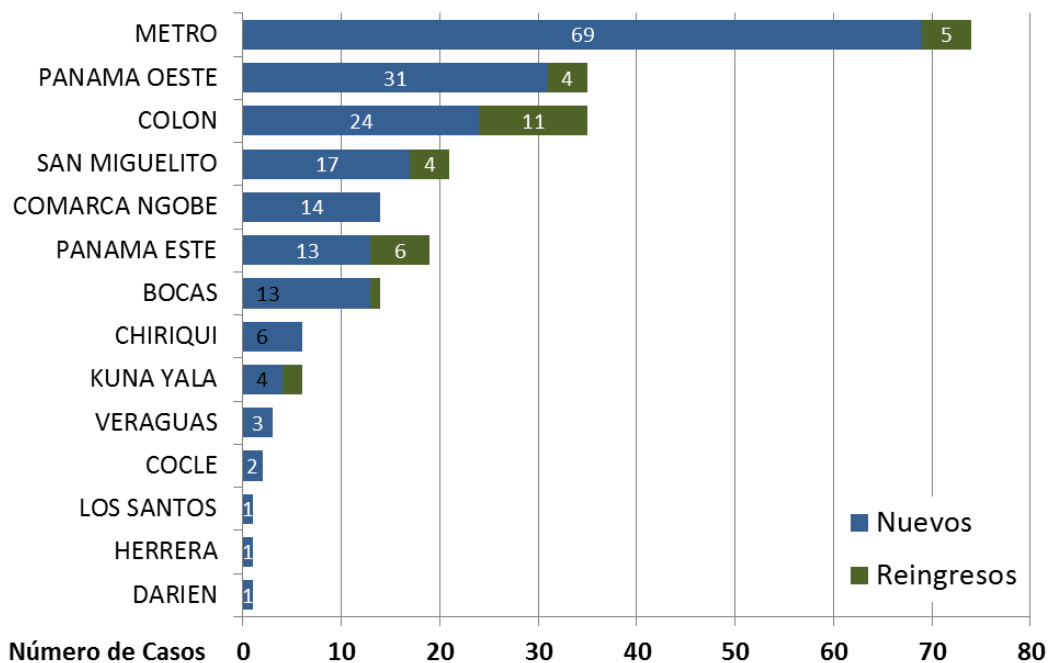
De los casos de TB investigados se detectan 224 VIH positivos lo que representa el 14% que consideramos una cifra importante de prevalencia y la necesidad de establecer medidas de control conjuntas entre los dos programas en el objetivo de prevenir y disminuir esta doble epidemia. De los casos de coinfección TB-VIH diagnosticados durante el año 2012 solo el 45% tuvo acceso a terapia antirretroviral.

Gráfica 5. Coinfección TB-VIH. Panamá, 2012



Según regiones del país (Gráfica 6) la coinfección VIH/TB presenta las cifras más importantes en el Área Metropolitana, Panamá Oeste, Región de Colón y San Miguelito.

Gráfica 6. Casos de Coinfección TB-VIH por Regiones del país. Panamá, 2012



Tuberculosis Resistente a Medicamentos

Según los datos del Informe Global de OMS 2013, en el año 2012 Panamá reportó un total de 11 casos de TB-MDR de un estimado de 56 casos. La OMS estima que 27 de estos 56 estimados corresponden a casos nuevos pulmonares TB-MDR y el resto (29), son de casos en pacientes previamente tratados. Frente a estas estimaciones, el país reportó 2 casos nuevos pulmonares TB-MDR (7,4%), y 7 casos en previamente tratados (24,1%).

En la Gráfica 7 se presenta con barras de colores (y con cifras absolutas en la Tabla 4), la situación de TB-MDR por regiones, y se observa que son Colón, Panamá Metro y Chiriquí las que aparecen con las mayores notificaciones del país. En la Tabla 4 se observa que de los 113 casos de MDR-TB reportados del 2001 al 2013 las tres regiones mencionadas totalizan 89 casos, representando cerca del 80% de la notificación del país.

Gráfica 7. Casos de TB-MDR según Región. Panamá, 2001-2013

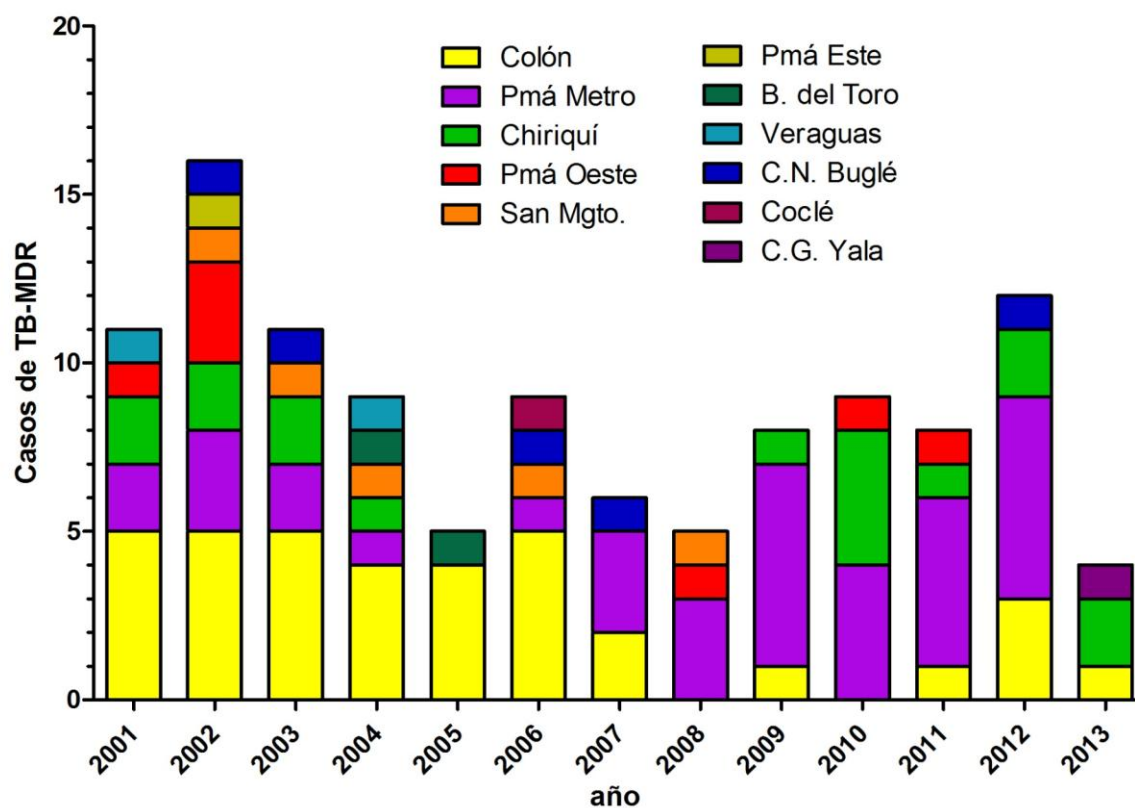


Tabla 4. Casos de TB-MDR según Región. Panamá, 2001-2013

AÑO	Total	PM	Col	CH	PO	SM	CNB	V	BT	Cocl	PE	CGY
2001	11	2	5	2	1	0	0	1	0	0	0	0
2002	16	3	5	2	3	1	1	0	0	0	1	0
2003	11	2	5	2	0	1	1	0	0	0	0	0
2004	9	1	4	1	0	1	0	1	1	0	0	0
2005	5	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0
2006	10	2	5	0	0	1	1	0	0	1	0	0
2007	6	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
2008	5	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
2009	8	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	9	4	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0
2011	7	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2012	12	6	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0
2013	4	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	113	36	36	17	7	5	5	2	2	1	1	1
		32%	32%	15%	6%	4%	4%	2%	2%	1%	1%	1%

Situación operacional

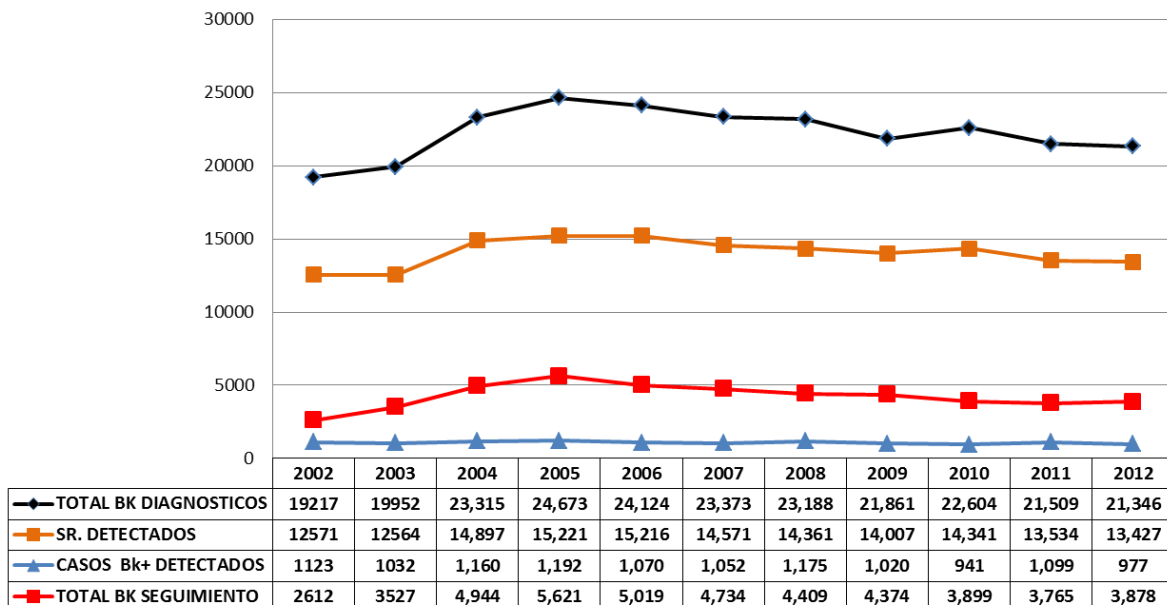
Localización de casos

Sintomáticos Respiratorios:

Existe un gran desconocimiento sobre el número de Sintomáticos Respiratorios del país. El dato que se informa no se obtiene de las consultas médicas pues este dato no se registra debido a que no existe el libro de SR. La información se toma de los registros de laboratorio basados en la primera muestra de esputo de cada paciente estudiado. El parámetro establecido por las Normas Nacionales para la programación de Sintomáticos Respiratorios a detectar es del 1% de las consultas médicas de mayores de 15 años, pero consideramos que es una meta muy baja y que debía ser incrementada teniendo en cuenta la realidad del país.

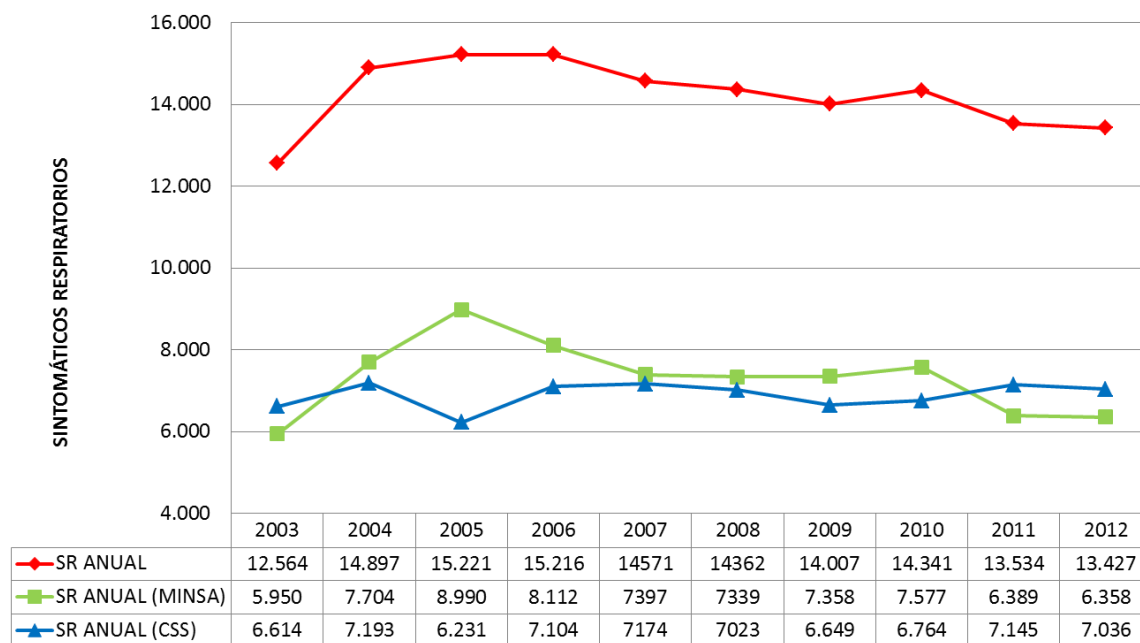
En la Gráfica 8 se presenta la tendencia de las actividades de detección de SR y casos BK+ en la red de laboratorios en el periodo 2002 al 2012 observándose una leve tendencia al descenso en los últimos años.

Gráfica 8. Sintomáticos Respiratorios estudiados y Casos BK+ detectados. Panamá, 2002-2012



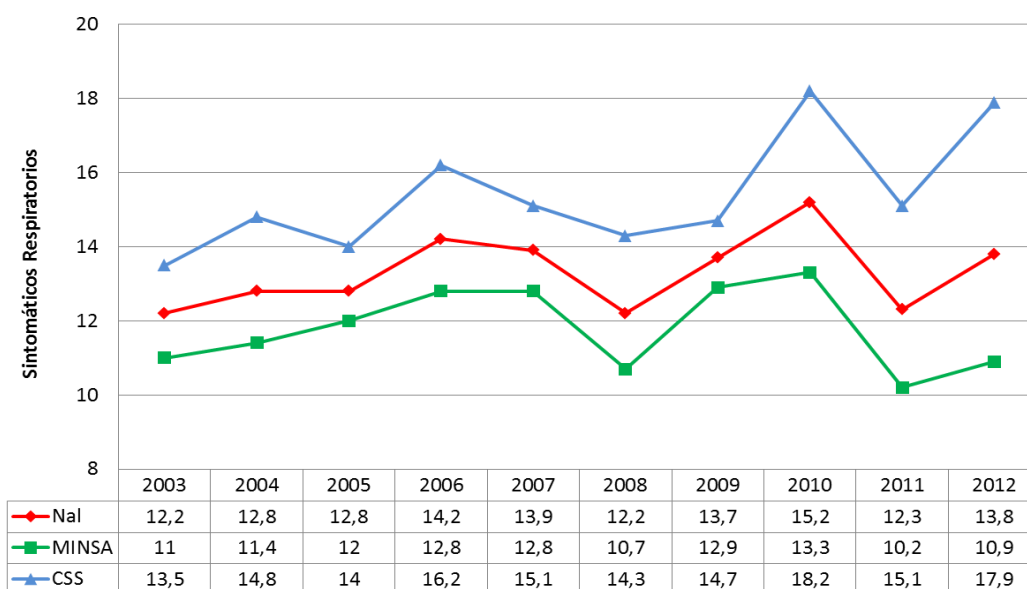
La CSS detecta el 52,4% de los Sintomáticos Respiratorios, sin embargo el mayor número de BK+ se diagnostican en los establecimientos del MINSA con un 59,6%. (Gráfica 9).

Gráfica 9. Sintomáticos Respiratorios estudiados, según establecimientos de salud. Panamá, 2002-2012



La Gráfica 10 muestra el promedio de Sintomáticos Respiratorios Examinados para detectar un BK + a nivel nacional (13,8), siendo más bajo para el MINSA (10,9). El número de baciloscopías realizadas es relativamente bajo y el diagnóstico podría ser en consecuencia, tardío.

Gráfica 10. Promedio de SR Examinados para obtener un caso BK+. Panamá, 2003-2012



Estudio de Contactos:

A pesar de ser una importante actividad para la Detección de Casos, no tuvimos información nacional sobre este rubro durante nuestra visita. En los centros de salud de las regiones visitadas, se pudo constatar que en la mayoría de los enfermos aparece realizado el censo de contactos, pero con deficiencias en el estudio de los mismos, sobre todo en los mayores de 15 años.

Resultados del Tratamiento de la Tuberculosis

De acuerdo con la información del país sobre los resultados del tratamiento de los casos de TB pulmonares positivos en el período 2007 a 2012 se puede observar un aumento en las cifras de éxito en las cohortes del periodo, alcanzando en 2011 una tasa de 84.1% y en 2012 de 83.8% (Tabla 5). Este incremento se produce en la casi totalidad de las regiones y comarcas llamando la atención el descenso que ha experimentado el éxito en la Comarca de Guna Yala hasta 2011.

Tabla 5. Porcentaje de éxito en el tratamiento de la TB por región de salud. Panamá, 2007-2012

Regiones	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
TOTAL PAÍS	858	78,7%	883	79,3%	768	80,2	717	80,1	861	84,1	656	83,8%
B. del Toro	46	78,2	56	75,0	46	86,9	46	89,1	53	83,0	57	87,7
Chiriquí	41	85,3	45	84,4	47	76,5	45	82,2	53	84,9	21	87,5
Guna Yala	27	77,7	33	66,6	36	83,3	58	72,4	47	70,2	29	76,3
Ngäbe Bugle	126	73,8	122	20,4	101	73,2	84	63,1	79	81,0	57	93,4
Coclé	16	81,2	10	80,0	20	75,0	12	100,0	13	92,3	9	81,8
Colón	79	83,5	88	79,5	81	76,5	74	85,1	94	82,0	76	86,4
Darién	15	73,3	11	81,8	14	85,7	8	75,0	7	100,0	7	70,0
Herrera	3	66,6	5	80,0	6	83,3	4	50,0	4	100,0	5	100,0
Los Santos	4	100,0	4	100,0	4	50,0	5	100,0	5	80,0	5	62,5
Metropolitana	275	77,4	249	77,5	207	80,1	188	80,3	267	83,8	200	81,0
P. Este	27	85,1	34	88,2	26	80,7	33	90,1	32	87,5	38	92,7
P. Oeste	53	86,7	54	90,7	59	93,2	54	85,1	62	93,5	51	83,6
San Miguelito	119	73,9	135	78,5	95	80,0	78	79,4	118	83,8	75	77,3
Veraguas	27	88,8	37	89,1	26	84,6	28	89,2	27	92,5	26,0	96,3

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud. Programa de Tuberculosis

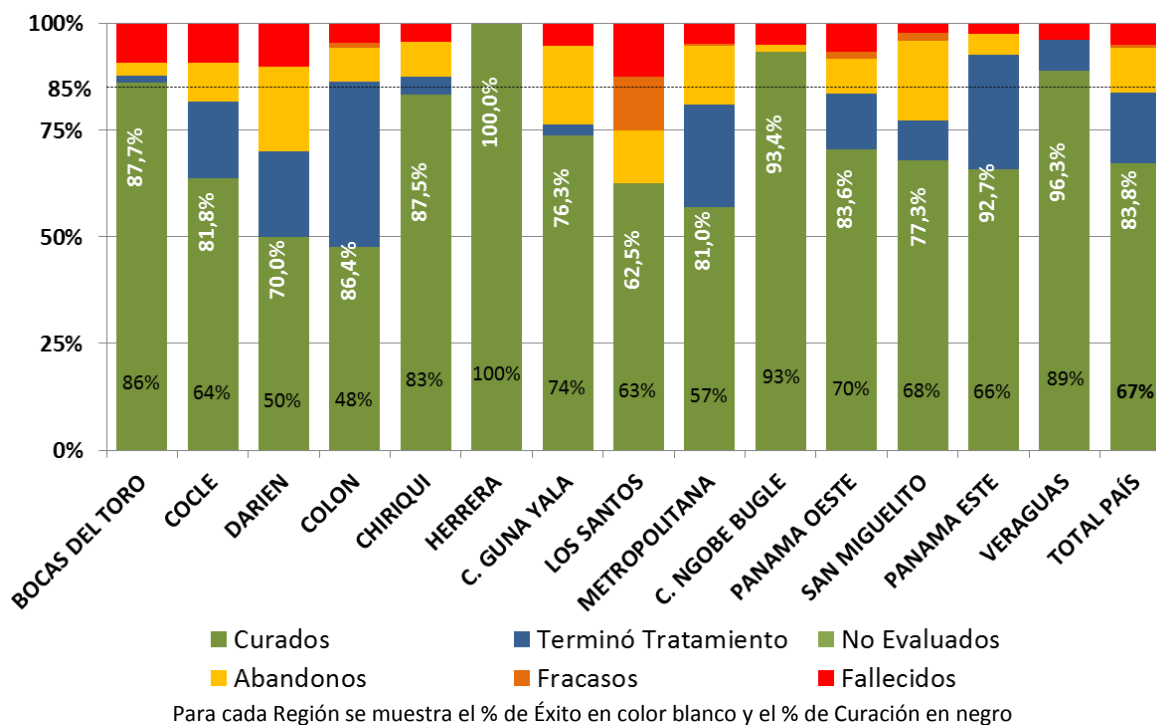
En Tabla 6 se aprecia los resultados de tratamiento de la cohorte de casos de TB pulmonares BK+ de los últimos 2 años (2011 y 2012). Fueron evaluados todos los casos notificados en esa categoría, con una buena tasa de éxito de 84% de los cuales el 68% en 2011 y 67% en 2012 tuvieron egreso como casos curados. El porcentaje de abandono que supera el 10% en los 2 años, es una cifra importante que no permite alcanzar mejores resultados en el tratamiento. Llama la atención que no aparecen casos en la categoría de Traslados/No Evaluados y que las cohortes evalúan el 100% de los casos notificados, lo que es explicado por el programa como un buen trabajo y seguimiento de los pacientes, en las unidades de notificación y tratamiento.

