

INFORME DE VISITA DE CAMPO VC03-2025



**RECEPTOR PRINCIPAL MINISTERIO DE SALUD
COMPONENTE TUBERCULOSIS**

**HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y
MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSÉ A. SALDAÑA”**

COMITÉ MONITOREO ESTRATÉGICO

MIÉRCOLES 7 DE MAYO 2025

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Objetivo General de la Visita	4
3. Equipo Conformado para la Visita	4
4. Desarrollo de la Visita.....	5
5. Agradecimientos.....	17
6. Conclusiones	18
7. Recomendaciones.....	18
8. Fotos de la Visita.....	19

1.- Introducción

El Comité de Monitoreo Estratégico del MPC-ES llevo a cabo la tercera visita de campo el 7 de mayo del presente año, en coordinación y apoyo del Receptor Principal Ministerio de Salud, al proyecto financiado por el Fondo Mundial SLV-C-MOH 2025-2027”.

A través del financiamiento del Fondo Mundial en El Salvador, se ejecuta actualmente una subvención consolidada con dos componentes: uno para Tuberculosis y uno para VIH; para la subvención de TB se cuenta con un solo Receptor Principal: Ministerio de Salud (MINSAL) y para VIH se cuenta con dos Receptores Principales: Ministerio de Salud (MINSAL) y Plan Internacional. La Subvención consolidada (SLV-C-MOH) inició el 01 de enero del 2025 y finalizará el 31 de diciembre del 2027, con un monto aprobado de \$6,536,647.00 para MINSAL y la subvención para Plan Internacional (SLV-H-PLAN) de \$10,067,870.00, totalizando \$16,604,517.00(Dieciséis millones seiscientos cuatro mil quinientos diecisiete dólares americanos). Esta visita de campo tuvo por objetivo: *Dar seguimiento a cumplimiento de metas de Indicador MDR-TB3 Número de Casos de Tuberculosis resistente a la Rifampicina y/o Multirresistente que empezaron a recibir tratamiento de segunda línea, bajo la administración del Receptor Principal MINSAL.*

Por mandato de Fondo Mundial el MCP-ES, debe velar y monitorear a los receptores principales en el cumplimiento de una serie de requisitos para alcanzar el mejor desempeño. Entre ellos el requisito No. 3 consigna la exigencia de contar con un Plan de Monitoreo para garantizar el cumplimiento de las acciones que se enmarcan en las subvenciones al país, bajo este requisito implementará de manera regular durante el presente año 6 visitas de campo a los proyectos antes mencionados, en caso de considerar necesaria alguna visita adicional se podría programar. Para esta visita, se invitó a los siguientes miembros del Comité de Monitoreo Estratégico del MCP-ES: *Lcda. Susan Padilla Coordinadora del Comité de Monitoreo; Lcda. Isabel Payes Subcoordinadora del Comité de Monitoreo; Lcda. Ana Josefa de Blanco CALMA, Lic. Enrique Palacios Rivera REDCA+, Sr. William Hernández Asociación ENTREAMIGOS, Lic. Willian Merino UES, Dra. Celina de Miranda Presidenta del MCP-ES, y Lcda. Marta Alicia de Magaña/MCP-ES.*

2. OBJETIVO GENERAL DE LA VISITA:

Dar seguimiento a cumplimiento de metas de Indicador MDR-TB3 Número de Casos de Tuberculosis resistente a la Rifampicina y/o Multirresistente que empezaron a recibir tratamiento de segunda línea, bajo la administración del Receptor Principal MINSAL.

3. EQUIPO QUE PARTICIPO EN LA VISITA DE CAMPO:

No	Nombre	Organización	Sector
1	Dra. Celina de Miranda/Coordinadora de la misión	ONUSIDA EL SALVADOR	COMITÉ DE ME/MCP-ES
2	Lcda. Isabel Payes/Subcoordinadora del comité	CONAMUS	
3	Sra. Doris de Alvarado	REDSAL+	
4	Lic. Javier Enrique Palacios	REDCA+	
5	Sr. William Hernández	Asociación Entre Amigos	
6	Lcda. Ana Josefa Blanco	CALMA	
7	Lcda. María Mercedes Castillo	MINED	
8	Lcda. Marta Alicia de Magaña	Directora Ejecutiva MCP-ES	
9	Dr. Gilberto Ayala	Unidad de Programa Tuberculosis	RECEPTOR PRINCIPAL MINISTERIO DE SALUD
10	Dr. Francisco Castillo	Unidad de Programa Tuberculosis	
11	Lcda. María Isabel Mendoza	Unidad Fondos Externos	
12	Dr. Henry Alfaro	Médico Especialista TB/ Coordinador Centro Nacional Referencia TB	HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSÉ A. SALDAÑA"
13	Lcda. Zoila Belliny Martínez Urías	Enfermera referente TB	
14	Dra. Leopoldina Cerritos	Colaborador Técnico UDP	
15	Sra. Xenia Lorena Ángel	Secretaria UDP	
16	Lcda. María Eugenia Ochoa	Técnica Administrativa, Financiera y Comunicaciones	DIRECCIÓN EJECUTIVA MCP-ES

4. DESARROLLO DE LA VISITA DE CAMPO:

Dra. Celina de Miranda, representante de país de ONUSIDA retoma la Coordinación de la visita e inicia expresando el placer que embarga al comité en esta visita, ya que permitirá conocer el trabajo realizado bajo la coordinación del Dr. Henry Alfaro y su equipo; además comparte que el objetivo principal está relacionado con el componente de Tuberculosis, específicamente conocer las acciones y actividades que conllevan brindar la atención de la multidrogoresistencia y textualmente manifiesta:

“Dar seguimiento a cumplimiento de metas de Indicador MDR-TB3 Número de Casos de Tuberculosis resistente a la Rifampicina y/o Multirresistente que empezaron a recibir tratamiento de segunda línea”, cuyas acciones son fundamentales para el cumplimiento a este indicador contractual establecido con el Fondo Mundial bajo la modalidad de Financiamiento Basado en Resultados.

A continuación, invita al equipo a presentarse, lo cual es importante para que como comité de monitoreo del MCP-ES para que vayamos conociendo cada una de las intervenciones de las áreas a las cuales pertenecemos y la relevancia de nuestra participación.

Lcda. María Mercedes Castillo, represento al sector gubernamental en el MCP-ES y trabajo para el Ministerio de Educación.

Lic. Enrique Palacios, tengan todos buenos días, represento al sector de personas con VIH, por parte de REDCA+.

Sra. Doris de Acosta, directora de la Red de personas con VIH REDSAL y miembro del MCP-ES, representando al sector de personas con VIH y también formo parte del comité de monitoreo, gracias por recibirnos.

Lcda. Marta Alicia de Magaña, muy buenos días soy directora ejecutiva del MCP-ES y parte también del Comité de Monitoreo.

del Centro de Apoyo de la Lactancia Materna CALMA y representante de ONG s Nacionales en el MCP-ES.

Dra. Guadalupe Flores, buenos días formo parte del MCP-ES y soy la responsable de la elaboración del informe de esta visita, agradezco la oportunidad que nos dan en esta visita.

Lcda. Isabel Payes, buenos días, soy la representante de ONGs Nacionales en el MCP-ES.

