



BOLETÍN ELECTRÓNICO N°1

AÑO 2021

¡Buenos días, estimados colegas interesados y apasionados por la microbiología!!

Debemos destacar que estamos ante una pandemia sin precedentes. Una cuarta parte de la población mundial está infectada y, entre 2020 y 2021, se pronostica que 10 millones de personas se habrán enfermado, 3 millones no habrán sido diagnosticadas ni recibirán atención, y más de 1 millón, principalmente los más vulnerables, habrán muerto. Esta pandemia no es COVID-19 sino Tuberculosis.

"EL TIEMPO CORRE"

Cada año, el 24 de marzo se conmemora el Día Mundial de la Tuberculosis (TB) para concientizar a la población sobre las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la TB, y para intensificar los esfuerzos para acabar con la epidemia mundial de esta enfermedad. La fecha marca el día en que, en 1882, el Dr. Robert Koch anunció que había descubierto la bacteria que causa la TB, lo que abrió el camino hacia el diagnóstico y la cura de esta enfermedad.

Hoy sabemos que la gran mayoría de los casos de TB humana son causadas por *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo ácido-alcohol resistente.

La TB sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más letales del mundo. Cada día, cerca de 28.000 personas enferman de TB, que es prevenible y curable y casi 4.000 pierden la vida por esta patología. Los esfuerzos mundiales para combatir la TB han salvado unos 63 millones de vidas desde el año 2000.

El lema del Día Mundial de la TB 2021 - "El tiempo corre"- nos da a entender que al mundo se le está acabando el tiempo para actuar según los compromisos adquiridos por los líderes mundiales para acabar con la TB. Esto es especialmente crítico en el contexto de la pandemia de COVID-19 que ha puesto en riesgo el progreso de Fin de la TB, y para asegurar el acceso equitativo a la prevención y la atención en línea con el impulso de la OMS para lograr la Cobertura Sanitaria Universal.

Frente al aumento de morbi-mortalidad por TB en este contexto de pandemia por COVID-19, nos propusimos entrevistar tres referentes sobre esta temática.

Aprovechamos la ocasión para enviar un cordial saludo a todos nuestros asociados.

Comité Redactor:

Lidia Wolff

*Médica especialista en Microbiología Clínica. Prof Asistente en la Cátedra de Clínica Infectológica 1. Fac. de Cs. Médicas, Univ. Nac. de Córdoba
e-mail: [lidia.wolff@gmail.com.ar](mailto:lidia.wolff@gmail.com)*

Cecilia Cuffini

Dra. en Ciencias de la Salud, Inv. Clínica CONICET, Prof. Adjunta, Instituto de Virología Dr. José María Vanella, Fac. de Cs. Médicas, Univ. Nac. de Córdoba, e-mail: ccuffini@fcm.unc.edu.ar

Héctor Alex Saka

Dr. en Ciencias Químicas, Investigador Adjunto CIBICI-CONICET, Prof. Adjunto Fac. de Cs. Químicas, Univ. Nac. de Córdoba, e-mail: alex.saka@unc.edu.ar

Laura Chiapello

Dra. en Ciencias Químicas, Investigadora Adjunta CIBICI-CONICET, Prof. Adjunta Fac. de Cs. Químicas, Univ. Nac. de Córdoba, e-mail: chiapello@fcq.unc.edu.ar

Laura Decca

Bioq. Especialista en Bacteriología, Laboratorio de Microbiología, Clínica Regional del Sud, Río Cuarto, Córdoba, e-mail: ldecca03@gmail.com

María Belén Pisano

Dra. en Ciencias Biológicas, Inv. Asistente de CONICET, Prof. Asistente del Instituto de Virología "J. M. Vanella", Facultad de Ciencias Médicas, Univ. Nac. de Córdoba, e-mail: mbelenpisano@gmail.com

Florencia Mongi

Bioquímica Especialista. en Parasitología, Sección Parasitología Sanatorio Allende, Córdoba. e-mail: florenciamongi@hotmail.com

Maria Celia Frutos.