Tabla 6. Cohorte de casos de TB pulmonares BK+. Panamá, 2011 y 2012

Categoría de Egreso	2011		2012	
	No.	%	No.	%
Curados	584	67,8%	526	67,2%
Terminó Tratamiento	140	16,3%	130	16,6%
No Evaluados/traslados	0	0,0%	0	0,0%
Abandonos	88	10,2%	82	10,5%
Fracasos	6	0,7%	6	0,8%
Fallecidos	43	5,0%	39	5,0%
TOTAL	861	100,0%	783	100,0%
Éxito	84,1%		83,8%	

Los resultados de la cohorte de casos nuevos pulmonares BK + por regiones en Panamá del año 2012 se muestra en la Grafica 11 y se aprecian elevados porcentajes de abandono en regiones como Darién, Guna Yala, San Miguelito y Metropolitana. La curación en Darién y Colón no pasa del 50%, aunque Colón tiene un importante porcentaje de tratamientos terminados a los que si se les hubiera realizado la baciloscopia de egreso, hubieran incrementado la curación en la zona a más del 85%.

Gráfica 11. Análisis de Cohorte de casos nuevos BK + según regiones. Panamá, 2012



Para los casos de **Retratamiento**, según el Informe Global de OMS fueron evaluados en la cohorte del 2011 un total de 203 enfermos de 179 notificados (113%) con los siguientes resultados:

- Curados: 49 casos (24%)
- Tratamiento Terminado: 70 casos (34%)
- Éxito: 58%
- Fallecidos: 23 (11%)
- Fracazos: 4 (2%)
- Abandonos: 57 (28%)

Actividades de Colaboración TB-VIH

En general no se conoce exactamente el número de pacientes tratados con Antiretroviral y quimioprofilaxis con Cotrimoxazol. Tampoco se conocen los resultados de cohortes en los casos coinfectados VIH-TB donde sabemos se producen altas tasas de abandonos y fallecidos según las experiencias internacionales.

Con datos del país en el Informe Global de OMS 2013 se reporta que el 89% de los casos fueron tratados con CPT, en tanto que el 65% recibieron el tratamiento ARV pero sin información sobre los VIH con terapia preventiva con Isoniacida.

Suministro de Medicamentos

La gestión para el suministro de medicamentos para TB fue uno de los temas que motivó una gran atención en nuestra visita, por los variados problemas detectados en algunas unidades de salud, con ausencia de algunas drogas para el tratamiento precoz de los enfermos, pero sobre todo con las drogas de segunda línea para los casos TB-MDR.

A continuación exponemos de forma resumida el procedimiento que sigue el país en el proceso de gestión, en algunas de cuyas instancias se producen trabas administrativas y demoras, que conducen a las deficiencias antes mencionadas:

- La Sección del Programa de Control de la Tuberculosis pertenece a la Sub-Dirección General de Salud de la Población y a su vez en orden jerárquico a la Dirección General de Salud Pública (nivel operativo ejecutivo), quien tiene a su cargo, la responsabilidad del abastecimiento de medicamentos para TB a nivel nacional para todos los pacientes tanto del MINSAL, como de la Caja de Seguro Social y clínicas privadas.
- Desde 1997 se llevaron a cabo compras directas de medicamentos combinados a través de La Unión y tramitado por el PNT. La última compra 2012-2013, se realizó por Fondo estratégico de OMS/OPS, manejado por el Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios, perteneciente a la Dirección de Provisión de Servicios, que incluyen dos dependencias que coordinan con el PNT: (1) Sección de Suministros Médico-Quirúrgicos y Medicamentos y (2) el Almacén Nacional de Insumos Sanitarios.
- La Programación de necesidades de medicamentos la realiza la Sección del PNT que realiza estimaciones y programa la necesidad de medicamentos de forma anual. Para ello realiza revisión de las necesidades, verificando las existencias y si hay pedidos en trámites en el Almacén Nacional de Insumos Sanitarios.

- Con esta información se elabora el consolidado teniendo en cuenta las estadísticas anuales y su comportamiento histórico,
- La **Compra** se realiza según las necesidades requeridas y con un presupuesto asignado al efecto. Hay dos tipos de compras:
 - Licitación Pública: aquellas con un monto mayor de US \$ 30.000
 - Compras menores: cuyo monto son menores o igual a US \$ 30.000
- Los requisitos a cumplir de tipo administrativos, técnicos y legales son mediante "acto público" de compra, que se realiza con la publicación en la Web, mediante uso del portal "Panamá Compra". (ver Anexo 7).

3. RED DE LABORATORIOS

Estructura y Organización de la Red de Laboratorios

La red está conformada por 57 laboratorios que realizan baciloscopía (1 centro de diagnóstico por cada 50.847 habitantes), de los cuales el 65,5% pertenecen al Ministerio de Salud, el 29.1 % a la caja del Seguro Social y el 5.4% son Hospitales Privados. El 60% del diagnóstico se realiza en Hospitales.

Existen 13 laboratorios con capacidad técnica para hacer cultivo (1 laboratorio por cada 230.769 habitantes). El 46,2% corresponden al Ministerio de Salud, el 23,1% a la Caja del Seguro Social, 23,1% son Privados y el Laboratorio de Referencia Nacional. De los laboratorios que realizan cultivo, 8 están ubicados en el área metropolitana y 5 en el interior del país. Se utilizan medios sólidos (Löwenstein-Jensen), medios líquidos (BACTEC 960-MGIT y Bact/Alert).

En 9 Laboratorios a nivel nacional, se realizan pruebas moleculares por los métodos Xpert® MTB/RIF o LPAs (Genotype): LCRSP/ICGES, 3 laboratorios del Ministerio de Salud, 2 de la Caja del Seguro Social y en 3 laboratorios privados.

Situación Operacional de la Red de Laboratorios

La Gráfica 8 presenta la tendencia de las actividades de detección de Sintomáticos Respiratorios y casos BK+ en la red de laboratorios entre el 2002 y 2012.

Se observa una leve tendencia al descenso en los últimos años en el número de baciloscopias de diagnóstico y baciloscopias positivas, lo que está muy relacionado con el descenso de los Sintomáticos Respiratorios. El mayor número de BK+ se diagnostica en los establecimientos del Ministerio de Salud.

El promedio de Sintomáticos Respiratorios examinados para detectar un BK + a nivel nacional es aproximadamente de 14, siendo más bajo para el Ministerio de Salud (10,9). Este número de baciloscopías realizadas es bajo con alta productividad en casos positivos y puede ser interpretado como diagnóstico tardío.

El **Control de Calidad Externo** de baciloscopías lo realiza el Laboratorio Nacional de Referencia y reportó que en 2012 se han releído 2.816 láminas y la concordancia total fue de 99,5%. En los próximos meses comenzará el control de calidad con la descentralización a las Regiones.

En cuanto a **Cultivos**, en 2011 se realizaron 5.800; la información sobre cultivo centralizada por el Laboratorio Nacional de Referencia no es completa, aún no está disponible la información correspondiente a los años 2012 y 2013. En el país, se está cultivando un promedio de 7.000 muestras por año para diagnóstico de tuberculosis pulmonar, lo que equivale a cerca de un tercio de los Sintomáticos Respiratorios investigados por baciloscopía.

Pruebas de Sensibilidad, a pesar de que se conocen las indicaciones para la realización de las pruebas de sensibilidad, no se estudian todos los casos antes tratados. Siguiendo recomendaciones de OPS/OMS, Panamá debería poner bajo vigilancia permanente a todos los retratamientos y prepararse para realizar un estudio que permita estimar el nivel de resistencia entre casos nuevos. El país no realiza aún, pruebas de sensibilidad para fármacos de segunda línea.

4. PRINCIPALES HALLAZGOS

Principales Fortalezas:

1. Existencia de un Programa de Control de Tuberculosis con cobertura nacional en instalaciones de salud del MINSAL, la CSS y Sector privado.
2. Amplia cobertura de estrategia TAES en establecimientos de salud del MINSAL y CSS. En Colón la Policlínica visitada (Hugo Spadafora de la CSS) no hace Tratamiento Supervisado.

3. Personal altamente comprometido con las acciones de control de TB en todas las regiones visitadas.
4. Gratuidad en la atención al paciente con tuberculosis, en todos los servicios públicos de salud del país.
5. Existencia de nuevos métodos diagnósticos de TB.
6. Existencia de un Plan de colaboración entre los programas de: VIH/SIDA, Tuberculosis, Vigilancia Epidemiológica y el Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios.
7. En el Plan de Gobierno actual la tuberculosis aparece dentro de las metas presidenciales.
8. Existencia de un Convenio MINSA-Ministerio de Gobierno y Justicia en la atención de los privados de libertad (PPL).
9. Red de laboratorios organizada de forma descentralizada dando cobertura a los niveles intermedio y local.
10. Conocimiento y trabajo con los principales grupos más vulnerables para TB como es la población indígena del país.
11. De forma general se realiza el censo de contactos de los enfermos de TB.
12. Se realiza la prueba de VIH en el 95% de los casos de los casos TB.
13. Existe el apoyo de un Complemento Nutricional para enfermos de TB.

Principales Desafíos:

1. Equipo del Nivel Central del PNT débil y reducido a dos personas.
2. Manual de normas desactualizado, falta de protocolos y guías técnicas, con énfasis en VIH, tuberculosis infantil y el componente TB-MDR detectándose incumplimiento de las normas del programa en cuanto a esquemas de tratamiento, por parte de médicos especialistas.
3. Insuficiente coordinación para la prevención y control de TB y VIH/Sida.
4. Pobre número de actividades de monitoreo, supervisión y evaluación
5. Recurso humano (equipos de TB) incompletos o con poco tiempo asignado al control de la Tuberculosis.
6. Disminución de los recursos financieros para el Programa Nacional de Tuberculosis.
7. Debilidad en el proceso de Gestión de Medicamentos, en especial con las drogas de segunda línea (desabastecimiento).

8. Problemas de Almacenamiento de medicamentos e insumos (temperatura y humedad).
9. Deficiencias en la supervisión integral de algunos componentes del PNT
10. Sistema de Información en funcionamiento pero con diferencia de datos entre el PNT y Epidemiología. Se detecta debilidad en el análisis.
11. Deficiencias en la capacitación del personal de salud.
12. Deficiencia de la pesquisa de Sintomáticos Respiratorios con cifras muy por debajo de las reales y metas bajas para captación. No se cuenta con el libro de registro de Sintomáticos Respiratorios dentro de los registros oficiales del Programa Nacional de Tuberculosis.
13. Disminución de baciloscopias diagnósticas.
14. Disminución del diagnóstico en las unidades de APS (atención primaria) con importante rol de hospitales o servicios de urgencia.
15. Las tasas de curación han mejorado pero los fallecidos y sobre todo los abandonos (según categorías de casos) no cumplen los parámetros requeridos.
16. Deficiencia en la captación y registro de la quimioprofilaxis.
17. Se realiza el censo de contactos de paciente de TB, pero no se completa el estudio de los mismos.
18. Deficiencia en la coordinación y apoyo de los organismos responsables de la atención a las Personas Privadas de Libertad (Ministerio de Gobernación y Policía Nacional)
19. Comité de TB-MDR no funcional.

Principales Recomendaciones:

Político-Estratégicas:

Son evidentes los avances alcanzados por el Programa Nacional de Tuberculosis en los últimos años tal como se refleja en las fortalezas detectadas por la misión de Asesoría Externa que ha visitado al país. No obstante, deberá fortalecerse el apoyo y priorización del control de la Tuberculosis por parte de las autoridades sanitarias en los diferentes niveles del sistema de salud, con el objetivo de lograr mayores progresos, en la situación epidemiológica y operacional de la TB en Panamá.

Con base a la situación actual y debilidades detectadas en la visita de monitoreo al PNT, hemos considerado dejar las siguientes recomendaciones:

- Dar un mayor énfasis y prioridad por parte de las autoridades de Salud a la gestión del Programa Nacional de Tuberculosis. Destinar recursos financieros necesarios para el desarrollo del Plan Estratégico 2013-2016. Reforzar el Equipo central del PNT.
- El país debe poner en ejecución el Plan Estratégico Nacional de control de la TB 2013-2016 en el primer semestre del 2014 lo que va a permitir acelerar la tendencia de descenso de la incidencia y mortalidad por TB y acercarse a las metas contempladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se recomienda la evaluación periódica y seguimiento de las metas e indicadores de este plan.
- Las Normas Nacionales que han sido actualizadas y revisadas deben ser publicadas y reproducidas con suficientes ejemplares para ser implementadas, en el presente año 2014. Se precisa una capacitación previa del personal de salud, en todas las regiones.
- Fortalecer mediante convenios, estrategias de control coordinadas con otros sectores y programas afines e involucrar otros actores políticos y técnicos que trabajan con población de riesgo para TB (población indígena en las diferentes regiones y comarcas del país, diabéticos, drogadictos, migrantes, etc.)
- Establecer mayor coordinación y desarrollo de actividades conjuntas entre los Programas de TB y VIH/Sida y sobre todo con el Sistema Penitenciario donde se detectan importantes problemas en el control de la TB en esa población de alto riesgo.
- Dentro del Plan Nacional de control de la TB, debe ser una prioridad dar solución a los problemas y trabas administrativas existentes en el Proceso de Gestión de los medicamentos, así como en los almacenes central y regionales.

Técnicas Prioritarias:

La lenta disminución de la incidencia y mortalidad en el país requiere fortalecer el programa en aquellos componentes de mayor debilidad:

- El Programa Nacional de Tuberculosis deberá incrementar la detección de sintomáticos respiratorios (SR) entre los consultantes de los servicios de salud e implementar un registro de los mismos. Simultáneamente desarrollar investigaciones operativas que permitan obtener datos reales sobre la prevalencia de SR entre los que consultan a los servicios de salud. El parámetro actual del 1% de las consultas médicas de mayores de 15 años, se considera bajo y se recomienda sea incrementado.
- Se recomienda implementar el registro de sintomáticos respiratorios y realizar seguimiento.
- Es necesario fortalecer el diagnóstico de TB en los centros de atención primaria ya que el mismo se hace con mayor frecuencia en los grandes hospitales a donde llegan los pacientes con formas avanzadas de la enfermedad.

- La detección, registro y estudio de los contactos, debe ser fortalecido sobre todo en el primer nivel de atención.
- El tratamiento supervisado (TAES) si bien se mantiene con muy buen nivel en todas las unidades visitadas, es necesario mejorar las tasas de cura, y sobre todo el abandono, en varias regiones del país.
- La TB-MDR y TB-XDR deben continuar como una prioridad del PNT en cuanto a su registro e información. Evitar en todos los casos la automedicación y lograr que siempre sean tratados en condiciones de estricta supervisión. Reactivar y dar funcionalidad al Comité de TB-MDR.
- Reforzar la supervisión-capacitación en los 3 niveles de organización.
- La situación de la tendencia que ha registrado en los últimos años la tasa de mortalidad por TB debe motivar a realizar una investigación operacional que dé respuesta a las principales causas y factores que están determinando esta situación en el país.

A nivel del área de laboratorio de TB se requiere:

- Incrementar los recursos humanos en laboratorios locales que realizan BK y presentan alta carga de trabajo. Disminuir tiempo de entrega de resultados de BK.
- Incorporar otros laboratorios para realizar BK y adquirir microscopia de fluorescencia LED para laboratorios de Regiones de alta carga de TB.
- Terminar la actualización de las Normas de Laboratorio con énfasis en control de calidad de cultivo.
- Continuar con la implementación de técnicas rápidas (Xpert[®] MTB/RIF) en las regiones del país basado en una estratificación según la necesidad y situación de TB. Evaluar la factibilidad de implementar el método simplificado de Kudoh-Ogawa en áreas sin acceso a cultivo.
- Incorporar vigilancia sistemática de la resistencia a los fármacos y realizar una encuesta nacional sobre el tema.
- Incrementar presupuesto del Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública para dar sostenibilidad y cumplimiento a los compromisos adquiridos y metas del Programa Nacional de Tuberculosis. Perfeccionar y poner en marcha el sistema de información electrónico en línea de laboratorios (SILAB).

C. PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA ASESORIA Y MONITOREO

El día 31 de Enero se llevó a cabo la reunión de Conclusiones y Recomendaciones a las autoridades del Ministerio de Salud Pública del país y representación de la OPS en Panamá. En dicha reunión se presentó un resumen de los hallazgos de la misión conjunta de asesoría y monitoreo al PNT destacándose la situación epidemiológica y operacional, así como fortalezas, desafíos y principales recomendaciones.

Participantes:

1. Autoridades Nacionales del Ministerio de Salud:
 - Dr. Félix Bonilla. Secretario General del Ministerio de Salud de Panamá.
 - Dr. Carlos Gálvez. Director General de Salud.
 - Dra. Cecilia de Arango. Responsable del Programa Nacional de TB
 - Funcionarios del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social que participaron en los equipos de Monitoreo al PNT.
2. OPS/OMS:
 - Dr. Federico Hernández Pimentel. Representante de la OPS/OMS en Panamá
 - Dr. Jorge E. Victoria. Asesor subregional de TB de OPS/Panamá
 - Consultores nacionales y externos de OPS que participaron en los equipos de Monitoreo al PNT.

La misión de asesoría y monitoreo al PNT considera que la Tuberculosis se mantiene como un importante problema de salud pública en Panamá. Aunque el país muestra avances en el control de la enfermedad, la reducción en la morbimortalidad no ha alcanzado el nivel de aceleración que se precisa para alcanzar mejores resultados en el control de la TB para cumplir las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se hace necesario una alta priorización y reforzamiento de los principales componentes de la Estrategia Alto a la TB en los próximos años en el marco del Plan Estratégico de Control 2013-2016 con el fin de acelerar el cumplimiento de las metas mencionadas. Se concluyó en que es necesario priorizar los siguientes aspectos:

1. Fortalecer el Recurso Humano para el Programa Nacional de Tuberculosis, en cantidad (nivel central y en algunas regiones), y calidad (supervisión capacitante continua a las regiones).
2. Revisar e intervenir prontamente todo el proceso de Gestión de Medicamentos Antituberculosos de 1ª y 2ª línea.

3. Incrementar la detección de casos, aumentando la captación de Sintomáticos Respiratorios (ajustando parámetros para la programación).
4. Mejorar el Proceso de Gestión Integral de Información sobre la TB a todo nivel, fortaleciendo la capacidad de análisis de la información.

En esta reunión con las altas autoridades del país el Dr. Félix Bonilla, Secretario General del Ministerio de Salud de Panamá expresó su agradecimiento a la OPS y al equipo de expertos que junto con los funcionarios del Ministerio de Salud y la CSS habían podido dar en corto tiempo de visita, una visión muy real de la situación de la Tuberculosis en Panamá. Consideró también que serían atendidas las recomendaciones en el más breve plazo dando prioridad al fortalecimiento del equipo central del PNT para poder cumplir las tareas que debe enfrentar para mejorar el control de la TB en Panamá y para lo cual el Dr. Carlos Gálvez (Director General de Salud) estaría dando las indicaciones pertinentes para ese fortalecimiento.