Lcda. María Isabel Mendoza, buenos días, trabajo para el Ministerio de Salud en el Área de Fondos Externos y represento al RP en el MCP-ES.

Sr. William Hernández, buenos días trabajo en la asociación Entre Amigos, represento dentro del MCP-ES a las personas afectadas por tuberculosis, miembro del Comité de Monitoreo, muchas gracias.

Dr. Gilberto Ayala, buenos días colaborador técnico médico del Programa Nacional de Tuberculosis

Dr. Francisco Castillo, Buenos días, colaborador del Programa Nacional de Tuberculosis

Lcda. Belliny Martínez, soy la enfermera referente del Programa de Tuberculosis, bienvenidos.

Dra. Celina de Miranda, buenos días soy presidenta del MCP-ES, Directora de País de ONUSIDA y ahora acompañando al Comité de Monitoreo en representación de la coordinadora del comité Lcda. Susan Padilla, que este día no nos pudo acompañar. En este contexto, aprovecho a explicarles que el mecanismo de esta visita de monitoreo tiene un formulario en el cual están especificadas algunas preguntas y conforme el desarrollo si algo

se ha quedado sin respuesta, les compartiremos la interrogante pendiente o alguno de los miembros del comité puede reforzar consultando algo específico que se nos haya pasado.

Dr. Henry Alfaro: buenos días soy el referente nacional de fármaco resistencia y manejo, bienvenidos. Acá con Lcda. Martínez formamos parte del Comité Nacional de Farmacorresistencia, éste es un equipo multidisciplinario con el cual nos reunimos de forma mensual y revisamos todos los casos de multidrogo resistencia que se registran a nivel del país, evaluamos algunos inconvenientes que se pueden dar o algún punto clave que se tenga que revisar a nivel nacional.

Bueno posterior al COVID, han cambiado algunas cosas entre ellos que el tratamiento para la tuberculosis resistente es ambulatorio, este es el pabellón Deininger, en el segundo nivel se encuentra el área de Neumología, se encuentra el área de hospitalización, esta oficina que se encuentra a la par es nuestra oficina de trabajo, allí hacemos el monitoreo de todos los casos de tuberculosis que van saliendo del hospital, tanto los sensibles como los resistentes, además también las reacciones adversas, de algunos pues no contamos con la capacidad de ingresar a todos los pacientes a nivel nacional que reportan reacciones adversas, solamente tenemos cuatro camas disponibles para diagnóstico y dos cuartos que están al final de este pabellón, estos son cuartos de aislamiento para Tuberculosis MDR, los cuales cumplen los criterios estándar, como ejemplo que tienen máquinas de extracción de aire con presión negativa, lo que garantiza que la bacteria tuberculosis resistente no circula dentro de la habitación, además, en nuestro trabajo diario, atendemos la consulta externa, que es lo más grueso del Programa, porque ahora ya todo es en fase ambulatoria.

Hay dos días de la semana en los que atendemos a todos los pacientes resistentes, ya sean Drogo Resistentes, multidrogo resistentes, profilaxis resistentes, o pacientes complicados que son ya sea coinfección TB/VIH, o pacientes con reacciones adversas, hepatópatas, renales, etc.

Les decía que el año pasado tuvimos 121 casos de pacientes resistentes, lo cual se ha salido un poco fuera del contexto, ya que cuando inicié el programa MDR en 2004 manejábamos dos casos por año y así fue cambiando entre 8 a 10 y ahora contar con más de 100 casos de pacientes resistentes, es un número bastante considerable.

De esos 121 casos, de estos 76 fueron resistentes a rifampicina, 4 multidrogoresistentes, 1 paciente pre XDR, es decir con resistencia extendida, 19 pacientes con resistencia a Isoniacida y 21 pacientes resistentes a las fluoroquinolonas, desde hace un par de años, tenemos incremento en el número de casos resistentes a las fluoroquinolonas, estos medicamentos son los que tratamos a la resistencia es decir multidrogoresistencia, lo cual es preocupante, porque si van apareciendo casos resistentes a las quinolonas y de repente además se identifica que también es resistente a la rifampicina, es paciente entra en la clasificación de Tuberculosis con resistencia extendida, sin embargo lo bueno es que contamos con los nuevos esquema podemos tratar sin quinolonas y tratar a los pacientes solamente con las otras nuevas drogas, esta es una de las ventajas de los nuevos esquemas de tratamiento.

En lo que va de este año, de enero a los primeros días de mayo 2025, llevamos registrados en el Hospital 26 casos de pacientes resistentes, solo del hospital Saldaña, hoy día están atendiendo en el Hospital Bloom atendiendo a una niña de 7 años, que también es Tuberculosis con resistencia a la rifampicina, la preocupación es porque la población infantil está siendo afectada por la TB, sino que tenga TB resistente, importante mencionar que los niños no transmiten la TB, ellos han sido infectados por personas con TB resistentes que deambulan en la comunidad, incluso resistentes, los cuales no hemos detectado y eso es como la punta del Iceberg, esto es solo la punta y abajo hay una gran inmensidad de esa masa, eso es lo que está sucediendo con una gran cantidad de casos resistentes.

Ahora al haber casos en niños, se ha tenido que preparar el tratamiento en niños, se ha realizado la solicitud a las diferentes áreas para su autorización, para la compra estos medicamentos en presentación pediátrica, para el uso, para ingresar al Lista Oficial de Medicamentos y una vez aprobados allí, se puedan comprar.

Lcda. Ana Josefa Blanco: Dr. Alfaro nos decía que en lo que va del año, llevan 26 casos de tuberculosis resistentes a las quinolonas?

Dr. Henry Alfaro: No en general son 26 casos que llevamos en el presente año, resistentes a rifampicina a isoniácida, quinolonas.

Lcda. Ana Josefa Blanco: ¿Esos son los casos más complejos?

Dr. Henry Alfaro: no, no son los más complejos, los casos más complejos son los que tienen resistencia extendida, que además de ser resistentes a rifampicina, son resistentes a las quinolonas, pero cuando le digo a quinolonas solo a las quinolonas, pero con la ventaja de ser sensibles a isoniazida y rifampicina, que eso se puede tratar con el esquema normal, solo que no se le da dos fases, de primera y segunda, sino que acá en el país los tratamos en una sola fase, combinado de cuatro drogas para evitar que se siga expandiendo la resistencia o que haga una mutación del bacilo o sea que estos 26 casos que llevamos en este año, no son resistentes solo a quinolonas, sino resistencia en general.

Lcda. Ana Josefa Blanco: ¿Estos datos son solo del Hospital Saldaña?

Dr. Henry Alfaro: estos datos que les he dado son a nivel nacional, pues acá se lleva el control a nivel nacional, recordemos que este es el Centro Nacional de Referencia de TB MDR manejamos los datos de todo el país, incluso tenemos algunos pacientes de Honduras que han sido tratados en este hospital, este año todos son casos salvadoreños, pero el año pasado sí tuvimos uno y también el año antepasado tuvimos uno, la estrategia que implementamos es que se le entrega el tratamiento a las unidades de salud que están fronterizas con Honduras, ya sea Chalatenango o la que le queda más cerca de la frontera y se le comunica al paciente que debe ir a estos establecimientos y muchas veces el paciente no quiere tomar su tratamiento ahí en Honduras, sino que prefiere mejor tomárselo acá en el país y ellos vienen también a sus controles acá al Hospital Saldaña, todos los pacientes resistentes, toditos, no importa de dónde sean, siempre se les hace un seguimiento en la clínica de resistencia de acá del hospital, se les hace el seguimiento desde acá, hasta que se les da el alta. Toda esta información la llevamos en el libro de registro de casos con tuberculosis farmacorresistente y en un archivo digital por mi persona, toda esta información es trasladada a la Unidad del Programa de Tuberculosis y ellos lo reportan internacionalmente al Fondo Mundial, OPS y OMS para los respectivos informes.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: De hecho, en el último reporte que ellos nos presentaron recientemente y nos decían que uno de los principales desafíos era mantener o alcanzar el 92% de notificación en los casos con resistencia detectados por pruebas moleculares.
En ese caso, ¿cómo están trabajando para mantener ese 92%?