Profesor Asistente. Investigadora Asistente CONICET. Laboratorio de Virus Linfotrópicos Humanos: HIV, HTLV y Poliomavirus. Instituto de Virología. Dr. JM. Vanella. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, e-mail: mariaceliafrutos@gmail.com

Paulina Paez

Dra. en Ciencias Químicas, Inv. Adjunta UNITEFA-CONICET, Prof. Adjunta Fac. de Cs. Químicas, Prof. Asociada Fac. Cs. Exactas, Físicas y Naturales, Univ. Nac. de Córdoba, e-mail: plpaez@unc.edu.ar

Agostina Zucotti

Bioq. Especialista en Bacteriología, Laboratorio de Microbiología, Fundación para el Progreso de la Medicina, Córdoba, e-mail: agostinazucotti@gmail.com

FILIAL CÓRDOBA INFORMA

Temas destacados de interés microbiológico: TUBERCULOSIS

Primera Entrevista:

Méd. Gabriela Roca- Programa provincial de control de la tuberculosis (PPCTB)

Médica especialista en Infectología, Facultad de Ciencias Médicas, Univ. Nacional de Córdoba.

Referente del PPCTB desde el año 2002.

1- ¿Cómo está organizado el Programa Provincial de Control de la Tuberculosis (PPCTB) de la provincia de Córdoba? ¿Está relacionado con otro organismo a nivel nacional y municipal?

El programa provincial, se encuentra organizado a través de su sede central, ubicada en el Hospital San Roque Viejo. Este programa se encuentra incorporado al Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Tanto en el departamento Capital como en el interior se cuenta con referentes en el ámbito público y privado, en hospitales, clínicas, Laboratorio Regional de Tuberculosis (Hospital Tránsito Cáceres de Allende) y Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba, en la Farmacia Central y la Comisión Sanitaria de Tuberculosis surgida por la ley provincial N° 9185/04. Un gran equipo que permite abordar la enfermedad desde un lugar integral.

Para mejorar el impacto y el trabajo de todos los equipos de salud, mantenemos articulaciones y trabajos conjuntos en **diferentes niveles**:

- Con instituciones **nacionales e internacionales**, como el Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra, junto a quienes trabajamos las líneas de OMS/OPS en relación a la enfermedad; el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (INER CONI), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán”, y los otros Programas Provinciales para la derivación de casos, seguimientos o situaciones particulares. Por último, se ha trabajado en capacitaciones y espacios de práctica en articulación con la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), principalmente con las carreras de medicina y trabajo social, además del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.
- **A nivel provincial**, contamos con una mesa de articulación junto a referentes de hospitales, Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) provinciales, Dirección de Integración Sanitaria, Servicio Social Central, etc. Además, tenemos contacto con otras instituciones como la Secretaría de adicciones, con ámbitos educativos, comunitarios, entre otras.
- **A nivel municipal**, trabajamos junto al Programa Municipal de TB que se encuentra en la Dirección de Medicina Preventiva. Sumado a articulaciones con los centros de salud municipales y los hospitales municipales. Por último, tenemos contacto con instituciones educativas o de protección de derechos de la niñez, registro civil, entre otras.

2- ¿Cuáles son los objetivos del PPCTB?

Los objetivos del PPCTB surgen de los lineamientos internacionales y nacionales, en la lucha por el fin de la TB, a lo que se le suman los objetivos y tareas que se llevan a cabo a nivel provincial, tanto de vigilancia como del control de la medicación, capacitación y seguimiento de pacientes en todo el territorio de Córdoba.

Objetivo general:

- Lograr la erradicación de la TB para cortar la cadena de contagio, reduciendo la morbi-mortalidad en la Provincia de Córdoba.

Objetivos específicos:

- Realizar la vigilancia epidemiológica y operacional de TB, ejecutando medidas, planes de control y seguimiento a nivel provincial.
- Garantizar el abastecimiento regular de medicamentos para todas las personas incluidas en el PPCTB.
- Coordinar con referentes del Programa Nacional de TB la unificación de criterios de trabajo para la prevención, atención y control de las personas con TB.
- Fomentar estrategias de diagnóstico temprano, adherencia al tratamiento y su culminación desde una perspectiva de derecho a la salud de manera integral.

Acciones del PPCTB

Articulación de líneas de trabajo con centros asistenciales, públicos y privados, distribuidos en todo el territorio provincial según los criterios establecidos junto al Programa Nacional de TB.