En la clausura de la reunión el Dr. Federico Hernandez Pimentel (Representante de la OPS/OMS en Panamá), también hizo un reconocimiento al trabajo de la misión, destacando en forma muy resumida los aspectos más importantes y apremiantes de las recomendaciones del informe, para las cuales la OPS se comprometía a apoyar técnicamente al país en la medida que fuera necesario y considerado por las autoridades del Ministerio de Salud.

D. ANEXOS

ANEXO 1:

MONITOREO A LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE TUBERCULOSIS DE PANAMÁ.

Personas Entrevistadas:

- Lic. Jaime Bravo, LCRSP/ICGES
- Lic. Samantha Rosas, LCRSP/ICGES
- Lic. Ana María Icaza, CSS
- Lic. Ottman Ibarguen, Hospital Santo Tomás
- Lic. Erika Santiago, Hospital Santo Tomás
- Lic. Alexis Solís; CH CSS
- Lic. Bertha de Marshall; CH CSS
- Lic. Julio García, CS Santa Ana
- Dra. Sofía Carrillo, CS Santa Ana
- Lic. Silvana de Girón, CS Nuevo Veranillo, San Miguelito
- Lic. Delsa Pimentel, CS Pueblo Nuevo
- Dra. Beatriz Castillo, Región Metropolitana
- Lic. Xiomara de Mendieta, Región Metropolitana

1.1-Estructura y Organización de la Red de Laboratorios de Tuberculosis

La red está conformada por 57 laboratorios que realizan baciloscopía (1centro de diagnóstico por cada 50,847 habitantes), de los cuales el 65.5% pertenecen MINSAs, 29.1 % al CSS y el 5.4% son Hospitales. Privados. El 60.0% del diagnóstico se realiza en Hospitales.

Existen 13 laboratorios con capacidad técnica para hacer cultivo (1 laboratorio p/c 230,769 habitantes). El 46.2% corresponden al MINSAs, el 23.1% a la CSS, 23.1% son Privados y el LCRSP. De los laboratorios que realizan cultivo, 8 están ubicados en el área metropolitana (LCRSP/ICGES, Hospital de Santo Tomás, Complejo Hospitalario Metropolitano, Instituto Oncológico, Hospital del Niño, Hospital San Fernando, Hospital Nacional, Hospital Paitilla) y 5 en el interior del país (Lab. Reg. Colón y CH Dr. M. A. Guerrero en Colón, Hospital Rafael Estévez en Coclé, Hospital José Domingo de Obadía en Chiriquí y Hospital Luis Chicho Fábrega en Veraguas). Se utilizan medios sólidos (Löwenstein-Jensen), medios líquidos (BACTEC 960-MGIT y Bact/Alert).

En 9 Laboratorios a nivel nacional, se realizan pruebas moleculares por los métodos Xpert® MTB/RIF o LPAs.

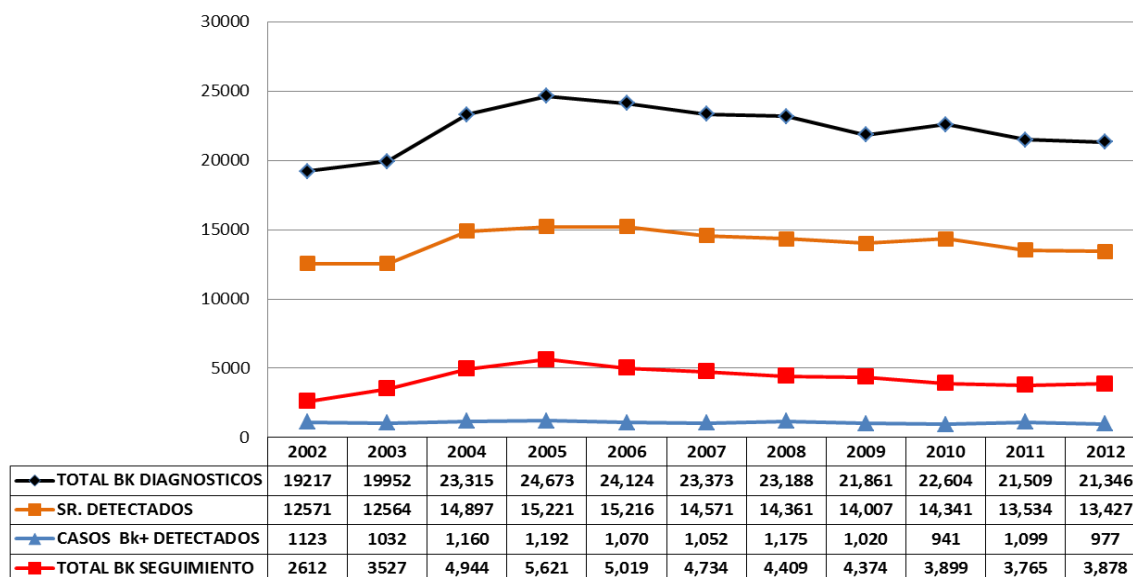
(Genotype): LCRSP/ICGES, 3 laboratorios del MINSa, 2 de la CSS y en 3 laboratorios privados.

El LNR concentra las pruebas de sensibilidad para todo el país, realizando el método de las proporciones para drogas de primera línea.

1.2-Baciloscopias y detección de Sintomáticos Respiratorios

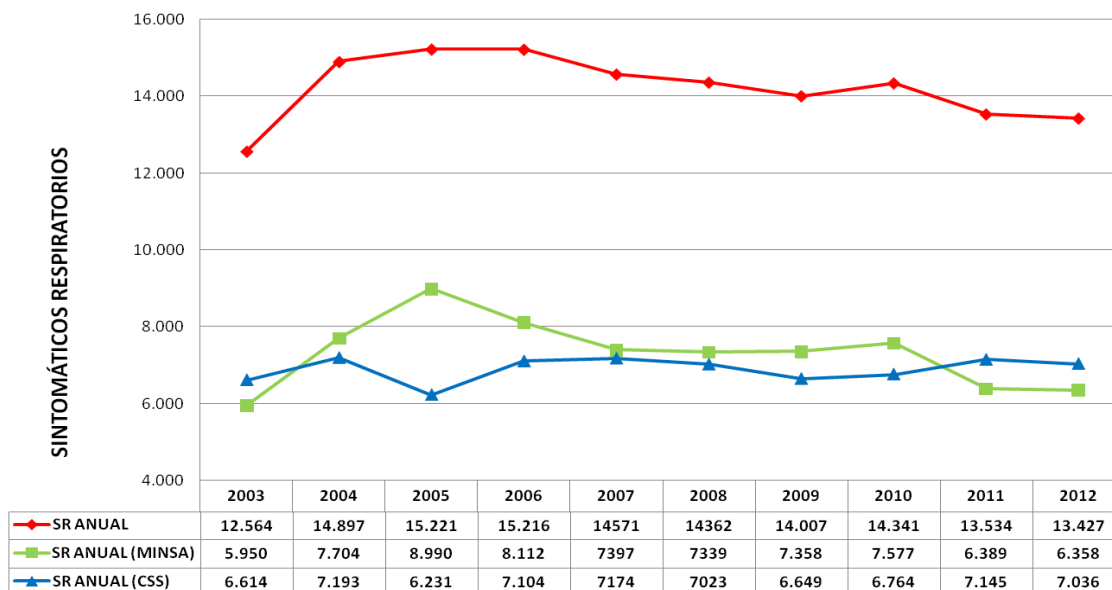
El Gráfico 1 muestra la tendencia de las actividades de detección de SR y casos BK+ en la red de laboratorios entre el 2002 al 2012; se observa una leve tendencia al descenso en los últimos años.

Gráfico 1:



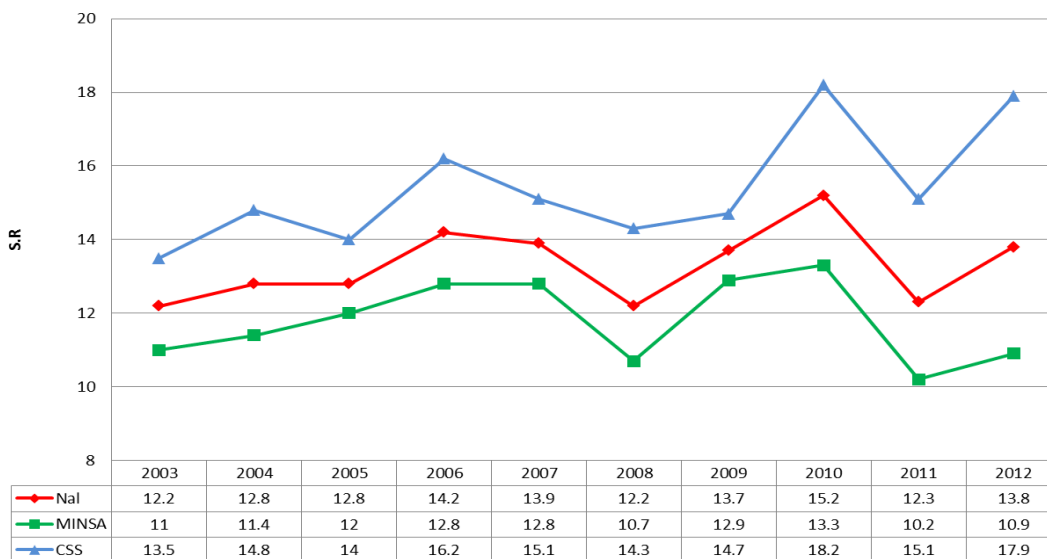
La CSS detecta el 52,4% de los SR, sin embargo, el mayor número de BK+ se diagnostican en los establecimientos del MINSa para un 59,6% (Gráfico 2). En la CSS se utilizan los formularios y registros normados por el Programa y su red de laboratorios.

Gráfico 2:



El Gráfico No. 3 muestra el promedio de SR examinados para detectar un BK + a nivel nacional (13,8), siendo más bajo para el MINSAs (10,9). Este número de baciloscopías realizadas es relativamente bajo y el diagnóstico podría ser, en consecuencia, tardío.

Gráfico 3:



1.3-El Control de Calidad Externo de BK

Lo realiza el LRN y reportó que en 2012 se han releído 2816 láminas. Entre ellas, el 1,2% fueron falsos positivos, 0,2% falsos negativos y la concordancia total fue de 99,5%. A partir del 2010 se comenzó a aplicar el sistema de muestreo por lotes (LQAS). No se aplica panel de láminas. En los próximos meses comenzará el control de calidad en cascada con la descentralización por Regiones.

1.4- Cultivos.

En 2011 se realizaron 5800 cultivos, la información sobre cultivo centralizada por el LRN no es completa, aún no está disponible la información correspondiente a los años 2012 y 2013. Prácticamente son sólo 2 los laboratorios de cultivo que realizan la mayor carga de trabajo, siendo asumida por el Complejo Hospitalario Dr Arnulfo Arias Madrid de la CSS que en el 2012 realizó 6271 cultivos y el LRN no supera un promedio de 257 muestras en 2012 y 182 en el primer semestre del 2013. En el país, se está cultivando un promedio de 7000 muestras por año para diagnóstico de tuberculosis pulmonar, lo que equivale a cerca de un tercio de los SR investigados por baciloscopía.

El LRN ha normado la indicación de cultivo para los siguientes grupos: todas las muestras de pacientes sintomáticos con signos clínicos y/o radiología sospechosa de TB y BK-, TB infantil, muestras extrapulmonares, inmunosuprimidos, particularmente VIH+, BK+ en lavados gástricos, LB o hisopados, abandonos, recaídas y fracasos (retratamientos o antes tratados), contactos o exposición con bacilos MDR, TB de casos crónicos o con BK+ en el control del segundo mes de tratamiento, casos diagnosticados con BK- y que se convierten a BK+ en el tratamiento, cultivo de muestras de casos bajo estudio o vigilancia según lo establecido en el protocolo de trabajo y para todos los PPL con TB BK+.

No se conoce el número de casos detectados sólo por cultivo (Aporte del Cultivo al Diagnóstico). Igualmente, no se tienen cifras del porcentaje de cultivos contaminados a nivel nacional y no se realiza sensibilidad a los medios sólidos que se utilizan en la red de laboratorios para cultivo.

1.5-La Dirección de Laboratorios del MINSA

Cuenta con presupuesto propio, pero son los coordinadores regionales quienes se responsabilizan de la gestión de compras. El LRN en 2013 realizó supervisiones directas a las unidades del MINSA y laboratorios privados que realizan diagnóstico de TB;

Se dispone de una guía de supervisión que es aplicada durante las visitas. El Manual de Normas y Guías Técnicas para el Diagnóstico de TB data del año 2002, se encuentra en elaboración la actualización de dichas Normas.

1.6 -Vigilancia de la tuberculosis resistente a los fármacos

No se conoce la prevalencia de TB MR dado que el país no ha realizado estudios para estimarla. El diagnóstico de casos de TB MR del período 2001-2013 es resumida en el Cuadro No. 1. Se han diagnosticado durante ese periodo 113 casos de TB MR. En 2012, el LRN realizó 220 PS, diagnosticándose 12 MDR y en 2013 se realizaron 356 pruebas de sensibilidad diagnosticando 4 MDR. Existe un algoritmo donde se han incorporado métodos rápidos (nitrato reductasa, método de hibridación reversa-LPAs y Xpert® MTB/RIF). El método de confirmación de resistencia es el de las proporciones que se realiza en el LRN.

Tabla. 1

AÑO	Total	PM	Col	CH	PO	SM	CNB	V	BT	Cocl	PE	CGY
2001	11	2	5	2	1	0	0	1	0	0	0	0
2002	16	3	5	2	3	1	1	0	0	0	1	0
2003	11	2	5	2	0	1	1	0	0	0	0	0
2004	9	1	4	1	0	1	0	1	1	0	0	0
2005	5	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0
2006	10	2	5	0	0	1	1	0	0	1	0	0
2007	6	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
2008	5	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
2009	8	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	9	4	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0
2011	7	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2012	12	6	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0
2013	4	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	113	36	36	17	7	5	5	2	2	1	1	1
	100%	31.9%	31.9%	15.0%	6.2%	4.4%	4.4%	1.8%	1.8%	0.9%	0.9%	0.9%

A pesar de que se conocen las indicaciones para la realización de las pruebas de sensibilidad, no se estudian todos los casos antes tratados, incluso el LRN recibe la indicación para la realización de PS con información incompleta.

Siguiendo recomendaciones de OPS/OMS, Panamá debería poner bajo vigilancia permanente a todos los retratamientos y prepararse para realizar un estudio que permita estimar el nivel de resistencia entre casos nuevos. El país no realiza aún, PS para fármacos de segunda línea.

Con relación, al control de calidad externo de las PS para fármacos de primera línea por el método de las proporciones, conducido por el LSN de México (round 4/2012), los resultados muestran en el Cuadro No. 2 valores del 95% de sensibilidad para Isoniacida y rifampicina, 97 % de eficiencia y 100% de especificidad y repetibilidad para esos fármacos. Estos resultados, superan los valores obtenidos en el round 3/2011. El LRN, recibió recientemente el panel correspondiente al round 5/2013.

Parámetros	S	H	R	E
Sensibilidad	100 %	95%	95%	57%
Especificidad	86%	100%	100%	100%
Eficiencia	93%	97%	97%	88%
Repetibilidad	90%	100%	100%	100%

No existe un sistema para informar los resultados a la red, estos se envían por E-mail o vía telefónica. SILAB solo se utiliza para el registro de las muestras del LCRSP/ICGES. El SISVIG, es el sistema *on line* creado por la CSS y se pretende introducir en este sistema la entrada de muestras de recepción.

1.7-Visitas a los laboratorios de la red

1.7.1-Laboratorio Nacional de Referencia (LCRSP/ICGES)

El laboratorio es reconocido como LRN en todos los niveles de la red y del PCT.

Hallazgos:

- **Recursos humanos**

En el laboratorio se desempeñan 4 profesionales con dedicación de 40 horas/semana cada uno, y realizan las actividades en forma rotativa cada 3 meses.

- **Bioseguridad**

La política de la institución contempla la evaluación médica y prueba de Mantoux al ingreso del personal. Luego, control médico anual con radiología de tórax.

Están disponibles elementos de protección personal (ropa, guantes y respiradores N95). No existe autoclave en el área de contención de riesgo biológico. Existe direccionamiento y renovación de aire que se logra mediante sistema de presión negativa. El Instituto tiene personal formado para la certificación del buen funcionamiento de las CSB.

Infraestructura y equipamiento

- Las actividades están divididas en 4 áreas dedicadas a:
 - a) tareas administrativas
 - b) lectura de BK
 - c) preparación de medios de cultivo, almacenamiento de medios, fármacos y reactivos
 - d) procesamiento de muestras y aislamientos (cultivo, identificación y prueba de sensibilidad)
- El laboratorio cuenta con el equipamiento básico necesario, en funcionamiento, incluyendo centrifugas con seguridad biológica, incubadoras, coagulador y CSB.

Procedimientos técnicos

- Se emplea el método de Ziehl Neelsen para baciloscopías. Las muestras son decontaminadas por el método de N-acetil-cisteína/NaOH 2%/citrato trisódico y sembradas en medio de Löwenstein Jensen. Se emplean también medios líquidos del sistema de lectura automatizada BactAlert. Se procesan muestras por cultivo y se leen los tubos sembrados en medio sólidos una vez por semana. La identificación de cultivo la realizan por el método de inmunocromatografía lateral (MPT64), incorporado recientemente.
- La prueba de sensibilidad es realizada sólo en forma indirecta y a fármacos de primera línea por el método de las proporciones en Löwenstein Jensen. Para las PS se utilizan como cepas controles las enviadas por el LSN con patrones de resistencia conocidos, solo se utiliza la cepa H37Rv y 1 cepa con resistencia a Isoniacida y rifampicina, no se incluyen cepas con resistencia a estreptomycin y etambutol.

El método rápido utilizado es nitrato reductasa, y a partir del 2013, se evaluó el método LPA (Genotype) para diagnóstico de TB MR que debe ir sustituyendo al método nitrato reductasa en la medida de la adquisición y sostenibilidad del método molecular en el LRN. Actualmente el LRN ha adquirido Amikacina y Ofloxacina para realizar PS, aunque aún, deben comprar Capreomicina y Kanamicina.

- El LRN cuenta con un presupuesto anual otorgado por el ICGES de 12 000, 00 USD; Este presupuesto puede ser reducido durante el presente año, por lo que se vería limitada la adquisición de recursos y métodos diagnósticos que han sido incorporados recientemente en el LRN.

Sistemas gestión de calidad y de registros

- El LRN ha avanzado en la implementación de un sistema de gestión de calidad, tiene procedimientos operativos estándares redactados y los correspondientes formularios de registro, así como un flujograma para el material biológico que procesa. Existe un buen sistema de registro que incluye todos los procedimientos. Sin embargo, no se consigna sistemáticamente en la solicitudes de investigación micobacteriológica o en el libro de trabajo si las muestras que se reciben son de diagnóstico o control de tratamiento por falta de información en la ficha de solicitud bacteriológica que se recibe en el LRN.

Investigaciones

- Se han realizado estudios de Epidemiología Molecular en colaboración con el Centro de Biología Celular y Molecular de Enfermedades (INDICASA-AIP). Se determinó la agrupación en clúster de cepas MDR por los métodos DRE-PCR y Spoligotyping.