Dra. Celina de Miranda: ¿O si han logrado alcanzar ese porcentaje?

Dr. Henry Alfaro: Lo que es la detección y el tratamiento, en este año todo lo que han sido detectados han sido evaluados, el año pasado tuvimos algunos que se detectaron pero que no fueron tratados por diferentes causas, por ejemplo, unos porque falleció y otros porque no se encontraron, en efecto tenemos más del 90% de los pacientes detectados, han sido evaluados acá en el hospital e inician con un tratamiento de segunda línea.

Lcda. María Mercedes Castillo: En este caso, digamos, la detección es más a demanda o ¿hay una estrategia para facilitar la detección?

Dr. Henry Alfaro: Sí en los Lineamientos Técnicos del Manejo de la Tuberculosis, existe el algoritmo de diagnóstico, el cual inicia con una prueba de Gene Xpert a todo paciente con tuberculosis y debe realizarse a todos los pacientes, de hecho, ya no estamos usando baciloscopias, solamente usamos Gene Xpert, en áreas específicas de igual forma en la clínica CAI, ya no se indica la baciloscopia para el diagnóstico.

Bueno se valora el uso de la prueba de Gene Xpert si el paciente es expectora y en el caso que no expectora, no puede dar muestra para esta prueba, entonces se indica la prueba de TB Lam, que ya está incluida en el algoritmo nacional.

Cuando se usa la prueba de Gene Xpert, no solo se detecta el bacilo de la tuberculosis sino que también la resistencia a rifampicina, entonces ya una vez que hacen la prueba, esta le dice si es sensible o si es resistente a rifampicina, además en los nuevos lineamientos que se encuentran aprobados y recientemente se distribuyeron, indica que cuando a todo paciente que la prueba molecular ultra es positiva, se le debe hacer la prueba molecular XDR, esta prueba molecular es más específica y nos indica que además de la resistencia a la rifampicina el bacilo es resistente a la isoniazida, si es resistente a las quinolonas, si es resistente a los medicamentos inyectables, como la amikacina, capreomicina, aunque ya no lo usamos pero si la máquina lo

puede decir si lo tiene y también nos dice si es resistente a la etionamida que es otro medicamento antituberculosos.

En cumplimiento a los lineamientos, el personal de laboratorio clínico de acá en el hospital, a todo paciente que le sale Gene Xpert ultra positiva, le procesan la prueba XDR, sin que el médico haya solicitado, pues forma parte de los lineamientos técnicos del laboratorio.

Lcda. María Isabel Mendoza: ¿En ese caso que menciona, el personal de laboratorio está pendiente y siempre les apoyan?

Dr. Henry Alfaro: Así es, siempre de la mano la Lcda. Jiménez está pendiente y siempre muy colaboradora y cumpliendo el lineamiento institucional, bueno y todo el personal de las diferentes áreas.

Siguiendo con el tema de muestra Gene Xpert, existen algunos requisitos para poder hacer la prueba XDR, como por ejemplo que la carga bacteriológica no sea baja o muy baja o que no tenga trazas, debe de tener carga media o alta, no obstante, en el laboratorio, aunque la muestra sea de baja carga siempre lo procesan.

Solamente si sale trazas, esa sí no se procesa porque la máquina necesita una carga bacilar para poder identificar resistencia y si el paciente tiene poca carga no lo va a poder hacer, la maquina identifica error o muestra invalida. Entonces, los lineamientos técnicos del Programa Nacional de Tuberculosis, son para cumplimiento en los diferentes niveles de atención, es decir no es solo para tercer nivel de atención, sino que desde el primer nivel atención, ellos envían muestras para la prueba y los laboratorios que procesan pruebas moleculares, ya saben que, si les sale positiva la prueba molecular ultra, tienen que hacer la prueba XDR.

Por esa razón es que nosotros tenemos más detección, hemos hecho más detección en pacientes que son resistentes a la isoniazida, a la quinolona, porque la prueba molecular XDR nos dice si es resistente a la quinolona y a la isoniazida.

Dra. Celina de Miranda: Y en cuanto a las estrategias para el inicio rápido de tratamiento, ¿qué podríamos llamar inicio rápido? ¿Cuánto tiempo lo están haciendo?

Dr. Henry Alfaro: Vaya si un paciente sale resistente, la mayoría de los casos de tuberculosis resistente vienen de centros penitenciarios, más del 90% de los casos de tuberculosis resistente son de centros penitenciarios.

En los centros penitenciarios tienen sus propios equipos de Gene Xpert Ultra y ellos procesan todas las pruebas, por ejemplo, el centros penitenciarios tiene su propio equipo y ellos procesan todas las pruebas, cuando sale una prueba resistente, automáticamente les informan al Programa Nacional de Tuberculosis y ellos nos informan a nosotros.

Si ahora sale un paciente resistente, por ejemplo, del Centro Penal Esperanza o de otro penal, inmediatamente ellos nos avisan y nosotros nos comunicamos con el médico que está a cargo de la clínica del centro penal donde sale el paciente y le informamos que ha salido un persona privada de libertad con tuberculosis resistente y le pedimos la documentación para que ellos nos traigan al paciente, esta documentación consiste en que traigan la ficha de identificación del paciente, que la tienen en cada clínica medico odontológica de cada centro penal, le programamos una cita a la brevedad posible, hacemos un sobrecupo para este paciente porque es prioridad, ya que si un paciente está en una celda, en una habitación como esta donde hay 100 personas y si es resistente, puede contagiar hasta 20 personas, lo que necesitamos es cortar la cadena de transmisión y por ende es prioridad; en todas las clínicas de los centros penitenciarios tienen su expediente clínico de todos los pacientes porque les han tomado ya sea placa, les han hecho baciloscopias o por otra enfermedad y la ficha de identificación del paciente nos la envían por vía de correo electrónico, nosotros tenemos contacto directo con ellos, ellos tienen nuestro correo, nosotros tenemos los de ellos y ellos nos envían la documentación por vía de correo electrónico, mantenemos una comunicación fluida.

De igual forma, se les hace una llamada telefónica, porque los médicos pasan muy ocupados o las enfermeras y tal vez revisan el correo hasta ya tarde, entonces a veces no lo pueden revisar luego, les hablamos por teléfono, la Lcda. Martínez les habla y les avisa de que el paciente fulano de tal, es caso tuberculosis resistente y que tiene cita para para tal día y tal hora.

María Mercedes Castillo: Y con el tema de los centros penitenciarios, ¿siempre acuden o hay situaciones que impiden llegar a la cita?