Actividades de prevención, promoción y sensibilización hacia la sociedad civil.

Planes de capacitación constante hacia equipos de salud e instituciones como escuelas, cárceles, instituciones de salud mental, entre otras.

Promoción de circuitos que faciliten la descentralización de los tratamientos, las notificaciones y el seguimiento para mejorar el derecho a la salud.

Arbitrar los medios para el acceso a transferencias formales, establecidas por la Ley Provincial N° 9185/04 destinadas a asegurar la protección socioeconómica de la población vulnerable buscando favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar su calidad de vida.

3-¿Cuál es el personal del PPCTB?

Actualmente el PPCTB cuenta con una médica infectóloga, una licenciada en trabajo social y una estudiante avanzada de la carrera de medicina.

4-¿Los centros de atención primaria de la salud (APS) tienen trabajadores sociales?

No se cuenta con trabajadores sociales en todos los centros de salud, pero sí a nivel provincial y municipal, hay varios profesionales

distribuidos por zonas, además de centros donde hay un psicólogo o una psicóloga. Se suma la articulación con los servicios sociales de los hospitales o clínicas, para adhesión y seguimiento. Por último, tanto el programa municipal, como el provincial, cuentan con una trabajadora social.

5-¿Qué profesionales de un centro de Atención Primaria de Salud (APS) están capacitados para diagnosticar clínicamente un paciente con TB y solicitar una baciloscopía?

Todo personal que se encuentre capacitado puede solicitar la baciloscopía desde APS, de hecho, es parte de los lineamientos internacionales y se encuentra perfectamente delimitado en la Guía Práctica de Tratamiento de la Tuberculosis. Desde el programa provincial y municipal se viene trabajando en la capacitación y la derivación de las muestras.

El diagnóstico clínico puede realizarlo personal médico formado y capacitado en TB. En situaciones de casos más complejos se realiza la derivación al especialista, sin embargo, es todo el equipo de salud de APS quien va a llevar adelante el acompañamiento de la persona y su familia a lo largo del tratamiento.

Programa Provincial de TB - Área de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Rosario de Santa Fé 374 - 2do piso - Hospital San Roque Viejo. Centro, Córdoba Capital

Tel./Fax: 0351 429-1349 - internos 251 - Cel: 351-3469005 (WhatsApp)

E-mail: programatbccordoba@gmail.com Web:

<http://www.cba.gov.ar/epidemiologiaweb/>

Coordinadora del Programa: Méd. Gabriela Roca

Equipo de trabajo: María Sol Domínguez, Lic. Lucia Lerda

Segunda Entrevista:

Méd. María Eugenia Ferreira- Hospital Rawson

Médica Cirujana (UNC), Especialista en Medicina Familiar y General, Especialista en Infectología.

Encargada de los pacientes con Tuberculosis del Hospital Rawson de Córdoba.

Asesora Clínica del Programa Provincial de Tuberculosis dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

1- ¿Cuáles son los signos y síntomas para sospechar Tuberculosis pulmonar?

La principal presentación clínica que nos hace sospechar tuberculosis pulmonar es el paciente que entra en la categoría de **“Sintomático Respiratorio” (pacientes con tos y expectoración de más de 2 semanas de evolución)** este cuadro sintomático tiene fuerte asociación a tuberculosis si se asocia a fiebre y pérdida de peso.

Ante esta situación (sintomático respiratorio) es necesario realizar la investigación epidemiológica, una radiografía de tórax y solicitar estudios microbiológicos de esputos seriados (directo y cultivo para bacilos ácido-alcohol resistentes).

2-¿En qué población son más frecuentes las formas extrapulmonares de TB?

La mayoría de las localizaciones extrapulmonares de la TB deriva de la siembra hematógena propia de la primoinfección que, al encontrar condiciones favorables para su desarrollo en un determinado órgano, puede progresar y producir enfermedad, esto se da particularmente en niños, en adolescentes y en personas inmunocomprometidas, pero también se puede presentar en personas sin determinantes de inmunocompromiso, particularmente la TB pleural y ganglionar.

La TB extrapulmonar constituye menos del 20% de todos los casos de TB, pero en los pacientes con SIDA (persona portadora de VIH con severo inmunocompromiso), hasta el 60-70% de los casos pueden ser extrapulmonares exclusivamente o asociados a compromiso del pulmón.