Recomendaciones

- Capacitar al personal recién incorporado al LRN
- Concluir la actualización de las Normas y Guías de Laboratorio para el diagnóstico de TB
- Incorporar un método rápido directo para muestras con baciloscopia positiva para identificar aislamientos del bacilo de la TB MR (Genotype versión 2.0)

- Incorporar a la red de laboratorios que realizan cultivos los parámetros de calidad de la técnica de cultivo
- Agregar cepas resistentes (preferentemente no MR) para el control de calidad de los lotes de medio con drogas
- Evaluar la microscopia de fluorescencia LED para ser recomendada a laboratorios de la red con alta carga de trabajo de BK
- Incorporar pruebas de sensibilidad para fármacos de segunda línea después de ser evaluados por el LSN de México
- Continuar visitas de supervisión y capacitación a la red de laboratorios
- Incorporar en el control de calidad de BK la aplicación de panel de laminas
- Perfeccionar el sistema de información

1.7.2-Región Sanitaria Metropolitana

Laboratorio Hospital Santo Tomás

Hallazgos:

- A pesar de que el laboratorio es amplio y presenta buenas condiciones, la sección de Micobacterias se encuentra en un área separada, pero resulta pequeño.
- Cuenta con 3 profesionales que rotan cada 6 meses por esta área.
- Existe una CSB que se le cambio los filtros pero no está certificada.
- La centrifuga disponible no tiene sistema de refrigeración, lo que compromete la viabilidad del bacilo, además, no alcanza 3000 G).
- Decontaminan por el método N-acetil/cisteína comercial.
- Elaboran sus colorantes para la técnica de Zielh-Neelsen.
- El laboratorio cuenta con un Xpert® MTB/RIF, se procesan las muestras de acuerdo al algoritmo establecido
- Existe en el laboratorio 2 libros de registros para BK, uno para muestras pulmonares y otro para extrapulmonares; en el libro no se registra calidad de la muestra.
- Reciben un promedio de 10-15 muestras para BK, en 2013 realizaron 1324 BK.
- El personal utiliza medios de protección: guantes, mascarillas N95, batas desechables.
- Envían todas las láminas de cada mes al LRN para realizar control de calidad de acuerdo al método de muestreo por lotes.

- En 2013, se realizaron 658 cultivos, un promedio de 50/mes. No se cultivan todas las muestras extrapulmonares sino las que son solicitadas por los médicos. Para todas las muestras que se les realiza cultivo, siembran 2 tubos de medio sólido Lowenstein-Jensen, incluyendo las Extrapulmonares.
- Las lecturas de los cultivos se realizan cada semana, en el libro de registro de cultivo no se anota esta lectura. Los cultivos positivos no se codifican en cruces, solo se reportan como positivos, no se anotan los tubos contaminados, no se conoce el aporte del cultivo al diagnóstico.
- No se realiza identificación de cultivos positivos, se envían al LRN.
- La autoclave no funciona, las muestras se desinfectan con fenol al 5%.

Recomendaciones:

- Adquirir centrifuga refrigerada con sistema de contención de aerosoles y que alcance 3000 G.
- Certificar CSB ubicada en el área de Micobacterias
- Unificar en un solo libro de registro todas las BK que se realizan (pulmonares y extrapulmonares)
- Cultivar todas las muestras extrapulmonares que reciba el laboratorio y sembrar en 4 tubos de medio sólido.
- Anotar lecturas semanales de cultivos en el libro de registro y codificar cultivos positivos en cruces
- Identificar cultivos positivos utilizando tiras de inmunocromatografía lateral (MPT64)

1.7.3-Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo A Madrid (CSS)

Hallazgos:

- El laboratorio de este complejo recibe muestras de la propia institución y de otros 13 policlínicas del área Metropolitana y Panamá Oeste.
- Se desempeñan en el laboratorio 4 profesionales, con dedicación de 8 horas diarias, que realizan el trabajo relacionado con el diagnóstico de TB.

- Son muy buenas las instalaciones. Las tareas son desarrolladas en tres áreas, adecuadamente organizadas según el nivel de riesgo: a) tareas administrativas, b) colocación de elementos y ropa de protección, que a la vez es antesala y exclusiva del área de contención de riesgo biológico, c) procesamiento de muestras y cultivos. En esta última, la contención de riesgo se logra mediante direccionamiento, renovación y extracción de aire.
- Realizan los siguientes métodos diagnósticos: BK por Zielh-Neelsen, cultivo sólido (LJ) y líquido (BACTEC 960-MGIT), Xpert® MTB/RIF.
- A todas las muestras recibidas en el laboratorio se le realizan BK y cultivo, se recepciona un promedio de 30-40 muestras/día. En 2013 realizaron 5071 BK y cultivos
- Siembran 1 tubo de medio sólido y uno de medio líquido. Las BK se reportan en el día.
- No codifican cultivos en cruces, no se refleja lectura semanal del cultivo en medio sólido.
- Los cultivos positivos se envían una vez por mes al LRN para las pruebas de sensibilidad. El laboratorio recibe los resultados en un promedio de 4-5 meses.
- Se está adquiriendo los fármacos SIRE para realizar PS por BACTEC 960.
- Envían láminas para control de calidad al LRN, se analizan por el método de muestreo por lotes.
- El laboratorio cuenta con un sistema de información para la entrada y registro de muestras
- Hace 9 meses se incorporó el método de Xpert® MTB/RIF, aplican algoritmo de trabajo, han procesado 337 muestras y existe base de datos con resultados de BK y cultivo. Han presentado hasta por 1 mes desabastecimiento de cartuchos.
- No envía sistemáticamente estadísticas del trabajo realizado al LRN, aún no ha enviado el año 2012 y 2013.

Recomendaciones:

- Codificar en cruces cultivos que resulten positivos.
- Anotar en libro de registro de cultivos lecturas semanales realizadas
- Los cultivos positivos deben enviarse en el menor tiempo posible al LRN para la realización de PS
- Enviar periódicamente estadísticas del trabajo realizado al LRN

1.7.4-Centro de Salud de Santa Ana

Hallazgos:

- Este es un centro recolector de muestras. Se reciben de lunes a miércoles y el jueves se trasladan al policlínico Pueblo Nuevo donde se realizan las BK. Las muestras se conservan durante esos días en refrigeración, se trasladan en neveras.
- En 2013 recibieron 101 muestras y en Enero de 2014, 12 muestras.
- Los resultados de las BK demoran más de 7 días y puede llegar hasta 1 mes; en caso de BK positivas, se informa de inmediato por vía telefónica.

Recomendaciones:

- Solucionar problemas con el transporte para incrementar la frecuencia de traslado de muestras hacia el laboratorio donde se realiza la BK (Policlínico Pueblo Nuevo)

1.7.5-Centro de Salud Nuevo Veranillo, San Miguelito

Hallazgos:

- Realiza BK a 5 establecimientos,
- Año 2012 realizaron un total de 839 BK de diagnóstico, con 9,9% de positivos y en el nonestre enero-septiembre 2013, 662 BK de diagnóstico reportando 11,3% de positividad.
- Preparan los colorantes para BK, 1 Asistente de Laboratorio prepara frotis y tiñe láminas, 3 Licenciadas realizan la lectura de BK (5 BK/día).
- El laboratorio tiene extractor de aire, el personal utiliza mascarillas N95, desinfectan con fenol al 5%.
- El laboratorio cuenta con 2 microscopios, no es exclusivo para el uso de BK, se realiza mantenimiento periódico. La CSB para realizar BK no está certificada, colocan mechero dentro.
- Las muestras las reciben de otros establecimientos 1 vez por semana por dificultades con el transporte. Se recibe un promedio de 20 muestras/día.
- Demora en realizar lectura de 714 días.
- Las muestras con indicación de cultivo se envían al LRN
- Desechan las muestras en bolsas de bioseguridad previa desinfección con fenol, son recogidas por desechos peligrosos.
- Envían láminas para control de calidad al LRN.

Recomendaciones:

- Certificar CSB y no colocar mechero dentro
- Asignar personal al laboratorio para disminuir tiempo de entrega de resultados de BK

1.7.6-Centro de Salud Rómulo Roux, Pueblo Nuevo

Hallazgos:

- Reciben muestras de 13 establecimientos, en 2012 realizaron un total de 1140 BK, de las cuales 818 fueron de diagnóstico con 8.8% de positividad.
- Reciben muestras todos los días con un promedio de 1011
- Una asistente tiñe viernes y lunes y se realizan las lecturas de BK martes y miércoles, no realiza más de 10 lecturas de BK/día, promedio de 3540/semana, un personal dedicado a esta actividad que resulta insuficiente para la carga de trabajo y no existe otro personal capacitado en el laboratorio para realizar BK
- Existe un microscopio de uso común, demora de los resultados en más de 10 días, resultados BK positivos se informan de inmediato vía telefónica
- Desinfectan con fenol
- Las muestras se desinfectan con cloro y se desechan en bolsas de bioseguridad
- Las muestras para cultivo se envían al LRN
- El laboratorio dispone de CSB para hacer los extendidos, utilizan guantes, batas desechables y mascarillas N95
- Envían láminas para control de calidad al LRN, aplican muestreo por lotes
- Las muestras no se trasladan en buenas condiciones de Bioseguridad, reciben muestras derramadas
- Baja captación de SR, positividad de BK elevada

Recomendaciones:

- Capacitar otro personal del laboratorio para realizar BK
- Disminuir tiempo de entrega de resultados de BK
- Valorar incorporación de microscopía de fluorescencia LED por la alta carga de trabajo de BK que realiza el laboratorio

CONCLUSIONES

Fortalezas de la Red de Laboratorios

- Red de laboratorios organizada y descentralizada
- Existe estrecha relación entre PNT y red de laboratorios
- Buena coordinación entre los laboratorios del MINSA-LCRSP-CSS-Privados
- Es buena la cobertura de laboratorios en relación con la población del país
- Se realiza control de calidad de BK (LQAS)
- Se supervisa la red de laboratorios
- Existencia de un sistema de transporte de muestras y cepas
- Equipo de trabajo comprometido y capacitado
- Existencia de nuevos métodos diagnósticos en la red
- Relación con el LSN y realización de estudios de control de calidad externo de pruebas de sensibilidad
- Algoritmo de trabajo para realización en el LCRSP de PS
- Se realizan investigaciones operacionales, estudios de Epidemiología Molecular

Debilidades:

- Falta de personal en la red de laboratorios de primer nivel para realizar BK. Existe retardo en el diagnóstico de BK.
- Escaso número de laboratorios que realizan BK en la Región Metropolitana
- Falta de un plan preventivo de mantenimiento y reparación de equipos (certificación de CSB) en la red de laboratorios
- Las normas y guías técnicas para el diagnóstico de TB están desactualizadas
- Se desconoce el antecedente de tratamiento en la solicitud de PSD realizadas
- No se realiza vigilancia sistemática de la resistencia a los fármacos
- Reducida indicación para la realización del cultivo
- En los laboratorios que se realizan cultivos no se identifica complejo TB
- No se realizan pruebas de sensibilidad para DSL
- Reducido financiamiento del LCRSP para la adquisición de reactivos e insumos
- Falta de un sistema de información on line para la red de laboratorios. Atrasos en la información estadística enviada desde la red al LCRSP.
- El CC de BK no está descentralizado en toda la red de laboratorios.

Recomendaciones:

- Incrementar número de personal en laboratorios locales que realizan BK y presentan alta carga de trabajo. Disminuir tiempo de entrega de resultados de BK
- Incorporar otros laboratorios para realizar BK y adquirir microscopía de fluorescencia LED para laboratorios de Regiones de alta carga de TB
- Elaborar un plan preventivo de mantenimiento y reparación para equipos de laboratorio (MINSA)
- Terminar la actualización de las Normas de Laboratorio con énfasis en control de calidad de cultivos
- Continuar la capacitación y supervisión a la red de laboratorios
- Evaluar la factibilidad de implementar el método simplificado de Kudoh-Ogawa en áreas sin acceso a cultivo, por falta de laboratorios con equipamiento adecuado o dificultad para la derivación de muestras
- Establecer un sistema de control de calidad externa del cultivo
- Implementar en los laboratorios que realizan cultivo la identificación por el método de inmunocromatografía lateral (MPT64)
- Incorporar vigilancia sistemática de la resistencia a los fármacos. Realizar encuesta
- Incorporar realización de PS para DSL previa aprobación del LSN de México
- Asistencia técnica a la red de laboratorios
- Incrementar presupuesto del LCRSP para dar sostenibilidad y cumplimiento a los compromisos adquiridos y metas del PNT
- Perfeccionar y puesta en marcha del sistema de información SILAB
- Fortalecer las acciones de Monitoreo y Evaluación para el cumplimiento de las recomendaciones realizadas durante la supervisión

ANEXO 2:

INFORME DE LA SITUACION DEL PROGRAMA DE TB DE LA REGION DE SALUD METROPOLITANA

La Asesoría y Monitoreo al programa de TB de la Región Metropolitana fue realizada durante los días 28, 29 y 30 de Enero mediante visitas a unidades de salud (hospitales y centros de Salud) previamente seleccionados por el PNT. Los datos que recibimos sobre la situación Epidemiológica y Operacional del Programa de la Región son los correspondientes una presentación hecha el 27 de Enero anterior a las visitas de terreno por la Dra. Beatriz Castillo coordinadora del Programa de TB de la Región.

Aunque dicha presentación no cubre todos los aspectos que puedan dar una visión más amplia de la situación regional, con las visitas de monitoreo a las unidades de salud, hemos podido completar una mayor información y llegar así a un mejor diagnóstico sobre la situación de la TB en la Región, lo cual exponemos a continuación:

Equipo evaluador:

- Dra. Ivelisse Acosta
- Dra. Cecilia Arango
- Dr. Rodolfo Rodriguez

Persona Entrevistada (Presentación Regional. 27 de Enero 2014)

- Dra. Beatriz Castillo (Coordinadora del Programa de Tuberculosis).

Gráfica No. 1: Región Metropolitana de Salud Áreas de Responsabilidad



1- INFORMACION GENERAL:

- Población estimada para el 2013: 790,521 habitantes
- Masculina: 48.7%
- Femenina: 51.3 %
- Menores de 15 años: 22%
- Mayores de 15 años: 78%

Corregimientos: 22

Unidades de Salud y otros centros:

Policentros de Salud: 2

Ministerio de Salud CAPSI: 1

Centros de Salud: 16

Subcentro de Salud: 1

Puestos de Salud: 2

Centros de Vigilancia Internacional: 2

- Clínica del Aeropuerto Internacional de Tocumen
- Puerto de Balboa

Centros Penitenciarios: 3

- El Renacer (C/S de Paraíso)
- Centro de Rehabilitación Femenino (C/S de Río Abajo)
- Centro de cumplimiento y custodia de adolescentes (C/S de Tocumen)

Hospitales de Referencia del 3er y 4to Nivel: 5

- Hospital Santo Tomas
- Hospital del Niño
- Instituto de Salud Mental
- Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (CSS)
- Instituto Oncológico Nacional

Hospital de Referencia del 2do Nivel: 1 CSS

- Hospital 24 de Diciembre

Laboratorios para el análisis de baciloscopías: 2

- Laboratorio del Centro de Salud de Pueblo Nuevo
- Hospital 24 de Diciembre CSS

RECURSOS HUMANOS EN SALUD: (cuadro No. 1)**Cuadro No. 1****REGIÓN METROPOLITANA RECURSO HUMANO**

RECURSO HUMANO	TOTALES
Médicos especialistas	78
Médicos generales	133
Odontólogos	130
Enfermeras	77
Técnicas de Enfermería	61
Técnicos	367
Administrativos	414

2- SITUACION EPIDEMIOLOGICA.**2.1.- MORBILIDAD.**

La incidencia de tuberculosis de todas las formas en la R. Metropolitana en el periodo 2009 -2012 (cuadros 2) presenta una tendencia muy regular y sin grandes cambios tanto en el número absoluto de casos notificados como en las tasas por 100,000 habitantes.

En 2012 se notificaron 233 casos todas las formas, con una tasa de 32 algo inferior a la tasa nacional pero similar a la regional en 2009 (31.5).

De los 233 casos notificados: 117 (50%) fueron casos pulmonares BK positivos, 57 (24.5%) fueron BK negativo, 19 (8.2%) sin BK y 40 (17.2%) fueron casos extrapulmonares.

Cuadro No. 2

INCIDENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD					
AÑOS 2009-2013					
CASOS REGISTRADOS	AÑOS				
	2009	2010	2011	2012	2013 Preliminar
TOTAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS	214	204	242	233	176
TASA POR 100.000 HABITANTES	31,5	29,4	36	32	22
TOTAL DE CASOS NUEVOS TB PULMONAR BK +	125	100	122	117	103
%	58	49	50	50	60
TOTAL CASOS NUEVOS TB PULMONAR BK-	43	54	57	57	29
%	20	26	23	24	16
TOTAL DE CASOS NUEVOS TB PULMONAR SIN BK	14	11	38	19	12
%	7	5	16	8	7
TOTAL DE CASOS NUEVOS TB EXTRAPULMONAR	32	39	25	40	32
%	15	19	10	17	18

Fuente: Informes Regionales

2.2. Mortalidad. (No datos)

2.3. TB-MDR. (No datos)

2.4. Coinfección VIH-TB.

En el cuadro No. 3 podemos observar que de los 233 casos de TB notificados en 2012, 32 son pacientes TB que resultaron positivos para VIH (14%). Cifra muy semejante a la del país de los cuales 10 casos iniciaron tratamiento antirretroviral.

Cuadro No. 3

CASOS REGISTRADOS CONTINUACIÓN	AÑOS			
	2010	2011	2012	2013 Preliminar
TOTAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS	204	242	233	176
TOTAL DE PACIENTES CON DOBLE INFECCIÓN TB- VIH/SIDA	31	45	32	21
%	15	18	14	12
TOTAL DE PACIENTES QUE INICIARON TRATAMIENTO ANTIRETEROVIRAL	4	10	10	10
%	13	22	31	48
ADICCIÓN DROGA Y ALCOHOL	27	52	26	15
%	13	21	11	8

Fuente: Informes Regionales

3.-Situación Operacional

3.1. Detección de Casos

- **Sintomáticos Respiratorios (SR).**

La búsqueda de casos entre consultantes (**cuadro No. 4**) en una serie del 2009 al 2012 hace notar que las consultas médicas tienen muy poca variación o disminuyen en alguno de esos cuatro años. Según el estimado del 1% de las consultas, se esperaban en 2012, un total de 3,197 SR, pero como esta cifra se toma por el número de asistencias de primeras muestra al laboratorio, podemos ver que solamente se informaron 876 SR, lo que representa el 27.4 % del estimado, muy por debajo de lo que debía detectarse, aun con un parámetro bajo como es el 1% de las consultas.

- **Control de contactos. (no datos)**

Cuadro No. 4

REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD ANÁLISIS DE LA BÚSQUEDA DE CASOS AÑOS 2009- 2013 I SEMESTRE					
AÑOS	CONSULTAS MÉDICAS	SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS			
		ESTIMADOS 1% DE LA CONSULTA MÉDICA	IDENTIFICADOS PRIMERA MUESTRA DIAGNÓSTICA	%	SEGUNDA MUESTRA DIAGNÓSTICA
2009	304,101	3,041	776	26	638
2010	333,560	3,335	845	25	667
2011	304,101	3,041	807	26	776
2012	310,781	3,107	876	28	688
2013	156,378	1,563	418	26	310

FUENTE: INFORME MENSUAL DE BACILOSCOPIA

3.2. Resultados del Tratamiento

3.2.1 Cohorte de Casos de TB Pulmonares positivos

En la cohorte de casos BK+ del 2012 (**cuadro No. 5**) se evaluaron 117 enfermos (100%) de los notificados. El éxito del tratamiento se produjo en 78 casos (no se separan los curados de los que terminaron tratamiento) con un bajo porcentaje del 67%. La cifra de abandonos fue de 31 enfermos con el 26% de los casos tratados, la más baja en los cuatro años informados, lo cual constituye una cifra sumamente alta y digna de un análisis exhaustivo por parte de la Región.

Cuadro No. 5

COHORTE DE CASOS NUEVOS DE TBC PULMONAR BK POSITIVO EN LA REGIÓN METROPOLITANA AÑOS 2009 - 2012								
CASOS REGISTRADOS	AÑOS							
	2009		2010		2011		2012	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL DE CASOS TB PULMONAR BK +	125	100	100	100	122	100	117	100
CURADO / T. TERMINADO	90	72	77	77	92	75	78	67
ABANDONOS	27	22	17	17	23	19	31	26
FRACASOS	0	0	1	1	1	1	0	0
FALLECIDOS	8	6	5	5	6	5	8	7
TRASLADOS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Informes Regionales

3.2.2 Cohorte de casos en Retratamiento.

En la cohorte del 2012 de casos de TB todas las formas en Retratamiento (cuadro No. 6) se evaluaron un total de 61 enfermos de los cuales el éxito se obtuvo solamente en 19 casos (31%). La situación de abandonos es también un serio problema en la Región pues 34 de los casos de la cohorte abandonaron el tratamiento con un porcentaje de **55%** por lo cual reiteramos la recomendación hecha en la cohorte de casos nuevos BK+.