Dr. Henry Alfaro: Regularmente siempre acuden, aunque hay situaciones que son excepciones a la regla, por ejemplo, falta de transporte o algún evento en carretera, esos pacientes no salen en esos casos, si el paciente por ejemplo ya estaba en control y no tiene medicamentos, lo que hacemos es informarles porque nosotros llevamos un control de todos los que vienen y de los que no vienen, revisamos los que no han venido a consulta y vemos qué pasó?, si fue que se quedaron sin transporte o si se derrumbó la calle Los Chorros y no pudieron pasar, etc., si es un paciente que ya está en tratamiento, el médico encargado envía a alguien de la unidad a proveerse acá del hospital por el medicamento, nosotros se lo despachamos y le reprogramamos la cita temprano, eso es lo que hacemos para que el paciente no se quede sin tratamiento. Puedo citar como ejemplo, durante la pandemia todos los pacientes que salieron resistentes fueron tratados en centros penitenciarios y lo que hicimos, todo lo manejamos por vía electrónica, al paciente se le aperturaba un expediente acá, quedaba registrado y el centro penal venía a traer los medicamentos, en esa etapa no se pudo dar consulta, sino que todo lo hicimos de manera virtual, a veces por videollamadas, cuando se podía, o por vía correo electrónico; el médico estaba pendiente del paciente, si presentaba alguna reacción o algo, nos comunicaban por vía electrónica, así que de eso también aprendimos, lo continuamos como buena práctica cuando sucede alguna cosa así, algún contratiempo o algo, echamos mano de la vía virtual con el objetivo de que el paciente no se quede desabastecido de su tratamiento.

Lcda. Ana Josefa Blanco: Con todas estas acciones que nos describe se logra el diagnóstico, pero ¿Con estos pacientes que hacen en los centros penitenciarios?

Dr. Henry Alfaro: Se cumple el protocolo internacional de aislar al paciente TB MDR, de igual manera estos casos de tuberculosis que salen resistentes son aislados y todos los que son pacientes que salen con tuberculosis sensible los separan de la población que no tiene tuberculosis para evitar el contagio y cortar la cadena de transmisión.

Lcda. Ana Josefa Blanco: Y respecto al componente nutricional, como se aborda en este caso, ¿Con los pacientes que son diagnosticados con tuberculosis, existe alguna medida o mejora en su alimentación?

Dr. Henry Alfaro: Cuando sale un paciente con tuberculosis, yo tengo entendido que ellos le dan otro tipo de alimentación, la nutricional Dentro del proceso que nosotros hacemos acá, hay una parte que está en el SIS, que contempla la parte nutricional, si el paciente tiene desnutrición, entonces ahí se le pone el tipo de nutrición que debe tener, que debe pedir los suplementos el ENSURE, el enlace es la unidad o al SIBASI que le corresponde, para que la unidad que le toca le abastezca al centro penal para el paciente que lo necesita, porque incluso ahorita tenemos sobreabastecimiento de lo que es fórmulas poliméricas, en este momento no tenemos problema de desabastecimiento, necesitamos movilizar esas fórmulas poliméricas, hay fórmulas poliméricas también para pacientes diabéticos y para pacientes que no es diabético.

Dr. Gilberto Ayala: Ahí le voy a agregar un poquito más a lo que menciona Dr. Alfaro, en centros penitenciarios hay nutricionistas, las cuales evalúan a cada paciente, así como en los hospitales, que evalúan cada caso y dependiendo de cada caso, si es una persona que no tiene problemas renales, que puede tener una dieta hiperproteica, hipercalórica, le cambian a una dieta especial y es paciente con TB, le cambian la dieta y le ponen una dieta hiperproteica, hipercalórica, se la cambian, le ponen una dieta especial para que él gane peso.

Dra. Celina de Miranda: Entonces, sí hay intervención, porque él dijo que cuando hay situaciones excepcionales, no los traen, entonces, ¿qué se hace en ese momento? porque es un paciente con tuberculosis, entonces tiene que ir.

Dr. Gilberto Ayala: Sí, en cuestión de, para decir cómo es una persona resistente, se tiene que esperar a que asistan a la consulta reprogramada, por supuesto que tengan el transporte disponible para poder movilizarlo.

Dra. Celina de Miranda: ¿Pero pueden pasar cuántos días sin tratamiento?

Dr. Gilberto Ayala: No, no, no esas situaciones se resuelven con el transporte disponible y dependiendo de la reprogramación de la cita, la cual siempre tratan que sea lo más pronto posible en uno o dos días.

Dra. Celina de Miranda: Es que estábamos con la duda de cuánto tiempo conllevaba, porque ese tiempo es deterioro para que el paciente pudiese venir a la consulta, pero me dice que generalmente lo resuelven pronto.

Dr. Henry Alfaro: Sí, lo que hacemos es que cuando un paciente pierde sus citas y tiene drogas de segunda línea, entonces lo que hacemos es proveerle el tratamiento al centro penal y reprogramamos las citas; si el paciente, amerita una cita temprana, porque sea alguna reacción adversa, o no importa que no sea resistente, sino que tal vez puede ser que sea un paciente renal, o que tenga problemas hepáticos y que necesita una cita temprana, le reprogramamos la cita lo más pronto posible, o si es necesario, como ya lo mencionamos en sobrecupo, para evitar que se quede sin atención y no se quede desabastecido.

Dra. Celina de Miranda: ¿Digamos que pueden iniciar tratamiento lo más pronto posible, digamos, dos días, o pueden iniciar lo más pronto posible hasta cuatro días?

Dr. Henry Alfaro: Ahí depende del centro penal, por ejemplo, en algunos centros penitenciarios más alejados, para ellos es un poco más difícil para el transporte, porque todo se puede tardar hasta una semana, pero si es de acá cerca, por ejemplo, si ahora sale un resistente, lo programamos y viene mañana, ellos vienen inmediatamente, creo que tienen más acceso al transporte; hay otros centros penitenciarios que están más lejos, entonces sí tienen un poquito de dificultad, lo bueno es que en la mayoría de centros penitenciarios, tenemos poquitos pacientes con tuberculosis o pacientes con tuberculosis resistentes. La mayoría de los casos de tuberculosis están en zonas más accesibles y que por ende cuentan con acceso al transporte.

Lcda. María Mercedes Castillo: ¿Y el CECOT permite espacios separados de aislamiento?

Dr. Henry Alfaro: Sí, ellos tienen áreas de aislamiento designadas.

Sr. William Hernández: Es decir dependiendo de los recursos con que cuenta el centro penal, ¿así mandan por el medicamento? ¿Ustedes no lo pueden enviar?

Dr. Henry Alfaro: Sí, el mismo día que el paciente viene a su cita, ese mismo día se le entrega medicamento, nosotros no lo podemos mandar, tienen que venir ellos porque hay un proceso, dentro de este proceso de atención el paciente debe pasar a farmacia a recoger su medicamento, o se puede hacer por vía de transferencia de medicamento, que se hace de farmacia a farmacia, tenemos esas dos opciones, pero para nosotros el de transferencia se tarda un poco más porque necesita firma de algún director o de algún SIBASI, en cambio el de despacho para nosotros es más fácil; en el caso que no pueden venir, pero sí ellos pueden mandar a alguien de la unidad o pueden mandar a traer el medicamento, si no puede venir personal de enfermería porque es recurso único y no puede ausentarse del establecimiento, entonces se busca otra solución.