En Argentina la localización extrapulmonar más frecuente es la pleural, seguida por la ganglionar y en los casos de localización extrapulmonar múltiple, después de la pleural predomina la osteoarticular.

3-¿Existe alguna relación fisiopatogénica entre TB y COVID 19?

Ambas enfermedades se transmiten principalmente por vía respiratoria, TB por microgotas y COVID-19 por macro y microgotas.

La fisiopatología es distinta ya que TB es una enfermedad bacteriana con período de incubación de varias semanas, que puede permanecer en estadio latente por décadas y tiene formas de presentación subagudas o crónicas destacándose preponderantemente la respuesta inmunitaria celular. Por otro lado, COVID-19 es viral, tiene un período de incubación menor a dos semanas y una presentación aguda con casos asintomáticos,

oligosintomáticos y sintomáticos, destacándose preponderantemente la respuesta inmunitaria humoral pero también jugaría un rol importante la inmunidad mediada por células (continúan en estudio la complejidad de los mecanismos fisiopatológicos de COVID-19).

En COVID-19 las vías respiratorias altas habitualmente se encuentran comprometidas ya que el virus se une a receptores de las células de la mucosa respiratoria; en TB el compromiso de las vías respiratorias altas es rarísimo.

En las dos enfermedades la respuesta inmune es un arma de doble filo, las respuestas inflamatorias dan inmunidad protectora que coexisten con la producción de mediadores inflamatorios que provocan daño tisular para el pulmón del huésped.

4-¿Existe una mayor predisposición a infecciones por SARS-Cov-2 en pacientes con TB activa?

No se sabe con certeza si hay mayor predisposición a contraer el SARS-Cov-2 en pacientes con TB, pero dado que las dos enfermedades comparten al pulmón como sitio diana hace que COVID-19 tenga mayor morbilidad y mortalidad en personas que tienen o han tenido tuberculosis según se ha visto reflejado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales. El aumento de la morbilidad y la mortalidad es más importante en las personas con TB activa.

5-¿Cómo ha influido la pandemia de COVID-19 sobre el control de la TB?

La pandemia de COVID-19 ha influido de forma desfavorable en el control de la TB dificultando la accesibilidad a la atención de esta

patología. Las limitaciones para circular asociadas al paro de transporte generaron que las personas no pudieran acudir a los controles periódicos y a los controles de foco, también viéndose afectado el retiro de medicación. Los sistemas de salud priorizaron COVID-19 quitando personal y recursos a TB, igualmente se suspendieron en algunas zonas sanitarias la administración del tratamiento tuberculostático directamente observado (TDO) herramienta fundamental para el tratamiento y control de la TB en la comunidad.

La letalidad por TB ha aumentado en todo el mundo acompañado de un descenso del nivel de notificaciones demostrando las dificultades en el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad en el contexto de pandemia.

Además, la situación de restricciones de desplazamientos y de actividades laborales han favorecido la pobreza y la transmisión intrafamiliar y/o comunitaria de la TB.

6-¿Cómo influye la infección con VIH en el paciente con TB? ¿Cómo es el tratamiento para TB para los pacientes VIH (+)?

La infección por VIH favorece la disminución de la inmunidad celular, inmunidad imprescindible para el control de la enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis*. El VIH es el principal factor de riesgo para tuberculosis activa (favorece el pasaje de TB infección a TB enfermedad).

El tratamiento de la TB en pacientes VIH en líneas generales es un poco más prolongado en el tiempo que en los pacientes sin VIH y se debe tener especial cuidado con las interacciones medicamentosas entre las drogas del tratamiento antirretroviral y las del tratamiento tuberculostático.

7-¿Hay disponibilidad de drogas para tratar a todos los pacientes con diagnóstico de TB en nuestro país?

Nuestro país dispone de un programa nacional dependiente de la Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TB donde tras notificación de caso se dispone de los medicamentos necesarios para pacientes con TB sensible o resistente a drogas, igualmente para aquellos que hayan presentado alguna toxicidad medicamentosa al esquema normatizado.

8-¿Cuenta con el personal necesario para realizar su trabajo?