Cuadro No. 6

COHORTE DE CASOS DE TBC EN RETRATAMIENTO EN TODAS SUS FORMAS REGIÓN METROPOLITANA AÑOS 2009 - 2012								
CASOS REGISTRADOS	AÑOS							
	2009		2010		2011		2012	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL DE CASOS DE RETRATAMIENTO	57	100	59	100	50	100	61	100
TRATAMIENTO TERMINADO/CURADO	14	25	20	20	14	28	19	31
ABANDONOS	36	63	35	59	30	60	34	55
FRACASOS	0	0	1	2	1	2	0	0
FALLECIDOS	7	12	3	5	5	10	8	13
TRASLADOS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Informes Regionales

3.2.3 Cohorte de casos TB/VIH Pulmonares positivos

En la cohorte del 2012 (cuadro No. 7) se evaluaron 12 casos de TB VIH positivos con una tasa de éxito del tratamiento en 7 casos (58%) y 3 fallecidos (25%). Como es lógico la baja cifra de casos de esta cohorte, determina que los porcentajes no tengan el mismo valor que en las cohortes anteriores.

Cuadro No. 7

Cohorte de Casos Nuevos TB-VIH Pulmonar BK +, Años 2010-2012

CASOS REGISTRADOS	2010		2011		2012	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL DE CASOS TB PULMONAR BK +	13	100	18	100	12	100
CURADO / T. TERMINADO	9	69	12	67	7	58
ABANDONOS	2	15	3	17	1	8
FRACASOS	0	0	1	5	1	8
FALLECIDOS	2	15	2	11	3	25
TRASLADOS	0	0	0	0	0	0

Fuente: Informes Regionales

VISITAS UNIDADES DE SALUD DEL AREA METROPOLITANA

(28 al 30 de enero 2014)

Equipo evaluador:

Dra. Ivelisse Acosta

Dra. Cecilia Arango

Dr. Rodolfo Rodriguez

1-Hospital de Referencia Nacional Santo Tomás

Personas Entrevistadas:

Dr. Irvin Carrasco- Neumólogo

Dr. Rafael Paredes –Neumólogo Jefe del servicio de Neumología

Dr. Edmundo López – Neumólogo con atención de los casos de MDR

HALLAZGOS:

Santo Tomas es un hospital de tercer nivel de referencia nacional para enfermedades respiratorias incluyendo Tuberculosis a cuyo hospital son enviados fundamentalmente los casos complicados, MDR y TB/VIH de todo el país.

- Posee 400 camas y de ellas 17 camas son para TB. Tiene seis neumólogos en el servicio.
- En el año 2013 se ingresaron 149 pacientes, egresos 129, fallecidos 23, algunos con coinfección TB/VIH. Actualmente hay 7 pacientes ingresados.
- Refieren que los resultados de exámenes de esputo que realiza el laboratorio del hospital, se tarda entre 5 días y hasta dos semanas en algunos casos. Los cultivos en igual forma demoran mucho más tiempo, pudiendo llegar a varios meses.
- Existen serios problemas con medicamentos principalmente de segunda línea que en ocasiones tardan meses para recibirlos. El hospital hace la solicitud por vía del departamento de farmacia y este la envía al nivel central donde debe ser autorizada. El nivel central aprueba esta solicitud y la pasa a los almacenes de la Región Metropolitana donde se produce otra demora en la entrega, señalando que no trae toda la información del paciente que ellos requieren. De esta forma se convierte la disponibilidad de un medicamento para el hospital en un proceso burocrático en el que intervienen diferentes instancias y cuyo resultado en la demora a quien fundamentalmente perjudica es al paciente. Al momento de la visita había un enfermo con diagnóstico de TB-MDR (recluso) con ingreso en el mes de noviembre 2013 sin poder iniciar su tratamiento. Nos mencionaron de otro caso de TB miliar diseminada, que no ha iniciado su tratamiento por la demora en la llegada de los medicamentos con el riesgo de morir sin haber sido tratada.
- No se hace búsqueda sistemática de SR en las consultas. El estudio de contactos de los pacientes ingresados se notifica al lugar de origen del mismo para que sea el nivel local quien haga el seguimiento pero no tienen registro de esta actividad.
- No existen las mínimas condiciones de bioseguridad para los pacientes ingresados que permanecen en sala, sin protección alguna, oscura y muy poco ventilada.
- En el servicio de Infectología también se atienden casos de TB, sobre todos los coinfectados VIH pero con esquemas de tratamiento que ellos definen para el tratamiento de los casos MDR.
- Existe en el hospital un local donde se harán remodelaciones para ingresar pacientes TB para lo cual se requiere de una asesoría técnica, para que cumpla las condiciones mínimas de bioseguridad. En este objetivo hemos recibido del equipo de neumología la solicitud de apoyo técnico para que por vía de OPS se apoye dicha asesoría y se den las orientaciones pertinentes antes de proceder a realizar la remodelación.

Conclusiones sobre esta unidad hospitalaria de Referencia Nacional

El hospital San Juan de Dios posee un equipo muy capacitado y altamente motivado en el control de los enfermos de TB que son admitidos en sus diferentes servicios. Es un centro de referencia nacional para los casos graves y resistentes a drogas asesorando también a las diferentes regiones del país.

En nuestra visita hemos podido comprobar los esfuerzos de ese equipo en cumplir con el objetivo de referente nacional, sin embargo existen múltiples dificultades de estructura, de logística en la gestión de medicamentos, de resultado tardío de los exámenes de laboratorio, así como de aislamiento y condiciones de bioseguridad en que son atendidos los pacientes de TB en este hospital. La situación arriba mencionada nos lleva a la conclusión que es muy difícil para el hospital lograr los resultados que se supone debían alcanzar en su rol de unidad referencial.

Principales Recomendaciones:

Por las razones apuntadas y sin ignorar la debida importancia a la necesidad de:

1. Incrementar la búsqueda de SR en las consulta.
2. De acortar los tiempos en los resultados de los exámenes de laboratorio.
3. De regularizar el uso de los esquemas de tratamiento para MDR.

El problema de mayor urgencia y prioridad en este momento es el de la gestión de medicamentos y las condiciones de aislamiento de los pacientes .Consideramos necesario que las diferentes instancias que generan las trabas administrativas que impiden la llegada de los medicamentos al hospital en tiempo y forma, se reúnan y analicen como agilizar este proceso y eliminar los mecanismos burocráticos existentes implementando, estrategias que faciliten el proceso.

En segundo lugar como problema prioritario, está relacionado con las condiciones de aislamiento de los enfermos sobre todo los MDR y la necesidad de dar los pasos necesarios para el remodelamiento de la nueva sala, donde sea posible garantizar mayores condiciones de bioseguridad para el personal.

2- Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social

Personas entrevistadas:

Dra. Yaribeth Ramos. Nivel central de la CSS.

Dr. Roderick Chen Caamaño - Epidemiólogo del complejo hospitalario.

- Recién nombrado el Dr. Chen en este cargo, el país tiene en este momento un alza de los casos de Dengue, por lo cual una buena parte de su tiempo debe dedicarlo a esta enfermedad, ya que es responsable por la vigilancia de enfermedades transmisibles que incluye la Tuberculosis.
- En su trabajo de vigilancia visita los diferentes servicios identificando la existencia de casos de TB que debe notificar cuando son diagnosticados en el hospital. Este dato también lo toma del laboratorio, si bien la mayoría son casos remitidos por las policlínicas.
- Posee 800 camas en dos hospitales uno clínico y otro quirúrgico.
- No tienen organizada la búsqueda sistemática de SR en las consultas médicas.
- El Laboratorio procesa todas los BK de los centros del seguro social ya que en ninguna clínica realizan este examen.
- El tratamiento a los pacientes lo indica el neumólogo en base a las normas pero los Infectólogos indican esquemas de tratamiento diferenciados. La estadía generalmente es corta, aunque pueden cumplir la primera fase en el hospital y después son derivados a las unidades, con medicamentos que llevan para dos o tres días con dificultades para continuar el tratamiento en el nivel local si el esquema indicado no es el normado por el PNT.
- El hospital tiene medicamentos que recibe del MINSa. El TAES no está garantizado sobre todo cuando son derivados a las clínicas del seguro. Este problema según refieren se produce mayormente en el Área metropolitana teniendo un mejor cumplimiento en las otras regiones.
- Tuvieron 2 casos de TB MDR en el 2013 pero con los mismos problemas de gestión de solicitud /entrega en almacén para obtener los medicamentos.
- El epidemiólogo no tiene implementado un sistema de registro de casos desconociendo el número de casos TB que existen en este momento en la unidad. Esto lo pudimos comprobar al solicitar el libro de registro de casos de TB que están siendo atendidos en el hospital, aspecto este que dejamos como una recomendación de la visita.
- La Dra. Yaribeth nos informa que desde el equipo central, ellos hacen al menos una supervisión anual a las unidades de la CSS en las diferentes regiones del país.

Conclusiones y Recomendaciones

El complejo hospitalario de la Caja del Seguro Social a diferencia del Santo Tomas tiene mejores condiciones estructurales, pocos casos de TB son ingresados en los servicios, los resultados de laboratorio son recibidos en tiempo, no tienen problemas de medicamentos y solamente tuvieron dos casos de MDR en 2013.

El epidemiólogo del hospital realiza la vigilancia de los casos admitidos a los servicios aunque: 1- carece de un sistema de registro sobre los sintomáticos respiratorios que asisten a consultas. 2- tampoco registra los casos de TB que son atendidos en la unidad. 3- existe la necesidad de estandarizar los esquemas de tratamiento por parte de los infectólogos.

3-Centro de Salud de Veracruz.

Personas Entrevistadas:

Carlos Gupas, sub director del centro,

Xiomara de Mendieta -enfermera

Elia Aguilar-enfermera de TB

Dra. Beatriz Castillo- médica del programa de TB

Oswaldo Flores -tecnólogo médico

Maribel de Gittens- trabajadora social

Dr Edgar Gasiano -epidemiólogo

Hilaría Pinilla -asistente de farmacia

HALLAZGOS:

- Atiende una población de 22,019 habitantes .El 15% de la misma es indígena y en sentido general viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema.
- Destacan como principales características de la población atendida: el VIH, la existencia de pandillas, y drogadicción además de las malas condiciones de saneamiento, sin existencia de alcantarillado para disposición de aguas residuales.
- Tienen 7 médicos, de los cuales cinco son médicos generales, un pediatra y un ginecobstetra. El trabajador social acude una vez a la semana. Los cuatro médicos están precisados de capacitación en TB.
- El centro funciona en un horario de 7 a 3 p.m. de lunes a viernes y los fines de semana prestan servicio parcial hasta el mediodía. Tienen una consulta diaria aproximada de 100 personas.

- No se realiza búsqueda de SR, no existe el libro de registro, ni hacen estimados de los SR que esperan por consultas o por población.
- Tienen garantizado los medicamentos para cada paciente y reservas por si aparece un nuevo caso .En la farmacia se manejan los medicamentos con una dinámica de entrega diaria a la enfermera de tratamiento. Esta dinámica aparentemente funciona para un mejor control y conservación del medicamento. También en farmacia se encuentran y entregan los frascos para los exámenes de esputo a cada paciente.
- No existe laboratorio y las muestras para baciloscopias las envían a otro centro, tardando entre una y dos semanas para recibir los resultados. En esta demora interviene también la unidad en su envío al laboratorio de referencia con una semana o más.
- En el libro de registro de casos de la unidad, se observa que trataron 16 casos en 2013. Se cumple el TAES en casi el 100% de los casos según las tarjetas de tratamiento, se hacen también controles bacteriológicos mensuales, y se realiza el examen de VIH en cada paciente.
- Obtienen buena curación y poco abandono.
- Se realiza el censo de contactos pero no se registra el examen de los mismos aunque la quimioprofilaxis en los menos de 5 años, tiene un mejor cumplimiento.
- Existe un soporte nutricional para los pacientes TB.

Conclusiones

Esta unidad de salud posee un equipo motivado y comprometido con el programa de control de la TB .Posee aceptable cumplimiento de los indicadores en la mayoría de los componentes .En la forma que trabaja el centro si logran incrementar el número de SR en consultas, pudieran detectar un mayor número de casos y alcanzar un mejor control de la enfermedad en su área de atracción debido al compromiso antes mencionado.

Recomendaciones:

- El centro pudiera organizar la búsqueda y registro del SR entre los consultantes al servicio mediante una capacitación y motivación del personal médico y convertirse en un área piloto para conocer la verdadera y real cifra de SR que asisten a la unidad y comparar esta cifra con la que registra el laboratorio.
- Considerar que sea la enfermera la que mantenga y entregue los frascos para las baciloscopias.
- Implementar estrategias para disminuir al mínimo, el tiempo del resultado de las BK.
- Mejorar el examen de los contactos de los casos TB sobre todo los BK+.

4-Centro de Salud de Pueblo Nuevo

Personas entrevistadas:

Magali Jordán- Directora del centro
Nirma Méndez,-epidemióloga
Jenny Díaz - responsable de estadística,
Verónica Castillo -responsable de farmacia,
Luz de Alcarado -enfermera coordinadora del programa
Delsa Pimentel -tecnóloga médica

HALLAZGOS:

- Esta unidad atiende una población de 47,718 de los cuales cerca de 18,000 son del área de San Miguelito y población de Betania (CSS).
- Funciona en horario de 7 a 3 pm .Tienen 4 médicos generales (uno atiende TB) 2 pediatras, 2 ginecobotetra, 1 dermatóloga, 2 siquiabras.
- El laboratorio de la unidad realiza las baciloscopias y funciona además como centro de referencia para procesar las muestras de otros establecimientos de salud que incluye al centro de salud de Veracruz. Tiene 4 técnicos, una de las cuales hace las baciloscopias pero falta la asistente que hacia los extendidos. Procesa entre 35 a 40 BK por semana y las lecturas se hacen 2 veces a la semana. Tardan de una a dos semanas en informar los resultados tanto a este centro como a los otros a los que presta este servicio. El control de calidad lo realiza el laboratorio del Gorgas.
- No existe libro de SR, La detección es baja y no está organizada.
- Existe dotación de medicamentos y al igual que en Veracruz el control y entrega diaria la hace la farmacia donde también se guardan y entregan los frascos para el esputo.
- Según lo observado en el libro de registro de casos los resultados de la cohorte de los BK+ del 2012 fue como sigue:
- 11 pacientes tratados, con 3 curados y 3 terminados para un éxito de 6 casos (55%) 4 abandonos (36%) y un traslado.
- Se observa también que a los enfermos BK + se le realizan los exámenes de control y en su casi totalidad tienen realizada la prueba de VIH .S realiza el TAES según observamos en las tarjetas de tratamiento de los casos. En el 2013 de 17 casos tratados hay 6 VIH +.
- Los casos son vistos y tratados en el área de urgencia junto con otros pacientes ya que las condiciones de la estructura del centro no permite tengan un espacio para entrevistar y tratar los TB.

- Aunque los contactos están censados, falta el informe sobre el examen de los mismos, y no encontramos registro de quimioprofilaxis en los menores de 5 años.
- Existe un soporte nutricional para los pacientes TB.

Conclusiones

Esta unidad de salud al igual que lo encontrado en Veracruz posee un equipo motivado y comprometido con el programa de control de la TB. Aunque es una unidad TAES observamos que la tasa de abandono en 2012 es alta, y existe demora en los resultados de los exámenes de laboratorio. La cifra de SR es baja y falta el libro de registro. El control de los contactos es deficiente.

Recomendaciones:

Son muy semejantes al Centro Veracruz:

- El centro pudiera organizar la búsqueda y registro del SR entre los consultantes al servicio mediante una capacitación y motivación del personal médico y convertirse en un área piloto para conocer la verdadera y real cifra de SR y su productividad en casos TB que debe ser superior a la actual.
- Considerar que sea la enfermera la que mantenga y entregue los frascos para las baciloscopias.
- Apoyar al laboratorio con personal para apoyo a la técnica que realiza las baciloscopias e Implementar estrategias para disminuir al máximo, el tiempo del resultado de los exámenes.
- Mejorar el examen de los contactos de los casos TB sobre todo los BK+ y estudiar la posibilidad de identificar un local para la atención de los enfermos TB.

5-Centro de Salud de Veranillo, San Miguelito

Personas entrevistadas:

Dr Carlos Balcázar- Coordinador del programa TB/VIH

Delia Downer- enfermera coordinadora del programa de TB,

Zileika Muñiz- enfermera

Erick Morales -responsable de farmacia

Nivia Rodríguez –responsable de estadística,

Silvana Girón- técnica de laboratorio.

HALLAZGOS:

- Este centro atiende una población de cerca de 50,000 habitantes.
- Tiene 10 médicos generales y atienden un promedio de 32 a 40 consultas por día, aunque no todos los médicos tienen asignada consultas diarias.
- No tienen registro de SR, pero estiman que diariamente se consultan entre 10 a 15 sintomáticos.
- El centro tiene laboratorio que procesa las baciloscopias dos veces por semana. Reciben muestras de otros 5 subcentros. Al momento de la visita al laboratorio, encontramos que tenían más de 70 láminas sin leer con un atraso de un mes. La responsable del laboratorio señala que esta lectura se hace cuando disponen de tiempo, pero que tampoco continúan con la realización de este examen, si no se dispone de la campana de seguridad, lo cual han comunicado por escrito a las autoridades superiores.
- Según el libro de registro de casos en el año 2013 se trataron 27 pacientes de los cuales 13 son asegurados. Se realiza el TAES pero debe mejorarse las tasas de cura y abandonos. Se realiza el examen de VIH a los casos en tratamiento. De 21 casos que debían asistir hoy a recibir su tratamiento supervisado, ya habían llegado 19 en el periodo de la mañana.
- No tienen casos de MDR en tratamiento.
- Hacen el censo de contacto a los enfermos de TB pero al igual que en los centros ya visitados el examen de los mismos es muy limitado.
- Existe un soporte nutricional para los pacientes TB.

Conclusiones

Consideramos que este centro tiene un equipo de TB motivado en cuanto a varios de los componentes básicos del programa, tales como TAES, seguimiento del paciente con baciloscopias, realización de la prueba de VIH y dotación de medicamentos para los casos bajo tratamiento. Encontramos la misma situación de poca captación de SR ya señalada en las anteriores visitas. El problema más serio que hemos detectado es la posición de la responsable del laboratorio respecto a la realización de las baciloscopias y el tener un mes de láminas de esputo acumuladas, que no han sido leídas donde pueden haber casos BK+. La información que nos han dado en la unidad fue de no continuar ese examen, lo cual consideramos una postura muy grave, que atenta contra la salud de la población que atiende este y los otros centros que envían sus muestras a este laboratorio.

Recomendaciones

Aunque consideramos que las recomendaciones pueden ser muy semejantes a las que hemos hecho en los dos centros antes visitados, el problema detectado en laboratorio respecto a las baciloscopias que llegan no solo de este centro, sino también de otras 5 unidades, es una situación muy seria y de alta prioridad para ser discutida y resuelta en el más breve plazo, por las autoridades competentes.

6-Centro Médico. Virgen de la Merced. Penitenciaría La Joya y la Joyita

Dr. Bredio Ramírez- médico responsable del programa de TB y VIH,

Briceyda Castillo –enfermera

María Moreno- enfermera

Elizabeth González- enfermera coordinadora del programa de TB

Sandra Betancourt- jefe regional de laboratorio

Félix Moreno- técnico médico,

Esmilka Burgos- responsable farmacéutica

Tidel Bersillo - médico epidemiólogo Regional

HALLAZGOS:

- El centro funciona con 4 médicos, 4 enfermeras, 4 técnicos auxiliares ,1 bioanalistas, 1 asistente dental, 1 encargado de farmacia y 1 técnico de RX a tiempo parcial. Desde el 2008 en que fue inaugurado este centro, paso a ser atendido por el MINSA.
- El establecimiento de salud para los penados es una edificación con muy buena estructura, habilitado con camas, y equipamiento necesario para la atención de pacientes ingresados, pero estos recursos nunca han sido utilizados. Llama la atención que esta unidad con tan buenas posibilidades se encuentre actualmente en progresivo deterioro por la falta de priorización para su uso y mantenimiento, sin que existan perspectivas de que pueda ser mejorada y puesta en total funcionamiento para beneficio de la población penal.
- En el año 2013 la población penal fue de 8,949 personas de los cuales 3,367 estaban reclusos en el centro penal la Joya y 5,582 en la Joyita. En 2013 identificaron un total de 221 SR de los cuales el 12% fueron BK+ (27 casos) .De los 61 casos del 2013, 38 fueron de la Joyita y 23 de la Joya.
- Cuentan con un excelente laboratorio con medidas de bioseguridad .En octubre del 2013 iniciaron los exámenes BK y los RX para los casos sospechosos de TB.