William Hernández: ¿Está en línea todo el proceso?

Dr. Henry Alfaro: Así es, queda documentado en el SIS, cuando un paciente de este tipo se queda sin medicamento, lo enviamos, pero siempre queda registrado.

Dra. Celina de Miranda: Y en ese mismo sentido el paciente que está dentro de cualquiera de los centros penitenciarios lo llevan a la clínica y ahí le dan el medicamento ¿No han tenido casos en los cuales el paciente se ponga renuente o en alguna situación no quiera aceptar el tratamiento?

Dr. Henry Alfaro: Si en la clínica le dan el tratamiento y hasta ahora no, no hemos tenido ese problema, eso se ha documentado cuando el tratamiento les daba alguna reacción o alguna cosa y lo que hacíamos era citarlo, evaluarlo, en su mayoría era por algún tipo de reacción al medicamento problemas gástricos náuseas, vómitos, diarreas o dolor de cabeza.

Y nosotros también con el manejo de la tuberculosis debemos investigar las reacciones adversas, debemos indagar o preguntar al paciente durante la consulta si ha tenido algún tipo de reacción con el medicamento, si ha tenido algún problema, entonces muchas veces el paciente nos dice he tenido tal cosa, me duele el estómago, tengo 3 días de estar con vómito.

Entonces la medida es cambiar el medicamento que le esté dando el problema para evitar alguna otra complicación grave, ya sea que se le dé una hepatitis o alguna cosa, dentro del manejo de la tuberculosis tenemos que también vigilar la reacción adversa, para que el paciente sea adherente al tratamiento y de esta forma le cede la reacción o se le da manejo y con eso el paciente ya sale de su problema.

Ana Josefa Blanco: ¿Y el manejo de las reacciones adversas se les da tratamiento acá o en el centro penal?

Dr. Henry Alfaro: Se les proporciona acá, porque en muchas ocasiones las clínicas de los centros penitenciarios no tienen los tratamientos.

Dra. Celina de Miranda: Y en el tema de comunicación, usted ha explicado muy bien todo este proceso con los centros penitenciarios, pero ¿qué pasa con las clínicas, con el primer nivel, con los otros sectores? Estamos centralizados con el manejo de la multidrogoresistencia, entonces ¿qué pasa con esa comunicación? Usted bien dijo, lo vemos en el SIS, el SIS está en varios lugares, pero todavía el primer nivel no está vinculado. Entonces, ¿qué pasa con toda esa red de comunicación para llegar al sistema central y poder tener el registro en tiempo real?

Dr. Henry Alfaro: Con lo que es la población general, la comunicación es más fácil porque ellos tienen acceso a través de WhatsApp, además existe la red de enfermería que es una red nacional y la información fluye de forma inmediata y oportuna, ahí se comunican todo; en el caso que no hay internet, usted manda el mensaje y ya cuando cae la red otra vez, le llega el mensaje y se enteran; entonces la comunicación con los casos de la población general, que la unidad de salud que atiende a este tipo de población es más efectiva, es más rápida porque tenemos más acceso a la comunicación.

Diferente a lo que sucede con los centros penitenciarios, que con ellos no tenemos acceso a WhatsApp porque por seguridad hay bloqueo de la señal, como es de todo conocimiento la señal de celular están bloqueadas, incluso los empleados tienen llamadas restringidas, solamente pueden hacer una llamada y no puede durar más de 5 minutos, pues está programada y se corta al concluir los 5 minutos; entonces, a través de llamada podemos comunicarnos corriendo el riesgo de que corte de ahí inmediatamente volver a llamar para completar la información.

Y ese problema no lo tenemos con la población general que es atendida por las unidades porque las unidades se pueden hablar por celular, contamos con una línea telefónica y un teléfono móvil, que nos proporcionó el Programa de Tuberculosis, financiado por Fondo Mundial para una comunicación más efectiva, lo maneja Lcda. Martínez porque es la que hace todas las coordinaciones, esta es una herramienta que ha facilitado la comunicación, pues si alguna unidad de salud, no tiene internet para poder enviar la documentación vía electrónica, la envían a través de WhatsApp o a través del número personal de Lcda. Belly cuando no tienen acceso al teléfono del programa porque es nuevo el teléfono. Entonces es más fácil la comunicación con las unidades de MINSAL que con los centros penitenciarios.

Lcda. Ana Josefa Blanco: ¿Y el teléfono incluye el saldo?

Dr. Henry Alfaro: Sí, incluye saldo, incluye la red también, red de internet y tiene llamadas ilimitadas a la misma red de los teléfonos de MINSAL.

Dra. Celina de Miranda: ¿Pero con una duración de 5 minutos?

Dr. Henry Alfaro: El de nosotros tiene llamadas ilimitadas, libre, los centros penitenciarios son los que tienen esa restricción de llamadas por 5 minutos y ellos no tienen acceso a celular.

María Mercedes Castillo: ¿En centros penitenciarios no usan el teléfono celular?

Lcda. Martínez: No, es que con el personal de la clínica médico odontológicas de centros penitenciarios solo podemos hablar a través de línea fija, porque ellos no tienen acceso ni a memorias USB, no teléfonos, no dinero, por eso la línea directa es por correo electrónico. Y lo otro, agregar también que Dr. Alfaro les manda vía correo toda la consulta de centros penitenciarios.

El Dr. Alfaro, después que le brinda la consulta, le envía vía correo para que cada penal la imprima y la anexe al expediente. Porque como son pacientes con resistencia, se lleva seguimiento de controles bacteriológicos por si hay algún cambio de esquema, pacientes con reacciones adversas, entonces manejamos eso de que él da la consulta y como centros penitenciarios no manejan memorias, no puede andar adentro, se les manda todo vía correo.

Él manda un PDF y para que ellos la impriman vía correo. Al igual que las unidades de salud, cada vez que hacemos la coordinación le decimos a cada referente que qué, cada vez que envíen un paciente envíen expediente y memoria USB, porque se les graba para que ellos solo hagan impresión y pueda ir quedando el precedente. Y lo que decía el doctor, la red nacional de enfermería nos ha servido mucho, estamos incorporados, porque antes con las islas o el Golfo nos costaba mucho, todo eso me pasaba un día casi para hacer las

coordinaciones y buscábamos siempre ayuda con alguien cercano, alguien que conocía, pero era un costo adicional, entonces el Programa Nacional de TB, tomo a bien incorporarnos a la red nacional de enfermería, funciona muy bien y cada problemática que tenemos nos reunimos cada dos meses, de igual forma como el Comité de Fármaco Resistente llevamos a cabo reuniones cada mes y tratamos asuntos importantes.

Y la otra cosa importante, también recalcar que las consultas del Dr. Alfaro brinda, pedimos la compañía del personal de salud o el custodio, por lineamiento no podemos entregarle el medicamento al paciente, eso facilita el retiro del medicamento, si algún paciente llega solo a retirar el medicamento, nos reportan de inmediato que por qué un paciente está retirando él solo el tratamiento si sabemos cuál es el lineamiento, esa es la modalidad; en los casos de coordinación de consultas pacientes, por resistencia, por reacciones adversas, por ajustes de dosis, pacientes renales, pacientes con manejo delicado, le informamos al personal que por obligación debe de venir con el paciente porque no puede venir solo.

Si tuvieran la oportunidad de venir a la consulta externa martes y jueves, encontrarían al personal de unidades de salud, enfermeros de las clínicas penitenciarias, acompañando a los privados de libertad, todo esto gracias a siempre hemos tenido buena comunicación y también de la comunicación directa y apoyo del Nivel Central, reportamos las anomalías para ir mejorando la atención porque sabemos que los pacientes resistentes son de atención rápida. Si nos reportan a alguien, lo tratamos de acercar lo más pronto posible a los grupos.

Dra. Celina de Miranda: La siguiente pregunta está relacionada realmente con todo lo que ya ustedes nos han compartido, pero es bien importante reforzar sobre los mecanismos de adherencia que utilizan en la población de privados de libertad, nos comentó que deben tomarse el tratamiento, pero ¿qué pasa con otros pacientes que no son del área de privados de libertad? ¿Cómo fomentan la adherencia? ¿Cómo logran que no nos fallen, que no nos abandonen?

Dr. Henry Alfaro: Fíjense que sí, con personas privadas de libertad en centros penitenciarios no hay problema de adherencia. Todos son bien adherentes, el problema de mala adherencia lo tenemos con la población general y hemos tenido algunos casos de pacientes que no quieren ir a la unidad de salud a tomarse el tratamiento y desarrollan resistencia, el último caso que tuvimos es una paciente de Apopa, resistente a isoniazida, diabética, estuvo ingresada aquí en el hospital, venía en muy malas condiciones, pasó como un mes ingresada y la prueba le salió con resistencia a isoniazida, se le dio el tratamiento, cuando mejoró se le dio el alta y la unidad de salud le supervisó el tratamiento, seguía siempre con controles acá en el hospital, terminó el tratamiento con tres cultivos negativos, en octubre 2024 y en diciembre ya estaba otra vez ingresada acá con tuberculosis otra vez.

Y como acá se indica el Gene Xpert, le salió positivo el Ultra, le salió sensible a rifampicina y en cumplimiento al lineamiento, se le debe hacer la prueba XDR, salió otra vez resistente a isoniazida, pero que además ya era resistente a etionamida y a fluoroquinolonas, o sea que ya no era monoresistente, sino que polifármaco resistente, ya tenía más resistencia. Entonces le digo ya a la Lcda. Martínez, pero ¿qué pasa con esta paciente? Si acaba de terminar el tratamiento y terminó con tres cultivos negativos, ni siquiera eran baciloscopias, sino que tres cultivos negativos, que es más específico que la baciloscopia, con tres cultivos negativos, estaba recurada, entonces hicimos la investigación, le digo, miren, háganme un favor, hable con la enfermera encargada del programa de la unidad y verifiquen los contactos de la paciente, cómo están los contactos?, si hay otra persona más que esté con tuberculosis y está en tratamiento, etcétera, etcétera, resulta de que la paciente tiene tres hijos y el esposo. El esposo es un paciente VIH, adherente al tratamiento antirretroviral, pero mal adherente al tratamiento de la tuberculosis, días iba, días no iba, la paciente estuvo acá, vino en diciembre y no le dimos el alta y yo le dije, mándenme llamar al esposo, porque tiene tuberculosis, mándenmelo a llamar, quiero entrevistarle, le vamos a sacar el expediente para ver qué está pasando y le vamos a hacer el estudio para ver si es resistente.

El paciente es sensible, sensible a los medicamentos TAES, pero mal adherente. Sí, él salió primero como caso de tuberculosis, después salió la esposa, la esposa terminó el tratamiento, pero él no había terminado el tratamiento de la TB sensible cuando ella terminó, entonces el paciente era mal adherente y ahí fue donde se contagió nuevamente y desarrolló otra vez la tuberculosis. El paciente no quiso venir, se quitó y no vino a la consulta y entonces yo les di la orden, mire, lo siento mucho, pero a esta paciente no me le dan el alta hasta que este señor se presente, porque si no se va a ir y después ya no va a venir, ya va a venir resistente a todo, entonces háganme un favor, no me le den el alta hasta que venga este hombre, pasó la Navidad, pasó el año nuevo y no vino hasta en enero 2025, este detalle para su conocimiento, resulta que este muchacho es un paciente joven,

tiene como 40 años y trabaja en el mercado, donde él atiende un montón de personas, él vende verduras, y vende un montón de cosas, entonces ya se pueden imaginar el problema serio que tenemos de tuberculosis resistente, porque hay pacientes que no son adherentes.

Entonces yo hablé con él y de primero él no quería venir, vinieron los hijos, porque los hijos también los evalué, y de estos muchachos, gracias a Dios ninguno estaba enfermo, pero sí estaban infectados, se les tuvo que dar quimio-profilaxis para pacientes resistentes, ya no era quimio-profilaxis normal, sino que ya era quimio-profilaxis para pacientes con resistencia a isoniazida.

Y al final que vino el hombre, hablé con él, y le di la tarjeta de tratamiento, para mí es un documento bien valioso, porque ahí yo puedo ver cuántos días faltó, cuántos días se los tomó, entonces de una semana llegaba uno, dos días, se perdía quince días, llegaba otros dos días a tomárselo, o sea, una catástrofe para la adherencia. Entonces hablé con él y le expliqué, de nada sirve que tu esposa se cure y tú no terminaste el tratamiento, no te lo tomaste, la señora se volvió a enfermar, tú la enfermaste, nadie más la enfermó. Y le pregunto y el tratamiento antirretroviral ¿te lo tomas? Respondió sí, me lo tomo, ese no, lo dejo de tomar, y sabes que si no te tomas el tratamiento de la tuberculosis te va a matar, no te va a matar el VIH, no te va a matar el virus, te va a matar la TB, te está llevando a tu mujer y te está llevando a tus hijos, porque de nada sirve que ellos se tomen el tratamiento, que les den profilaxis, que ella se tome el tratamiento, se cure, si tú no te lo tomas.

Lcda. María Mercedes Castillo: ¿Y cuál era la excusa?

Dr. Henry Alfaro: De que no tenía tiempo por el trabajo, que no podía dejar de ir a trabajo.

Dra. Celina de Miranda: ¿Y sin el trabajo se hubieran dado cuenta que él tenía tuberculosis?

Dr. Henry Alfaro: No, como él es un vendedor, es el propio jefe.

Dra. Celina de Miranda: No, pero si la gente de alrededor lo sabe, lo marginan.

Dr. Henry Alfaro: Si lo marginan, se habló con él y se le hizo conciencia al paciente, de la entrevista médica, es importante, al final aceptó que él había cometido un error y se le dio el mismo tratamiento que la paciente resistente, se le quitó el tratamiento de sensible, tu esposa tiene TB resistente, tú vivís con ella, vives con VIH, entonces tengo que cambiarte el tratamiento porque si no te vas a morir y por favor te lo tomas y él estuvo viniendo a sus controles y gracias a Dios al final ya lo terminó el tratamiento.

Dra. Celina de Miranda: Y ese es un punto de reflexión, porque es allí donde la sociedad civil, las organizaciones, son las que pueden apoyar también ese tipo de personas, porque si logran hacer un acercamiento, él podría haber dicho que por el trabajo, en conjunto ver cuál opción, poder coordinar con salud y ver cómo en su debido momento él podía continuar y hacer esa sensibilización que el Dr. Alfaro y la Lcda. Martínez hacen, creo que este es un punto de reflexión de esta visita, poder establecer apoyo a través de una comunicación para poder ayudar y darle opciones al paciente.