- En este momento en el libro de registro en enfermería hay 35 pacientes bajo tratamiento separados según el centro penal. De ellos 11 están en primera fase (1 VIH+) y 24 en segunda fase (3 VIH+). Existe además una pizarra donde se anotan los datos y nombres de los paciente bajo tratamiento según su centro penitenciario.
- No se hace TAES pues los casos de TB están en la sala de “aislamiento” que solo existe dentro del penal la Joya. En esta sala mal llamada de aislamiento se trata de un local donde ubican los pacientes pero con pésimas condiciones higiénico sanitarias y donde reciben los medicamentos mensualmente para automedicación. Dada las características de estos enfermos ni el personal del centro de salud ni los propios custodios, se comprometen al apoyo del tratamiento supervisado TAES.
- El control de contactos como es lógico, no se realiza.
- Los casos más graves o MDR son trasladados al hospital Santo Tomas pero con serios problemas al egreso. Los pacientes al alta son devueltos al centro penal con un documento sobre su situación médica y el tratamiento recibido, pero los custodios requisan tanto el documento como los medicamentos .El centro de salud del penal en la mayoría de los casos desconoce del alta de ese enfermo, al no recibir la información enviada por el Santo Tomas.
- En farmacia existe una buena dotación de medicamentos de primera línea.
- Existe un soporte nutricional para los pacientes TB.

Conclusión y Recomendaciones.

Consideramos que la situación del control de la TB en los dos centros penales La Joya y la Joyita es muy grave y que adolece de múltiples dificultades, independientemente del esfuerzo que realiza el equipo de esa unidad de salud. Esta situación atenta no solo contra el enfermo y el resto de los penados, sino que es de alto riesgo para el resto de la población general, convirtiéndose en un foco potencial de casos MDR.

1. En la solución o mejoría de este problema, consideramos que debían intervenir no solo el MINSA, ya que se precisa del apoyo y la coordinación de otros dos organismos estatales como Policía Nacional y el Ministerio de Gobierno de Justicia que atiende los centros penales.
2. Consideramos que existe la oportunidad para rescatar el área física de esta unidad de salud y adecuarla con la finalidad de que pueda ofrecer un adecuado servicio de salud a los privados de libertad, no sólo de TB, si no de cualquier otra patología, incluyendo un área de aislamiento para los casos BK+.

Para viabilizar esta recomendación, se requiere de la intervención y priorización de los organismos arriba mencionados.

7-ALMACEN CENTRAL DE MEDICAMENTOS.

Persona entrevistada.

Lic. Ana Gough-Responsable del Almacén Central de Medicamentos e Insumos de Salud Publica

HALLAZGOS:

EL local asignado como almacén central para medicamentos e insumos de salud pública es una gran nave repleta de cajas de medicamentos e insumos sin un adecuado orden y organización donde no observamos tarjetas que indiquen datos y características del contenido. Las condiciones de elevada temperatura (más de 2 meses sin climatización) conspiran también contra una adecuada conservación de todo lo que se encuentra almacenado en ese lugar. En realidad no pudimos llegar hasta donde estaban los medicamentos anti-TB ya que resulto imposible por la falta de espacio entre las cajas.

La responsable del almacén nos dio una copia de las existencias actuales de los medicamentos anti-TB tanto de primera como de segunda línea, donde observamos que muchos pueden caer en falta debido a las escasas existencias .Señala que tuvieron la entrada de un pedido de urgencia pero que están esperando por la llegada de los medicamentos comprados para el 2014. Informa que su responsabilidad es recibir y distribuir los medicamentos que compra el MINSa, de acuerdo a las órdenes que recibe mensualmente, con la debida aprobación del PNT .Los envíos a regiones se hacen cada dos meses.

Conclusiones y Recomendaciones

Consideramos que las condiciones de almacenamiento de medicamentos e insumos no es la más adecuada y que en las actuales condiciones se corre un alto riesgo de que los mismos puedan sufrir deterioro. Debe resolverse el problema de la climatización y falta de espacios, que no permiten una mejor organización y conservación de todo lo allí está almacenado, que por supuesto incluye no solamente los medicamentos para TB.

Conclusiones de la Región Metropolitana

El control de la TB en el área Metropolitana se considera de vital importancia para Panamá debido a la alta carga de casos, la característica de estos enfermos (VIH, condiciones de pobreza, drogadicción, delincuencia con alto riesgo en la población penal). También se detectan problemas en la gestión de medicamentos sobre todo para los MDR y deficientes resultados del tratamiento en las cohortes de casos nuevos pulmonares bacilíferos y casos en retratamiento. En el análisis hemos tenido en cuenta la información que presentó el Programa Regional el día inicial de la misión, así como la información que pudimos obtener en las visitas a las unidades de salud,

FORTALEZAS:

- A lo largo de todas las visitas a las unidades (hospitales y Centros de Salud) se destaca que el personal de salud se muestra motivados, comprometido y esforzado en realizar su mejor trabajo para el control de la TB.
- Los pacientes tienen en su mayoría la prueba de VIH realizada.
- Se lleva el libro de registro de casos de forma adecuada.
- Se realizan las baciloscopias de control de forma mensual.
- Existen medicamentos para tratar a todos los enfermos de primera línea.
- Se hace el tratamiento supervisado (TAES) en la mayoría de los enfermos tratados.
- Buena coordinación con la CSS para la entrega de medicamentos a policlínicas y hospitales.
- Se ofrece algún soporte nutricional para los enfermos bajo tratamiento.

DEBILIDADES:

- Deficiencias en la capacitación del personal de salud.
- Deficiencia de la pesquisa de SR con cifras muy por debajo de las reales y metas bajas para captación. Ausencia del libro de registro de SR.
- Disminución de baciloscopias diagnósticas. Debido a la baja captación de SR y las deficiencias de personal en laboratorio para la realización de este examen.
- Disminución del diagnóstico en las unidades de APS (atención primaria) con importante rol de hospitales o servicios de urgencia.

- Las tasas de curación a nivel regional son bajas y los abandonos son altos en las diferentes categorías de casos (nuevos BK+ y en retratamiento) y no cumplen los parámetros requeridos.
- Se realiza el censo de contactos de pacientes TB, pero no se completa el estudio de los mismos. Deficiencia en la captación y registro de la quimioprofilaxis.
- Deficiencia en la coordinación con los organismos responsables de la atención a los PPL (Ministerio de Gobernación y Policía Nacional).
- Problemas con el suministro de drogas de segunda línea al Hospital Santo Tomas donde además de presentan serios problemas con el aislamiento de los enfermos MDR.
- Deficiencias en el almacén central de medicamentos e Insumos que no garantiza la calidad de los mismos.

RECOMENDACIONES:

- Mantener la capacitación continua en TB de los RRHH de los Centros de Salud.
- Organizar la detección del SR en los consultorios médicos y en las áreas de mayor flujo de pacientes (salas de espera o en visitas rutinarias de terreno).
- Implementar el libro de SR y establecer la adecuada programación .Esta recomendación debe partir del PNT en base a la necesidad de conocer la cifra de SR esperados y estudiados en el país, descartando tomar esta cifra de los registros del laboratorio.
- Mejorar los resultados del tratamiento en las cohortes de casos tratados a nivel de Región donde las tasas de éxito son bajas y las de abandonos son altas, tanto para los casos nuevo pulmonares positivos como para los retratados. Conocemos que muchos son pacientes de difícil tratamiento, pero esto no explica totalmente la situación detectada.
- Garantizar la gestión de medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea para todos los casos de TB .Es necesario eliminar las trabas administrativas que actualmente se presenta sobre todo en el Área Metropolitana.
- Mejorar el procesamiento y entrega de resultados de las baciloscopias y de cultivos eliminando las demoras que actualmente se producen en todas las unidades visitadas.

- Solicitar apoyo técnico para la implementación de un plan de medidas de bioseguridad para el aislamiento de casos TB, en la nueva sala del hospital Santo Tomas y apoyo en la logística de los medicamentos para los casos MDR en este hospital.
- Reforzar el control de los contactos en lo referente a lograr el máximo de personas examinadas tanto en niños como en los mayores de 15 años.
- Mejorar la situación del almacén nacional de medicamentos e insumos donde las condiciones actuales no permiten garantizar la calidad y conservación de los mismos.
- Priorizar la situación del control de la TB en los centros penales y en específico la Joya y la Joyita, mejorando las condiciones del Centro de salud encargado de la atención de los TB de ambos centros .Se precisa de una mejor coordinación con los organismos involucrados.

ANEXO 3:**INFORME DE MISION DE MONITOREO AL PROGRAMA DE TB DE LA REGION DE COLÓN**

(28 al 30 enero 2014)

Información General:

Colón es la tercera provincia de Panamá en población (259.341 habitantes para el 2013) y densidad poblacional (56 hab/km²) después de las provincias de Panamá y Chiriquí.

Consta de 5 distritos, 40 corregimientos y 528 lugares poblados.

La infraestructura sanitaria está conformada como se ve en la tabla. De los centros, sub-centros y puestos, 8 no están en funcionamiento (los establecimientos del distrito de Colón están incluidos en los de la provincia).

ESTABLECIMIENTO	Provincia Colón	Distrito Colón
CSS: Hospital CSS	1	1
Policlínica	3	3
ULAPS	1	
MINSA: Policentro	1	1
Centro penitenciario	1	1
Centro de rehabilitación	1	1
Centros de salud	12	6
Sub centros	13	7
Puestos	41	10
Laboratorio de referencia	1	1

Se visitaron los siguientes establecimientos:

- Programa regional de TB
- Laboratorio de Referencia de TB
- Hospital Manuel Amador Guerrero + Lab (acopio)
- Policlínica Dr. Hugo Espadafora + lab y farmacia
- Centro de Salud Patricia Duncan + lab (acopio)
- Clínica TARV
- Centro Penitenciario Nueva Esperanza

Equipo que visita la provincia

- Dr. Víctor Mejía: VIH OPS/OMS PAN
- Lic Carmen Lange: Epidemióloga del MINSa
- Dra. Anna Volz: TB OPS/OMS WDC

Equipo visitado:

- Dr. Aurelio Pineda, Director Regional de salud de Colón
- Dra Ana Michel de Chávez: Coordinadora regional del PNT
- Dr Julio Alexis Palacios Epidemiólogo regional
- Lic Odemary Luque enfermera supervisora del PNT regional
- Lic Geidy Cañate Coordinadora de los laboratorios MINSa-CSS
- Lic Laura Soliz: Lab Regional
- Dr Rosas Chávez: Epidemiólogo del Hospital Amador Guerrero
- Dr Publio DeGracia: Jefe epidemiología del Hospital
- Dr Carmelo Donato: Director de la Policlínica Dr. Hugo Espadafora
- Dr William Terán médico del PNT en Policlínica Dr. Hugo Espadafora
- Lic Concepción Garcia, Lic Alejandra Pino y Lic Felicia Perez de la Policlínica
- Lic Víctor Racero: jefe de laboratorio de Policlínica Dr. Hugo Espadafora
- Lic Yovinka Garibaldi encargada de epidemiología del laboratorio de Policlínica Dr. Hugo Espadafora
- Farm Mirna Córdova: Jefa farmacia policlínica Dr. Hugo Espadafora
- Dr Bartolo Cisneros Coordinador del Programa TB del CS Patricia Duncan
- Lic Isolina Martinez: enfermera de TB de CS Patricia Duncan
- Lic. Lilian Hins: enfermera de Clínica TARV
- Dr Jose Antonio Muñoz: Director encargado en Centro Penitenciario
- Lic. Lérica Soto: enfermera CP
- Dra Daniela Ávila: Odontóloga
- Dr Miguel Rodriguez: medico CP
- Dr Juan Rodriguez: medico CP

Situación epidemiológica de la TB en la Provincia de Colón para el 2013:

Situación TB y TB-MDR

No se pudo calcular la programación de detección de SR por no contar con el número de consultas del año, esto no permite evaluar si la detección es baja o no.

Se registraron 914 SR en libros de baciloscopia de laboratorio basados en el número de primeras muestras realizadas (se desconoce cuántos SR llegan a consulta porque no se maneja libro de SR).

Variable	Número	%	Comentario
# SR captados	914		9,2 SR/TBP(+)
# baciloscopias de diagnostico	1826		2 baciloscopias por SR (Norma 3/SR)
TBP+ nuevos	102	65,5%	Inc TBP(+): 39,5/100000 hab
TBTF nuevos	157	82,6%	Inc TBTF: 60,8/100.000 hab
TBP retratados	33		
Casos MDR	7		

Análisis de cohorte TB sensible:

El 2012 se notificaron 88 casos nuevos con TBP (+): 46,6% de curación, 38,6 tratamiento terminado, 7,9 perdido en el seguimiento, 4,5% fallecidos y 1% fracaso. Hubieron además 33 casos previamente tratados con esquema 2, con 48% de éxito, 36% abandono y 9% de fallecidos. En el seguimiento bacteriológico de los casos nuevos el 36% no tuvo baciloscopia de control para pasar a la segunda fase.

Comentario: alto porcentaje de casos que terminan sin baciloscopia entre pacientes con TBP (+), alto porcentaje de abandonos que requieren de estrategias para disminuirlo. Deben cumplir con la Normativa del país.

Situación de TB-MDR

La Norma de TB determina las poblaciones en riesgo de MDR a quienes se debe solicitar cultivo y pruebas de sensibilidad, sin embargo el 2013 se tiene la información de la realización de 53 cultivos, (desconocemos si se realizaron para descarte de TB-MDR). El laboratorio de referencia nacional muestra que el 2013 hubo solo un caso de MDR en su presentación, pero el laboratorio de Colón identifica 7 casos y nosotros encontrando 6 pacientes registrados que incluye casos que pertenecen a otros años, Desde el 2001 se han diagnosticado 36 casos (igual cantidad que en Prov. Panamá que tiene 7 veces la población de Colón).

De los 6 casos con MDR registrados, se revisaron los expedientes clínicos de 4, encontrándose que 3 (de 24, 25 y 43 años de edad) están actualmente sin tratamiento desde mediados del año pasado, en estado caquético, con contactos menores de 5 años. Solo un caso completó 18 meses de tratamiento con esquema estandarizado, con tres cultivos negativos en la segunda fase con intervalo de al menos 30 días y que ahora le están administrando hasta que complete 24 meses, Levofloxacin y Isoniacida por indicación del neumólogo (Policlínica Dr. H. Espadafora).

Situación TB/VIH

El 2013 de los 190 casos de TB ingresados, 29 ya llegaron con resultados positivo. Se aplicó la prueba en 125 de los 161 casos sin prueba encontrándose 6 casos más. De los 35 casos, 27 eran casos nuevos de TB y 7 de retratamiento. Solo 3 iniciaron TAR y 1 (<5ª) la TPI. No se notificaron casos de embarazo con la coinfección. Entre las condiciones asociadas a TB más frecuentes se encuentran el VIH, la drogadicción, la diabetes y el alcoholismo.

Desde el 1985 al 2011 se han detectado 1878 casos confirmados con VIH, con 1313 que ya han fallecido. La transmisión fue principalmente sexual en el 98,4%, perinatal en el 3,5% y 0,4 por sangre. El 2012 tuvieron una tasa de Sida de 420/100.000 hab y de VIH de 510/100.000 hab. Manejaron 858 casos (100 de ellos nuevos), 517 iniciaron TARV (60%), no se evidencia cuantos están con TPC, no se administra TPI.

Variable	Número	%
Casos TB con VIH (+) previa	29	
Casos TB con Prueba VIH	125/161	
VIH(+) nuevos diagnosticados	6	75,6
VIH(+) Total	35/190	18,5

Gestión de Medicamentos:

La situación del manejo de medicamentos para TB es crítica, se reportó existencia provincial de medicamentos de primera línea solo para iniciar tratamiento a 6 pacientes con esquema 1 y para 32 segundas fases. Para pacientes con MDR están sin existencias desde el año pasado. Se informa que están llegando los medicamentos pero no son esquemas completos, de manera que no pueden hacer nada. Se visitó solo el almacén de medicamentos de la Policlínica, encontrándose que los mismos están en una gaveta de la licenciada a cargo, en un ambiente sin control de temperatura y no se maneja kárdex.

Lugares visitados:

Hospital Amador Guerrero y Laboratorio: sin población asignada porque es centro de referencia de la región de Colón.

Se realiza triage al ingreso a la sala de espera de consulta donde el médico responsable maneja sistema de categorización en relación a la gravedad basada en signos y no síntomas. Si el paciente viene con tos y fiebre es calificado como no grave y remitido a su CS de primer nivel; si viene con tos y dificultad respiratoria, es remitido para valoración, si se sospecha TB se deriva para exámenes y hospitalización. Ningún paciente con tos permanece en la sala de espera más de 5 minutos. En el área de emergencia, donde los pacientes pueden estar hasta 48 horas en espera de cama, no tienen sistema de CI ni aislamiento respiratorio, comparten el área todas las edades.

En hospitalización se identificó un paciente de tercera edad hospitalizado con compromiso de la conciencia, con antecedentes de TB el 2011, sin baciloscopia de diagnóstico, con tratamiento de R+H+Z y Amikacina (14 días) por infección urinaria.

Comentario: el sistema de triage es adecuado pero debería adecuarse a no rechazar SR (tos de más de 15 días). Las salas de emergencia deberían contar con sistema de control de infecciones. No se deben usar medicamentos de segunda línea en pacientes con antecedentes de TB, hasta demostrar que no estén activos.

Policlínica Dr. Hugo Espadafora: población atendida 140.000 hab

Se visita el programa de TB ubicado en el 3er piso del establecimiento, requiriéndose pasar por pasillos llenos de gente. El ambiente es inadecuado para manejo de pacientes, no tiene sistema de Control de Infecciones. No se maneja programación, tiene población asignada pero cubre áreas de otros establecimientos que están en reparación.

No se realiza tratamiento supervisando, se entregan los medicamentos semanalmente tanto en pacientes sensibles como en MDR. Es un establecimiento de acopio de muestras, aunque el medico expresa que la inquietud principal del director es contar con un laboratorio para lectura de baciloscopias.

Durante el 2013 han manejado 67 casos con TB (57 nuevos) y 12 casos con TB/VIH y 4 casos de MDR. Sobre su población asignada su incidencia de TB seria de 40,1 por 100.000 hab y 18% de coinfección. Se hace control con baciloscopia mensual y cultivo a los que ingresan, no se tiene información de cuantos son resistentes.

Comentario: prácticamente la mitad de los casos con TB “sensible” son vistos en este establecimiento y el 66% de los casos con MDR de Colón. El personal de enfermería está motivado, de manera que es inadmisibile que haya un porcentaje tan alto de casos que no reciban el tratamiento supervisado. Las oficinas del PNT (porque esos ambientes no corresponden a un consultorio) deberían cambiarse a un área más accesible y con mayor ventilación donde se pueda ver a los pacientes, hacerles seguimiento y cumplir con las Normas.

Centro de Salud Patricia Duncan + laboratorio (acopio): población asignada 23,352, pero atiende a 15,957 habitantes más de otro centro que rechaza pacientes de TB.

Establecimiento con múltiples afiches referentes a TB. El 2013 registraron 530 SR y manejaron 57 casos de TB (44 nuevos), Incidencia de TBP 112/100.000. 13 casos previamente tratados. Tienen un caso MDR que esta sin tratamiento desde agosto 2013.

Se hace control bacteriológico mensual a casi todos los pacientes. Aplicaron prueba para VIH a 28 de los 29 casos de su área, detectaron 6 con VIH (21,4% de TB/VIH), 1 inicio TAR. El tratamiento es supervisado en el 100%, el área de espera en muy ventilada. Estudio de contactos se realiza parcialmente por ser zona peligrosa.

Comentario. La zona tiene una incidencia alarmante de TB en relación a Colón y al país. Personal de enfermería (1) muy motivada pero sobrecargada con el trabajo. Se hace buen seguimiento a los pacientes y el ambiente es adecuado para el manejo de casos con TB.

Clínica TARV:

Con instalaciones adecuadas pero sin control de infecciones. No existe ningún afiche alusivo a TB, el personal de enfermería desconoce la existencia de algoritmos para el descarte de TB. No se inicia TPI porque no tienen PPD ni infectólogo para que lo decida. Si un caso con VIH llega con síntomas sugerentes de TB, se solicita baciloscopia, si es positiva se refiere a un centro de salud para su tratamiento.

La enfermera refiere que desde hace dos semanas están sin TARV los no asegurados. Se ha iniciado el tratamiento con la presentación triasociada, pero según palabras de la enfermera, la mayoría de los casos son resistentes a los medicamentos de esta presentación.

Comentario: se debe trabajar sobre las actividades colaborativas de TB/VIH para el inicio oportuno de la TPC y TPI

Centro Penitenciario Nueva Esperanza: capacidad 1000 internos, actualmente 1290 (índice de hacinamiento 129%)

No existe búsqueda de casos al ingreso ni durante la internación, solo es demanda pasiva. Actualmente 2 casos en tratamiento, no se hace tratamiento supervisado, se entrega semanalmente. El 2013 tuvieron 6 casos (Incidencia TB 488/100.000 hab), no existe aislamiento. Tuvieron 1 recaída de TB con VIH. No se realiza visitas de salud al interior por el riesgo personal.

Se visitó el área de mujeres, condiciones muy precarias de vivienda, comparten un solo ambiente, se vio ratas caminando.

Comentarios: difícil comentar, al menos se debería buscar SR al ingreso y recolectar muestra en ese momento como lo hacen otros recintos penitenciarios en iguales condiciones de peligrosidad.

Laboratorio de Referencia de TB

Se realizan Baciloscopias: frotis tinción de Ziehl-Neelsen y Cultivo: a partir del mes de Marzo de 2012 en Medio líquido MGIT (caldo Middlebrook modificado con indicador de crecimiento micobacteriano) y en Medio sólido Löwenstein-Jensen. Además la Tipificación de complejo *Mycobacterium tuberculosis* por Ag MPT64.

El ambiente es compartido entre el Ministerio y la CSS (dos días para cada uno), tiempo en que deben realizar sus extendidos y los cultivos. La campana de flujo laminar no tiene certificación y no hay sistema de recambio de aire. El 2013 se realizaron 2506 baciloscopias (1826 de diagnóstico con 141(+), % de positividad 7,7%), 13 baciloscopias por día laboral. Se realizaron 144 cultivos.

Comentario: Este es el único laboratorio para la provincia, de manera que la relación por habitantes es de 0,38 cuando debería ser 1 para 100.000 hab. Por lo que debería habilitarse al menos 1 laboratorio más, debería certificarse la campana y adecuar las medidas de bioseguridad.

FORTALEZAS:

1. Existe el Programa de TB establecido con personal capacitado
2. Amplio apoyo y compromiso por epidemiología del MINSA en Colón
3. Existen alianzas estables principalmente con la CSS que tiene alta cobertura incluyendo a los pacientes con TB que no estén asegurados
4. Los pacientes tienen cobertura de atención gratuita tanto en servicios del MINSA como de la CSS
5. Personal de enfermería comprometido tanto en el MINSA como en la CSS

RETOS:

1. No se aplica metodología de programación por lo que se desconoce si las actividades de búsqueda de casos es adecuada o no
2. Los servicios no manejan su población asignada, están atendiendo poblaciones de otras áreas lo que sobrecarga el trabajo en algunos servicios.
3. No se maneja libro de Sintomáticos Respiratorios que es parte del manejo estandarizado de la información en la Región de las Américas.
4. Baja capacidad de baciloscopias con un solo laboratorio para toda la población (0,38), de manera que la cobertura de baciloscopias en el seguimiento es muy baja.
5. No se aplica el tratamiento supervisado ni en casos de TB sensible ni en MDR en la policlínica de la CSS que es la que maneja 4 de los 6 casos de MDR y al 60% de los casos de TB de la provincia.
6. No se evidencia un programa de gestión de medicamentos para TB, desabastecimiento total en medicamentos de segunda línea y en alto riesgo para primera línea.

7. Establecimientos sin control de infecciones que incluye el hospital en el área de emergencia y de triage, aunque en este último utilizan método de selección rápida de pacientes con síntomas respiratorios.
8. No se evidencian actividades de despistaje de TB en la clínica de VIH y utilizan guías que establecen la necesidad de DDP para el descarte de TB y la necesidad de Infectólogo.
9. No hay búsqueda de SR ni de casos de TB y VIH en la cárcel que se visitó.
10. Poca búsqueda de contactos.

RECOMENDACIONES:

1. Incluir en la normativa que está en revisión, la metodología de programación de detección de SR y establecer claramente las metas.
2. Coordinar con el área de servicios, que se respeten las poblaciones asignadas para la atención de los sintomáticos respiratorios y manejo de casos.
3. Reintroducir el manejo de libro de Sintomáticos respiratorios para evaluar el desempeño del programa de TB en los servicios.
4. Fortalecer laboratorio: El laboratorio de referencia es el único para la provincia, de manera que la relación por habitantes es de 0,38 cuando debería ser 1 para 100.000 hab.
 - a. Coordinar con la unidad de laboratorios y la sociedad de farmacología y bioquímica la capacitación al personal técnico sobre el nivel de seguridad de la realización de baciloscopias para que revisen sus exigencias
 - b. Habilitar tres laboratorios para baciloscopias
 - c. Que el laboratorio de referencia se dedique a cultivos según lo establecido por la normativa (la demanda actual es muy baja) para la solicitud de PSD y el control de calidad de los laboratorios que hagan baciloscopia.
 - d. Debería certificarse la campana y adecuar las medidas de bioseguridad.
5. El sistema de triage en el hospital es una metodología interesante para clasificar pacientes pero debería adecuarse para no rechazar SR (tos más de 15 días) que no tengan patología de riesgo de muerte.
6. Es urgente la implementación del control de infecciones en las salas de emergencia del hospital como en la policlínica visitada, en esta última se debe trasladar la consulta de TB al primer piso, a un área con mejor ventilación.

7. Todos los pacientes deben recibir tratamiento supervisado, las estrategias de DOTS familiar y/o comunitario son excepciones y no debería ser la regla como en la policlínica.
8. Al programa de VIH: Coordinar entre TB y VIH para implementar las actividades de colaboración en el programa de VIH. TB está aplicando las pruebas de VIH, pero VIH no está buscando TB, ni aplica TPI. Se deben actualizar las Guías de VIH y establecer algoritmos.
9. En prisiones, se debe implementar medidas de búsqueda de SR al ingreso y recolectar muestra para baciloscopia en ese momento.
10. Establecer estrategias para el seguimiento de pacientes y disminuir los abandonos y para investigar a contactos.

ANEXO 4:

INFORME DE MISION DE MONITOREO AL PROGRAMA DE TB A LA REGIÓN DE GUNA YALA

(28 a 30 de Enero de 2014)

OBJETIVOS:

- Conocer la situación epidemiológica de la Tuberculosis y operacional del Programa de Control de la enfermedad.
- Evaluar las actividades de control de la tuberculosis sensible a medicamentos y la Implementación de la Estrategia “Alto a la TB”.
- Evaluar el manejo clínico y programático de la TB-MDR.

PARTICIPANTES:

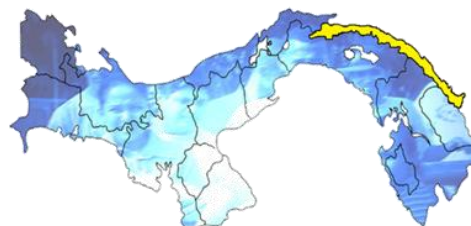
1. Dr. Jorge E. Victoria R. (Asesor Subregional para Centroamérica en Prevención y Control de Tuberculosis-OPS)
2. Lic. Clarita Torres (Enfermera del Programa Nacional de Tuberculosis de Panamá- Ministerio de Salud)
3. Dr. Arístides López Salazar (Médico Coordinador Programa TB Región de Salud de Guna Yala)
4. Lic. Leonidas Troncoso (Enfermero Programa TB Región de Salud de Guna Yala)
5. Lic. Baudilio Escobar (Responsable Red de Laboratorio de TB Región de Salud de Guna Yala)

LUGARES VISITADOS:

1. Hospital de Ailigandí
2. Centro de Salud de Narganá
3. Centro de Salud de Río Sidra
4. Centro de Salud Cartí

GENERALIDADES:

Guna Yala es una comarca indígena en Panamá, habitada por la etnia Guna. Su capital es El Porvenir. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con la provincia de Darién y la comarca Emberá Wounnan, al este con Colombia y al oeste con la provincia de Colón.



Posee un área de 2.357 km². Consiste en una franja estrecha de tierra de 373 km de largo en la costa este del Caribe panameño, bordeando la provincia de Darién y Colombia. Un archipiélago de 365 islas rodea la costa, de las cuales 59 están habitadas.

La Comarca tiene 4 corregimientos: Narganá, Ailigandí, Tubuala y Puerto Obaldía; y 8 Áreas Sanitarias: Cartí, Río Sidra, Narganá, Playón Chico, Ailigandí, Ustupu, Mulatupu y Puerto Obaldía.

De acuerdo con las proyecciones del Ministerio de Salud la población de la comarca para el 2013 es de 40.733 habitantes, de los cuales 19.718 son hombres (48%) y 21.015 son mujeres (52%). El 40% de la población es menor de 15 años.

En toda la Comarca existen 20 instalaciones de salud (1 hospital Regional, 1 hospital rural, 6 centros de salud, 6 subcentros de salud y 6 puestos de salud).

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA CONTROL DE TB:

En la Región de Guna Yala se inició la estrategia “TAES” (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), en el año 2003 y su extensión en toda la Región se realizó hacia mayo de 2004, a través de un proceso amplio de diagnóstico de situación y capacitación a todo el personal del nivel local y regional. Entre el 2003 y el 2006 ésta región fue beneficiada por el Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención, Atención y Control de la Tuberculosis en poblaciones de pobreza, extrema pobreza y comunidades indígenas de Panamá del Fondo Mundial; desarrollado en estrecha sinergia con el Proyecto de la Fundación Damián de Bélgica, organismo internacional que también colaboró técnica y económicamente a la implementación y consolidación de la estrategia TAES.

Entre los logros más importantes de estos proyectos, están la creación de un Programa Modelo para las Comarcas Indígenas en la Educación de Pares, la capacitación del personal de salud y promotores en la estrategia TAES, la habilitación de cinco centros diagnósticos de TB: Centro de Salud de Cartí, Río Sidra, Playón Chico, Puerto Obaldía y Mulatupu, elevando a ocho los centros con capacidad de hacer baciloscopía; la formación y contratación de cuatro baciloscopistas indígenas para laborar en los centros diagnósticos, dotación de cuatro lanchas de fibra de vidrio, cuatro motores fuera de borda y diez cayucos para la red de transporte. Además, se implementó un programa de incentivo, en la que se proporcionaba bolsas de comida para los promotores formados.

Finalizado el proyecto, se definieron una serie de compromisos para la sostenibilidad de las intervenciones: la incorporación de los promotores baciloscopistas en la planilla estatal, el fortalecimiento del equipo técnico, la inducción continúa a los funcionarios que ingresen al sistema, entre otros. A la fecha, estos compromisos no han sido cumplidos en su totalidad.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA:

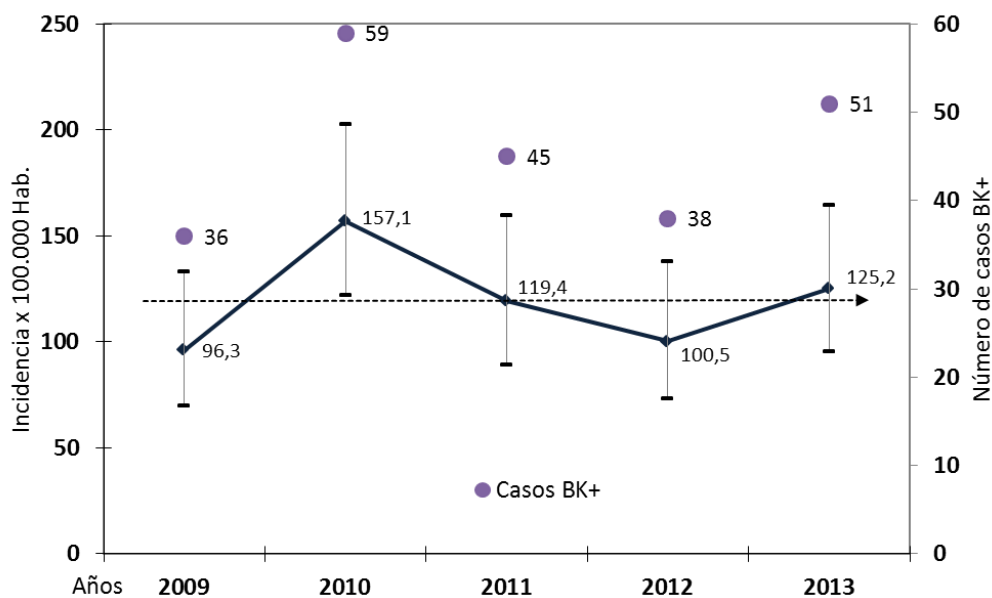
Actualmente en la Comarca de Guna Yala, la Tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública. En el 2013 se registraron 97 casos de TB todas las formas, para una tasa de **incidencia** de 238,1 casos por 100.000 habitantes; casi 6 veces más que la tasa nacional. En la forma Pulmonar bacilífera, Guna Yala en 2013 también superó la incidencia nacional de TB, con 125,2 casos por 100.000 habitantes; 6 veces más riesgo de enfermar por esta forma de TB, que la que tiene el resto del país.

La **tendencia** de la incidencia de TB bacilífera ha sido estacionaria en los últimos 5 años, como se aprecia en la Gráfica 1.

El área de salud que más casos aporta (25% del total) es Ailigandí, con 16 casos. Gráfica 2.

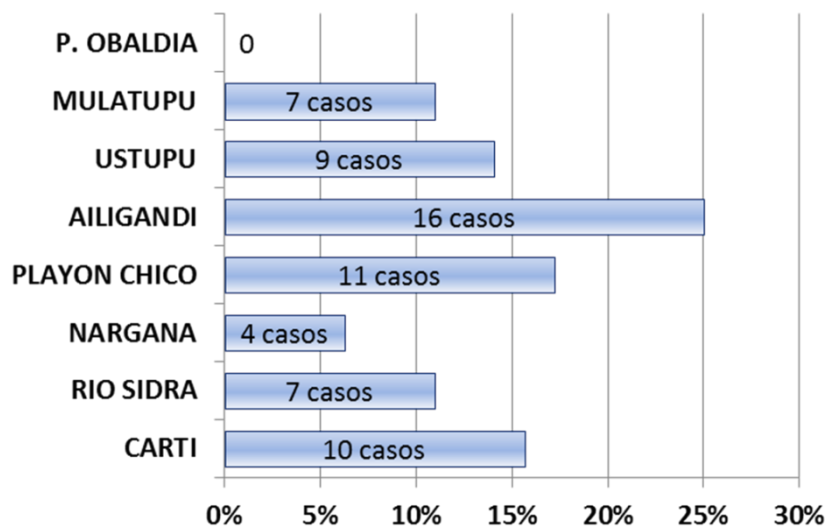
En relación a la **mortalidad** por TB, la región de Guna Yala ha mostrado cierta tendencia al descenso, sin embargo esto puede obedecer a que se ha afinado el registro de causas de muerte por parte de los funcionarios del Registro Civil que antiguamente sobrediagnosticaban la Tuberculosis como causa de muerte (Gráfica 3).

Gráfica 1. Incidencia de Casos Bacilíferos. Comarca Guna Yala 2009-2013

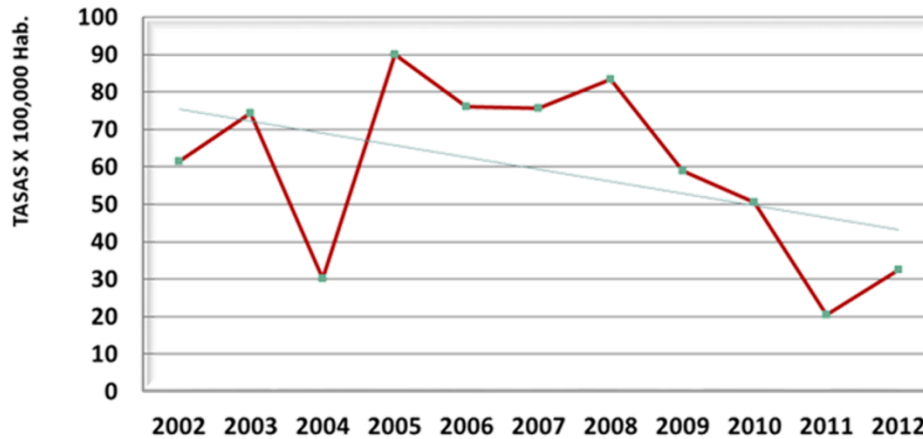


Fuente: Programa Control de TB de Guna Yala

Gráfica 2. Casos de TB según Áreas de Salud. Comarca Guna Yala, Año 2012

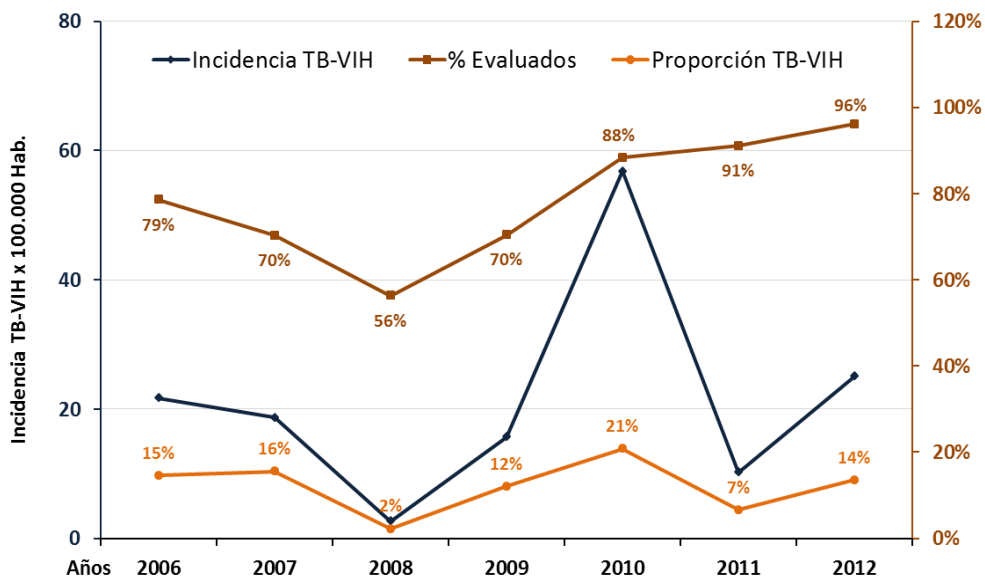


Gráfica 3. Mortalidad por TB. Comarca Guna Yala, 2002-2012



El trabajo colaborativo entre TB y **VIH** ha venido mejorando en los últimos años, pasando de un 56% de pacientes de TB evaluados con prueba de VIH en el 2008 a un 96% en el año 2012. La proporción de TB-VIH se ha mantenido estable en alrededor del 15%. La incidencia de la coinfección TB-VIH muestra una leve tendencia al aumento, pero no es significativa desde el punto de vista estadístico (Gráfica 4).

Gráfica 4. Búsqueda de VIH en pacientes con TB y proporción de coinfección TB-VIH. Comarca Guna Yala, 2006-2012



En la Comarca, a la fecha, no se han detectado ni reportado casos de **TB-MDR**.

SITUACION OPERACIONAL:

La Detección de Sintomáticos Respiratorios está basada en el 1% de la consulta médica mayor de 15 años, lo cual da un porcentaje de detección de Sintomáticos Respiratorios del 84% para la Comarca con valores hasta del 139% (Hospital de Ailigandí), pero con porcentajes de positividad a la baciloscopia muy altos (17% para la Comarca), lo cual hace pensar que es bajo el parámetro del 1% de programación de Sintomáticos Respiratorios y que adicionalmente hay que hacer más esfuerzos para detectar más tempranamente a los sintomáticos y por ende a las fuentes de infección (Tabla 1).