Dr. Henry Alfaro: Si el paciente me dijo, es que mire Dr. yo paso trabajando todo el día y le digo mira, a las 6 de la tarde tú ya vas para tu casa, existe FOSALUD, tienes un FOSALUD cerca, el día que tú no puedas ir, entonces la enfermera te lo va a dejar ahí en FOSALUD y pasas a tomártelo. Se les dan opciones a los pacientes y también es bien importante el nivel comunitario, existen líderes comunitarios que a veces apoyan este tipo de problemas porque saben que este es un problema para la comunidad; cuando se da esto, se puede hablar también con algún líder comunitario, si el paciente no puede ir a la unidad por algún motivo, entonces hay alguien que puede apoyar también dentro de la comunidad.

Sr. William Hernández:

Sí. Yo creo que aquí, el medicamento tiene un protocolo y hay que cumplirlo, pero también la realidad cualquiera me diría que un vendedor no puede argumentar que pase ocupado, puede suceder que el vendedor sale a las 5 de la mañana al puesto y no va a vender nada, después de 4 horas se retira a jugar a la lotería o a tomar y por otro lado al final lo estricto del protocolo, pero dentro de todo qué bueno que esta persona tenía alternativas de pasar a FOSALUD, pero distinto, por ejemplo, puede ser a alguien que va al Seguro Social, pues allí no le dan alternativas, por ejemplo, yo tuve una alternativa, a mí me dejaban el medicamento con los vigilantes en el

Seguro, pero como había rotación de vigilantes, un día uno dijo que después de las 9 de la noche él no se acercaba a la puerta y entonces pensando que lo amolaba a él, no me acercaba a tomarme la pastilla sin pensar que el fregado era yo pero bueno al final también uno hace conciencia.

Yo creo que aquí deben existir alternativas que favorezcan a la gente, porque yo siempre me reía de las personas que no tenían empleo, porque cuando queríamos coordinar una reunión la gente siempre decía no, no tengo tiempo, cuando yo trabajaba en un proyecto donde me explotaban, entonces, cómo puede ser que usted tenga menos tiempo que yo, pero en realidad cuando usted no tiene un empleo agarra lo que le venga y lo que le venga en el horario del otro, no a su horario y ustedes que trabajan con gente que no está asegurada es más grande la dificultad de solucionar los tiempos, es de buscar cómo hacer para que el protocolo encaje con la gente, porque personalmente es difícil, que tenga que llegar todos los días a buscar a la enfermera y ella se encuentra siempre ocupada, saturada de trabajo, sale una emergencia y de repente inicia la consulta, hay una reunión y todavía debo ir a que me dé medicamento y yo debo esperar que ella se desocupe para que me atienda, al final creo que hay bastantes cosas que topan con la saturación de trabajo y el protocolo del medicamento pero que a la larga no sé qué alternativas se pueden optar.

Dr. Henry Alfaro: Yo trabajo también en el Seguro Social, con la tuberculosis también, por la tarde me encuentro en la Unidad Médica de San Jacinto y lo que usted dice es cierto.

Muchas veces los pacientes salen de trabajar y ahora los permisos están muy limitados o no dan permiso. Entonces el paciente a veces no puede llegar más temprano porque pierde su empleo o tiene riesgo de que le descuenten y eso le afecta a su economía. Entonces allá en la unidad es lo que hacen y le dicen en la entrevista cuando usted no pueda venir a la hora si usted viene después de la hora el tratamiento se le va a dejar en emergencias, busca a la enfermera que está de jefe con ella le va a quedar el medicamento. Eso lo hacen en la primera entrevista.

Si el paciente, por ejemplo, tiene acceso a clínica empresarial por ejemplo aquí tenemos nosotros clínica empresarial; si un paciente sale diagnóstico de Tuberculosis se presenta la primera vez a la unidad y luego ese tratamiento el médico y la enfermera encargada del programa se lo envían a la clínica empresarial para que ellos le supervisen el tratamiento, hay lugares donde no hay atención de 24 horas, la unidad médica de San Jacinto porque tiene atención de 24 horas, pero hay lugares que no tienen atención de 24 horas, salen a las 3 y ya cierran ya está cerrado, pero entonces tienen acceso a las clínicas comunales, hay algunas que están más cerca de los trabajos entonces si el paciente tiene acceso a una clínica comunal va solamente la primera vez ahí y el tratamiento se le pasa a una clínica comunal.

Existen algunas opciones de poder dar el tratamiento, pero también se necesita de una mística, de la concientización no solamente del paciente, sino que también del personal de salud porque si el personal nuevo dice no, es que si el paciente no viene yo no le doy el tratamiento yo tengo que ver que se lo tome y si yo no veo que se lo toma no se lo toma eso es bien cerrado, entonces por eso es necesario concientizar no solamente a la persona que tiene tuberculosis sino que también al personal de salud principalmente al personal nuevo, darle la alternativa al paciente porque si no de qué sirve que el paciente tenga se aleje del diagnóstico y si el paciente unos días puede llegar a las 3 y otros días llega a las 3 y media o siempre llega después de las 3 y no puede tomar el tratamiento y el paciente llega entonces hay que buscar opciones hay que hacer una concientización no solamente de la persona enferma sino que también del personal de salud esto se hace en las reuniones cada cierto tiempo cada 6 meses hay evaluaciones nacionales del Programa de Tuberculosis ahí se les hace conciencia también al personal de MINSAL; el personal del Seguro Social, ellos se reúnen todos los meses de la unidad médica de San Jacinto todos los meses tienen una reunión de todas las unidades y ellos ven sus problemas que tienen y todo eso también tienen que abordarse en esas reuniones mensuales para eso son los equipos de trabajo y es parte también del manejo de la tuberculosis.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Como usted decía con el COVID cambiaron muchas cosas, por ejemplo, el seguimiento que dan a través del correo o de WhatsApp y las tele consultas, antes no se esperaba que un médico diera una tele consulta, pero ahora simplemente es como una norma, entonces el hecho que las personas, aunque ya tuvieran una trayectoria de que el tratamiento debía ser dado a la mano al paciente estrictamente supervisado, pues si les decían que mostraban la lengua para ver que se lo tomaban y se lo dan y deben revisar.

Dra. Celina de Miranda: Eso es cierto, con una baja lengua se debe revisar los carrillos para ver si no se han escondido los medicamentos.