Tabla 1. Sintomáticos respiratorios identificados, examinados y positividad. Comarca Guna Yala, Año 2013

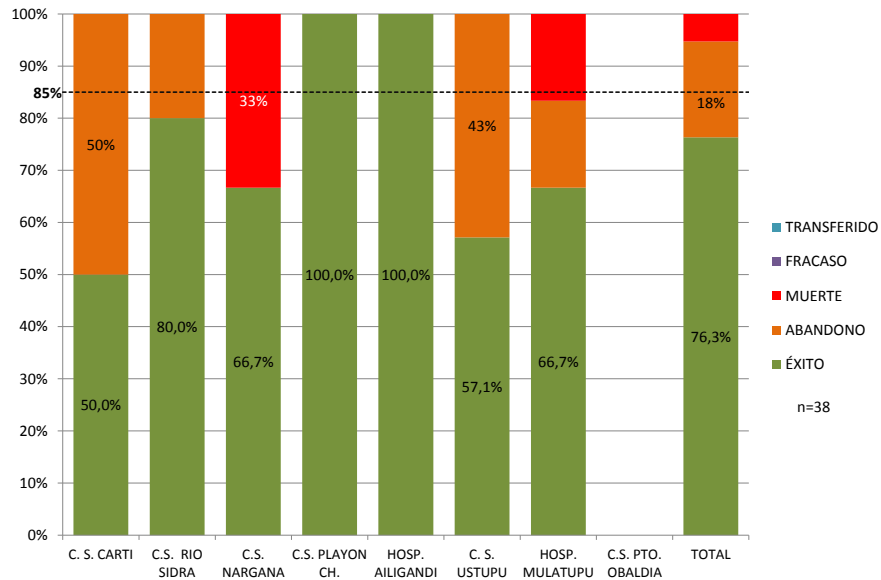
AREA SANITARIA	Consultas Año 2013	SINT. RESP.			BACILOSCOPIAS DIAGNOSTICAS				CASOS	
		ESTI-MADOS	IDENTI-FICADOS	%	A REALIZAR	REALI-ZADAS	%	PROMEDIO	BK +	POSITI-VIDAD
CARTI	7.782	78	92	118%	156	152	97%	1,7	20	22%
RIO SIDRA	3.158	32	0	0%	64	0	0%	-	0	-
NARGANA	4.703	48	32	67%	96	63	66%	2,0	7	22%
PLAYON CH.	5.202	52	33	63%	104	64	62%	1,9	7	21%
AILIGANDI	7.371	74	103	139%	148	189	128%	1,8	16	16%
USTUPU	3.958	40	26	65%	80	47	59%	1,8	2	8%
MULATUPU	4.443	44	46	105%	88	92	105%	2,0	4	9%
OBALDIA	2.647	26	0	0%	52	0	0%	-	0	-
TOTAL	39.264	394	332	84%	788	607	77%	1,8	56	17%

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO:**ANÁLISIS DE COHORTE DE LA COMARCA.**

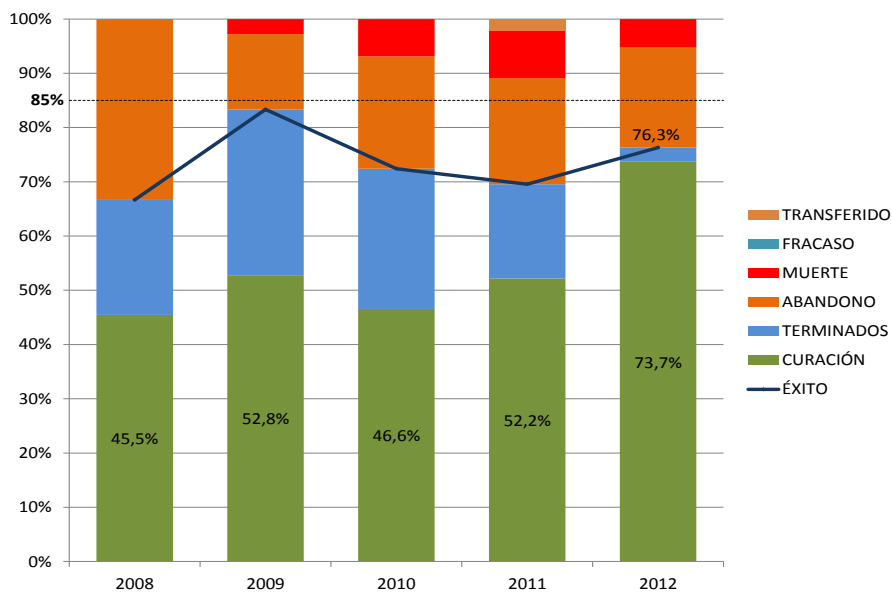
Durante al año 2012 se registró un total de 38 casos nuevos BK positivos, los cuales iniciaron tratamiento acortado supervisado. El análisis de los resultados de tratamiento de esta cohorte de casos bacilíferos mostró que 29 pacientes se curaron (73,7%), a 1 paciente no se le hizo prueba baciloscópica al final de su tratamiento (2,6%), lo que da un porcentaje de éxito del tratamiento en la comarca del 76,3%, aún por debajo de la meta esperada del 85%, sin embargo se observa que ha habido esfuerzos importantes en la región pues el porcentaje de curación ha ido mejorando en los últimos años, pasando del 46,6% en 2010 a 73,7% en 2012, con una reducción de los tratamientos terminados.

A pesar de eso, el abandono continua muy alto en la comarca, con un porcentaje del 18%, el cual está dado principalmente por la cohorte del Centro de Salud de Cartí, donde la mitad de sus casos abandonaron el tratamiento, seguido del Centro de Salud de Narganá donde el abandono fue del 33% de sus pacientes. Ver Gráficas 4 y 5.

Gráfica 4. Análisis de Cohorte de Casos Nuevos BK Positivos de la Comarca Guna Yala según institución de salud durante el año 2012



Gráfica 5. Análisis de Cohorte de Casos Nuevos BK Positivos de la Comarca Guna Yala años 2008-2012



RED DE LABORATORIO:

Corresponde a laboratorio de diagnóstico de primer nivel (solo realizan baciloscopias). Si se requiere de cultivo u otras pruebas hasta que enviar la muestra hasta Panamá. En la zona existen 8 lugares en los que se pueden realizar baciloscopias, sin embargo en 2 de ellos no se dispone de personal para ello (Puerto Obaldía y Ríos Sidra).

PRINCIPALES FORTALEZAS:

1. En toda la Comarca hay personal de salud capacitado y altamente comprometido con las actividades del Programa de Tuberculosis.
2. Existe una Red de Instituciones de Salud que da cobertura a toda la Comarca.
3. En la mayoría de las instalaciones de salud existen laboratorios que pueden procesar baciloscopias.
4. El Sistema de Registro e Información se lleva adecuadamente.
5. El Tratamiento es supervisado.

6. Hay coordinación entre Coordinación VIH y TB y se le están pidiendo y realizando pruebas rápidas de diagnóstico de VIH a los pacientes con Tuberculosis.
7. A los enfermos de Tuberculosis se les suministra un complemento nutricional de alto valor proteico.
8. Hay adecuada disponibilidad de insumos de laboratorio y de medicamentos.
9. Se cuenta con un equipo de Rayos X en el Hospital de Ailigandí.

PRINCIPALES DESAFÍOS / DEBILIDADES:

1. Necesidad de Laboratorio y Personal entrenado para Río Sidra y Puerto Obaldía.
2. Suministro permanente de energía eléctrica en las instalaciones de salud.
3. Mantener adecuadas condiciones de temperatura y humedad en depósitos de medicamentos.
4. Disponibilidad de combustible para desplazamientos y traslado de pacientes, muestras, insumos y medicamentos.
5. No hay equipos extramurales.
6. Detección de casos deficiente y con una meta baja.
7. Alto abandono.
8. Necesidad de capacitación a todo el personal de la zona.
9. Dificultades en la comunicación en la zona (no hay señal de celular, ni Internet, ni radios de comunicación).
10. Necesidad de técnico en Rayos X para el Hospital de Ailigandí.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES:

1. Asignar técnicos de laboratorio para Río Sidra y Obaldía, y un técnico de Rayos X para el Hospital de Ailigandí.
2. Ideal disponer de Xpert® MTB/RIF en Ailigandí y Cartí.
3. Garantizar suministro permanente de energía eléctrica en todas las instalaciones de salud de la comarca.
4. Mejorar las condiciones de temperatura y humedad en depósitos de medicamentos.
5. Garantizar el combustible requerido para desplazamientos y traslado de muestras y pacientes.
6. Promover la conformación de equipos extramurales con la participación de la comunidad.
7. Implementar estrategias de captación de Sintomáticos Respiratorios.
8. Estudiar alternativas para reducir el abandono.
9. Actividades periódicas de capacitación a todo el personal de la zona.
10. Implementar una Red de radiocomunicaciones en la zona con participación de la comunidad.
11. Implementar estrategias de captación de Sintomáticos Respiratorios.
12. Estudiar alternativas para reducir el abandono.
13. Actividades periódicas de capacitación a todo el personal de la zona.

ANEXO 5:

SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION

5.1-FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Instalaciones de Salud. MINSA C.S.S y Sector Privado de Salud del País.
- Laboratorios Públicos - Privados.
- La Comunidad

5.2-REGISTROS DE INFORMACIÓN

- Formulario de solicitud de Baciloscopia.
- Cuaderno de Registro de Laboratorio.
- Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública
- Cuaderno de Registro de Casos del Programa.
- Tarjeta de Registro y Seguimiento de tratamiento.

5.3-RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Cronograma Trimestral Anual.
- El Nivel local genera la información.
- El Nivel Regional recopila la información por instalación de Salud.
- El Nivel Nacional recopila la información por Región de Salud.

5.4-SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE LOS CASOS MDR

- El equipo local del PCTB es el responsable de detectar los casos presuntivos Multidrogoresistente
- Definir el diagnóstico, notificarlo, administrar el tratamiento supervisado.
- Dar el seguimiento una vez sea indicado por la Comisión Técnica Nacional para el Manejo de los casos Fármaco resistentes.
- Envío de resumen de la historia clínica.
- Diagnóstico confirmado mediante cultivo y prueba de sensibilidad a medicamentos por laboratorio Central de Referencia en Salud Pública.
- El tratamiento debe ser indicado por los especialistas neumólogos en coordinación con los responsables del Programa Nacional y la Comisión Técnica Nacional
- Selección del esquema ideal de tratamiento: Dependerá de la prueba de sensibilidad de la droga.
- Seguimiento mensual con baciloscopia y cultivo.
- Seguimiento del caso por especialista por lo menos cada tres meses y mensual por el médico de la instalación. Control con equipo de salud multidisciplinario

- Se inicia el proceso para la entrega de medicamentos, por medio de solicitud de la Coordinación Regional al Nacional
- Trimestralmente se entrega por el Nivel Regional copia de tarjeta de tratamiento a el Nivel Nacional.
- La información está en una base de datos en Excel.
- El Laboratorio Central de Referencia envía por correo electrónico los resultados de cultivos y sensibilidad a la Coordinación Nacional y Regional

ANEXO 6:

Implementación de las actividades colaborativas TB/VIH. Plan Nacional de Actividades colaborativas

HALLAZGOS:

En el Plan Nacional tiene como elementos básicos:

1. Elaborar estrategias Conjuntas VIH/TB (Se ha elaborado el Plan Conjunto)
2. Crear un ente coordinador TB/VIH en todos los niveles (Se logró la asignación de un coordinador para VIH en aquellas regiones que no lo tenían)

El Plan consta de los tres objetivos siguientes:

Objetivo # 1

- Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH en pacientes con TB
- Planificar conjuntamente las actividades TB/VIH
- Monitorear y evaluar las actividades conjuntas

Para el cumplimiento de este objetivo hasta el momento actual, cada programa lo ha venido realizando de manera separada, sin embargo se ha logrado que incorporar al personal del Programa de TB de las Regiones de Salud al proceso de monitoreo y evaluación que realiza el Programa Nacional de VIH/Sida (PNIVS).

Objetivo # 2

- Disminuir la carga de tuberculosis entre personas viviendo con VIH/SIDA
- Establecer la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis: Para el cumplimiento de este objetivo los centros para tratamiento anti retroviral (CTARV) están realizando la toma de baciloscopías a los pacientes con más de 15 días con tos y expectoración.
- Introducir la terapia preventiva con Isoniacida
- Garantizar el control de las infecciones en establecimientos de salud y sitios de congregación

Objetivo # 3

Disminuir la carga del VIH entre las personas con tuberculosis

- Proporcionar asesorías y pruebas para VIH

En este sentido se realizó capacitación a nivel nacional sobre técnicas de asesoría pre y post prueba de VIH, dirigido al personal que atiende a las personas afectadas por el VIH/Sida, en la cual se integró al personal del programa de TB

- Introducir métodos para la prevención de la transmisión del VIH: Cada programa brinda las charlas de prevención a sus pacientes
- Introducir el tratamiento preventivo con Cotrimoxazol: Algunas CTARV reportaron brindar tratamiento profiláctico con Cotrimoxazol a los pacientes hospitalizados únicamente y establecer un sistema de registro, para el reporte de los pacientes que reciben la profilaxis (MonoTARV)

PERSPECTIVAS DE TRABAJO CONJUNTO VIH/TB

- Realizar reuniones periódicas con el programa nacional de Control de la TB para la planificación y seguimiento de las actividades colaborativas
- Entrega de Preservativos para los pacientes coinfectados atendidos por el PNCTB
- Mantener coordinación permanente entre el Programa de TB y VIH
- Programación en conjunto de la compra de los medicamentos para profilaxis
- Realizar MONITOREO Y EVALUACION de manera conjunta

ANEXO 7:

Gestión de Suministro de Medicamentos Programa Nacional de TB, Panamá

- La Sección del Programa de Control de la Tuberculosis pertenece a la Sub-Dirección General de Salud de la Población y a su vez en orden jerárquico a la Dirección General de Salud Pública (nivel operativo ejecutivo). Esta Dirección tiene a su cargo hasta la fecha, la responsabilidad del abastecimiento de medicamentos antifímicos a nivel nacional para todos los pacientes tanto del MINSA, como de la Caja de Seguro Social y clínicas privadas.
- Desde 1997 se llevaron a cabo compras directas de medicamentos combinados a través de La Unión y tramitado por el PNCTB. La última compra 2012-2013, se realizó por el Fondo Estratégico de OMS/OPS, manejado por el Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios, perteneciente a la Dirección de Provisión de Servicios, que incluyen dos dependencias que coordinan con el PNCTB:
(1) Sección de Suministros Médico-Quirúrgicos y Medicamentos y (2) el Almacén Nacional de Insumos Sanitarios.

PROGRAMACIÓN DE NECESIDADES:

- La Sección del PNT selecciona, realiza estimaciones y programa la necesidad de medicamentos antifímicos anualmente.
- Realiza revisión de las necesidades verificando las existencias y si hay pedidos en trámites en el Almacén Nacional de Insumos Sanitarios, conocido también como Depósito Nacional de Medicamentos.
- Se elabora el consolidado con base a las estadísticas anuales y su comportamiento histórico (registro de los datos generales en el PNT), inclusive, el consumo de cada uno de los medicamentos y se envía una nota formal a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Esta Dirección delega al Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios, instancia encargada de elaborar las requisiciones de acuerdo a los grupos terapéuticos y priorización de los productos. El trámite continúa en el Departamento de Compras (Dirección de Administración).
- De los medicamentos de 1ra línea que se compran en La Unión y OPS, se excluyen los fabricados a nivel nacional y los externos con registro sanitario del MINSA.

- Los medicamentos de 2da línea son adquiridos por contratación directa con proveedores internacionales, también se excluyen de la lista aquellos que se compran en Panamá de manera regular para uso hospitalario, así como también, de uso en las instalaciones de primer nivel de atención para el tratamiento de otras patologías. Ejemplo: Amikacina y Levofloxacina.

ADQUISICIÓN Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

La compra se realiza de a las necesidades requeridas y con un presupuesto asignado.

Hay dos tipos de compras:

- Licitación Pública: aquellas con un monto mayor de B/ 30,000
- Compras menores: cuyo monto son menores o igual a B/ 30,000

Los requisitos a cumplir son: administrativos, técnicos y legales.

El “acto público” de compra se realiza con la publicación en la web, mediante uso del portal en “Panamá compra”.

Tiempos de Publicación:

Tipos de Actos Públicos	Denominación	Tiempo de Publicación
Compra menor	Muy Apremiante	2 horas
Compra menor	Apremiante	4 horas
Compra menor	Regular	4 días hábiles
Licitación Pública	Regular	4 días mínimos

Instancias relacionadas al proceso de compras de insumos sanitarios:

- MINSA: Panamá Compra (Portal Web)

Nivel Coordinador

- Comité Nacional de Registro Nacional de Oferentes
- Comité Técnico Nacional Interinstitucional

Nivel de Apoyo

1. Dirección de Administración
 - Departamento de Compras y Proveeduría
 - Sección de Compras de Medicamentos y Otros Insumos Médicos
2. Dirección de Finanzas
 - Departamento de Administración Presupuestaria
 - Departamento Tesorería

Nivel Asesor

-Asesoría Legal

Nivel Político y Directivo

Despacho Superior

Nivel Operativo Ejecutivo

1. Dirección General de Salud Pública
2. Dirección Nacional de Farmacia y Drogas
 - Sección de Control de Calidad
 - Departamento de Registros Sanitarios de Medicamentos
 - Contraloría General de la República
 - Control Fiscal
3. Ministerio de Economía y Finanzas

Tiempo en cada etapa

- El tiempo en cada etapa varía. Depende de los montos. De 1 a 2 días la elaboración de la requisición, pasa por presupuesto (3 días), asesoría legal (días a semanas), etc. Control Fiscal demora semanas con los documentos. Ministerio de Economía y Finanzas igual tiempo y por orden de llegada.
- Resumiendo, la demora depende del monto de la compra: generalmente superior a 3 meses, 4 meses, 6 meses y a veces más tiempo hasta la salida del pago por Tesorería. La llegada de los medicamentos por La Unión posterior al pago demora unas 9 a 12 semanas. Con OPS fue muy largo el proceso (más de 1 año).

Resumen de Procesos de Adquisición y Suministro de Medicamentos

1. Estimación de las necesidades por el PNT
2. Elaboración de la Requisición por la Dirección de Provisión de Servicios
3. Publicación de actos públicos por la Dirección de Administración
4. Acto Público por el Departamento de Compras
5. Evaluación Técnica por Comité Técnico Nacional Interinstitucional
6. Emisión de Resolución de adjudicación por el Departamento de Compras
7. Elaboración de orden de compras o contratos por el Departamento de Compras.
8. Firmas correspondientes autorizando la orden.

9. Consecución del cheque por Control Fiscal.
10. Pago de la compra por el Departamento de Tesorería.
11. Adquisición del bien (Entrega de la orden de compra al proveedor. El tiempo de entrega depende del monto de la compra, del convenio marco y según necesidades).
12. Entrega de la compra al Depósito Central de Medicamentos
13. Inventario y Notificación al Programa TB
14. Distribución trimestral y semestral a las Regiones de Salud, de acuerdo a directrices del PNTB.

Se estima que en el proceso de adquisición y suministro de medicamentos, hay que cumplir alrededor de 28 pasos. Actualmente el Despacho superior ha reformulado este proceso para agilizar el trámite de compras titulado “Programa misión crítica”.

BASE LEGAL PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS

- ✓ Ley no. 22 de 27 de junio de 2006 “sobre contrataciones públicas del estado” y su reglamentación (decreto ejecutivo no. 366 de 28 de diciembre de 2006).
- ✓ Ley no. 1 de 10 de enero de 2001, sobre medicamentos y otros productos para la salud humana y sus reglamentaciones.
 - Decreto ejecutivo 178 de 12 de julio de 2001
 - Decreto ejecutivo 105 de 15 de abril de 2003
 - Decreto ejecutivo 65 del 06 de mayo de 2002
 - Decreto ejecutivo 421 de 24 de noviembre de 2004
 - Resolución ministerial no. 81 de 29 de abril de 2005
 - Resolución ministerial no. 421 del 13 de diciembre de 2005
 - Resolución ministerial no. 186 del 27 de junio de 2006
- ✓ Ley no. 11 de 23 de julio de 1987 y sus reglamentaciones

Fuentes financieras para compras de medicamentos e insumos sanitarios

- Pagos de compras por Presupuesto del Estado:
 - Cuenta contra el Tesoro (Pago por Flujo de Caja o Disponibilidad)
 - Cuenta contra F.E.N. (Pago contra el Fondo de Emergencia Nacional / MINSA, es una cuenta bancaria del nivel Central).