Lcda. Martínez: Y tal como lo expuso el Dr. Alfaro quizá si la gente buscara alternativas como decíamos en el caso de la Unidad de Salud que cubría a la esposa del paciente renuente, ella lamentablemente no salió muy rápido y otra vez con una resistencia siendo paciente con riesgo porque es diabética, está joven y en el trabajo del esposo, la Unidad de Salud al ver la renuencia de los contactos, porque se han identificado 25 contactos de ese paciente entre niños, adultos, entonces la enfermera me llamó para decir que si le podíamos apoyar con los contactos porque el trabajo del seguimiento de contactos es del Primer Nivel, sin embargo aceptamos porque era una situación especial y bajo la condición que la paciente nos había recaído nosotros sospechamos que el esposo era resistente, VIH +, renuente y amenazando al personal a la unidad de salud y total que tuvimos que acceder a que él viera hasta los hijos de ella, al esposo porque en el Primer Nivel no podía porque el señor los estaban amenazando, llamamos al Nivel Central y les expusimos el caso, entonces como que iban a ir con el CONNA, hasta con los niños entonces yo les decía hay que meditar bien porque con el CONNA cuando se reporta un caso, nosotros tuvimos un caso que fue reportado y el niño no se lo pueden llevar los padres, es bien triste ver que separan al niño de la mamá, les dije mediten eso mejor le vamos a tratar de ayudar y que el Hospital Bloom apoye con los niños, porque eso de que se reporte con el CONNA no es que solo lo van a ir a ver no, se lo llevan entonces de buscar alternativas y lo otro que hemos buscado también como mecanismo nos ha pasado aquí un paciente tenía un problema neurológico y no podía caminar estaba cuadripléjico la cosa es que lo que pedimos a la compañera de la unidad de salud porque se le hizo una gastrostomía para la alimentación y eso era otro proceso pues no lo podíamos tener durante toda la estancia de su tratamiento como estancia hospitalaria, por el riesgo de infecciones agregadas, entonces lo que hicimos fue trasladarnos a la Unidad de Salud y se capacitó a la hija del paciente para que pudiera cumplirle el tratamiento en la sonda, entonces estos casos especiales se salen del lineamiento, pero quedan como observaciones para que a futuro en monitoreo se vea por qué fue el caso especial y muchas cosas más.

Dr. Henry Alfaro: De hecho, hasta hace un tiempo la enfermedad oportunista con que se asociaba al VIH era la TB, ahora hay otras enfermedades crónicas que se han asociado a la TB, como es el caso de diabetes mellitus, pacientes con enfermedades renales, que como su sistema inmunológico se deprime les llega la socia oportunista de la Tuberculosis, por esa causa se debe cambiar un poco el pensamiento, de que VIH/TB son el único binomio de comorbilidad, existen casos como les decimos especiales, pero allí vamos día a día tratándoles, investigándoles.

Sr William Hernández: Esto que nos menciona llama la atención y debemos hacer la reflexión para que en los nuevos proyectos se tomen en cuenta estas enfermedades, para inyectarle un poquito de lo poquito de presupuesto y no perder a personas que, por no sospechar tuberculosis, puedan tener un desenlace no deseado.

Para más información puede acceder al siguiente enlace:

<https://mcpelsalvador.org.sv/visita-de-campo-vc03-2025/>

5. AGRADECIMIENTOS:

Dra. Celina de Miranda, agradeció a Dr. Alfaro, Lcda. Belliny Martínez por el recibimiento y la atención brindada, les felicitó por la calidad de atención brindada a los usuarios, por el compromiso y conciencia con el que realizan su trabajo y les invito a continuar con los esfuerzos que realizan coordinando la atención con calidad, oportunidad y prontitud.

Lcda. Ana Josefa Blanco, agradeció la colaboración de Dr. Alfaro, Lcda. Belliny Martínez y del resto del equipo, resaltando la gestión, buena coordinación con los involucrados para lograr atender a los pacientes con TB resistentes de forma inmediata tanto en la consulta como en la prescripción y entrega de tratamiento.

Lcda. María Mercedes Castillo, se unió al agradecimiento por el compromiso con el que desempeñan sus funciones y las coordinaciones que realizan cada día a fin de ir mejorando la atención a los pacientes con TB resistentes.

Dra. Guadalupe Flores, importante reconocer el trabajo del equipo del Hospital Saldaña en la atención a las personas con TB resistente, a las coordinaciones que han realizado para agilizar la atención y tratamiento a los usuarios, muchas gracias por su alto compromiso y empoderamiento.

6. CONCLUSIONES

- La mística de trabajo, el empoderamiento y compromiso del equipo multidisciplinario de diferentes áreas del Centro Nacional de Referencia de MDR del Hospital Saldaña del MINSAL es admirable, pues son flexibles en apoyar actividades de otros establecimientos, es decir dan más allá de lo que sus funciones les demandan en beneficio de la población con TB MDR/XDR.
- Es muy importante la buena coordinación establecida entre el equipo del Centro Nacional de Referencia de MDR del MINSAL y los equipos médicos de los centros penitenciarios, ya que permite atención inmediata y tratamiento oportuno para los casos de mono y multidrogoresistencia.
- Es relevante que la Coordinación y Enfermería del equipo del Centro Nacional de Referencia de MDR, formen parte del Comité Nacional de Farmacorresistencia y de la Red Nacional de Enfermería para garantizar agilizar la atención de los casos MDR/XDR y solucionar cuellos de botella en la población General adoleciendo TB MDR, así mismo mantener el acceso a las clínicas comunales del ISSS y/o unidades médicas para brindar el tratamiento.
- El equipo multidisciplinario maneja y cumple los lineamientos nacionales y protocolos de tratamiento, además hace buen uso de herramienta de vigilancia en el SIS y el libro de registro de casos de MDR en el que registran cada uno de los casos y fundamental el cruce de información física cuando realizan consulta a los usuarios con sus referentes.

7. RECOMENDACIONES

- Continuar con la buena coordinación entre el equipo del Centro Nacional de Referencia de MDR del MINSAL y los equipos médicos de los centros penitenciarios, con el fin de brindar respuesta ágil y oportuna a las personas diagnosticadas con TB MDR/XDR.
- Ante el incremento de casos de Tb MDR, es importante analizar el costo unitario y de atención del manejo de un paciente MDR/XDR que, bajo la perspectiva de sostenibilidad, sea de utilidad como herramienta de gestión de financiamiento.
- Es importante continuar realizando las reuniones con el Comité Nacional de Farmacorresistencia y de la Red Nacional de Enfermería para garantizar que las coordinaciones alcanzadas se mantengan y fortalezcan a los equipos de trabajo en pro de solucionar casos particulares o especiales.
- Es fundamental la búsqueda y estudio de manera efectiva a los contactos identificados, a través de líderes comunitarios como promotores de salud.
- Es necesaria la cooperación a nivel comunitario con sociedad civil, activando a líderes para que, a través de la concientización, refuercen la importancia de cumplir con el protocolo del tratamiento MDR con personas de población general, coordinando tiempos, plazos o lugares donde pueden recibir su tratamiento, con el objetivo de minimizar la falta de adherencia.
- Continuar con la compra del reactivo TB LAM, para los pacientes sospechosos de TB y debido a que la evolución de las comorbilidades debería incluir a los pacientes diabéticos.
- Coordinar desde el Nivel Central/Programa de Tuberculosis con el ISSS, a fin de brindar las mejores opciones a aquellos pacientes afectados por TB MDR que por trabajo no les permite cumplir los horarios de un establecimiento, de tal manera que tenga acceso al tratamiento MDR o XDR y así cortar la cadena de transmisión.

8. FOTOS DE LA VISITA DE CAMPO:

Miembros del Comité de Monitoreo Estratégico y Equipo Receptor Principal Ministerio de Salud

Visita Pabellón Deininger, Sala de reuniones



Reunión en Auditorium Hospital Dr. José A. Saldaña



Libro de Registro de Casos con Tuberculosis Farmacoresistente



SÍGUENOS