Mi trabajo es en el Hospital Rawson de Córdoba donde hay profesionales en bioquímica, microbiología, radiología, imágenes, trabajado social, farmacia, neumonología, cirugía general y torácica, neurología, salud mental, etc., que colaboran con los profesionales del equipo de TB. La dificultad actual es que la pandemia ha tornado a nuestro hospital en un centro dedicado exclusivamente a COVID-19 en las áreas de emergencias e internación por lo que no se diagnostican casos nuevos de TB con la frecuencia de años previos a la pandemia.

Adjunto links del último boletín epidemiológico argentino y de la publicación anual sobre TB de la OMS (Global Tuberculosis Report)

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/boletin-epidemiológico-tuberculosis-2021.pdf>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

Tercera Entrevista:

Bioq. María Cristina Cosiansi- Laboratorio Regional de Tuberculosis-Hospital Tránsito Cáceres de Allende.

Bioquímica MP 1913, Especialista en Bacteriología MP 289, Farmacéutica. Desempeño en la Sección de Bacteriología del Hospital Tránsito Cáceres de Allende desde el año 1994. A cargo del Laboratorio de Referencia de Diagnóstico de Tuberculosis desde el año 2004.

1-¿Cómo está formada la Red de Laboratorios de diagnóstico de Tuberculosis de nuestro país?

La red de Laboratorios de Diagnóstico de TB en Argentina, en donde todos los participantes trabajamos en conjunto aportando cada uno su labor para “luchar contra la tuberculosis”, está formada por sitios de atención con distintos niveles de complejidad.

Realizar la búsqueda de personas enfermas de TB para que reciban el tratamiento adecuado y cortar la cadena de contagios de esta enfermedad, implica realizar estudios, básicamente de muestras de esputos, de pacientes con sintomatología respiratoria. En cada población, ciudad o provincia de nuestro país se encuentran lugares de atención primaria en donde se solicita y se reciben del paciente, muestras seriadas de esputo. Desde este **primer nivel de atención** se derivan las muestras a laboratorios capacitados para realizar baciloscopías (**segundo nivel**). Un

laboratorio de mayor complejidad es el que realiza también cultivos (**tercer nivel**) y en el **cuarto nivel** se encuentra el laboratorio que además de los estudios anteriores, realiza pruebas de identificación y de sensibilidad a drogas antituberculosas de primera línea. Estas tareas se llevan a cabo en nuestro **Laboratorio de Referencia** que se encuentra en el **Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Ciudad de Córdoba**; y que también realiza otras actividades como controles de calidad de baciloscopías y entrega de medios de cultivo y colorantes de elaboración propia, a otros laboratorios de la red, que por algún motivo los necesiten.

Otro participante de la red es el **Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba** que realiza análisis biomoleculares (PCR). Para realizar estudios de mayor complejidad, brindar talleres de capacitación o ante cualquier consulta, la red cuenta con el servicio **de Micobacterias de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) - Dr. Carlos G. Malbrán (Bs. As.)** y del **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) - Dr. Emilio Coni (Santa Fe)** a nivel nacional.

2-¿Cuál es el flujograma de una muestra clínica para investigar Tuberculosis desde su solicitud hasta la entrega de los resultados?

Nuestro laboratorio, como referente, recibe muestras y aislamientos (cultivos positivos) de centros de salud provincial, municipal o privados, brindando un diagnóstico gratuito a toda persona que lo necesite como así también el PPCTB entrega sin cargo, las drogas necesarias para el tratamiento.

Las muestras deben ser trasladadas en cajas de bioseguridad y pueden llegar en manos de choferes hospitalarios, comisionistas o familiares del paciente. Proveemos a cada centro de salud una copia del protocolo correspondiente de solicitud de estudios, los que se deben adjuntar al envío, con todos los datos solicitados. Esta información es muy importante para ubicar epidemiológicamente al paciente. También solicitamos una dirección de correo electrónico (E-mail) del centro de salud para enviar los resultados.

3-¿Cuáles son las técnicas de diagnóstico bacteriológico de Tuberculosis que se utilizan en nuestra provincia?

Las técnicas básicas de diagnóstico son: baciloscopía con tinción de Ziehl Neelsen, cultivos en medios de cultivos sólidos con métodos como el de “Kudoh-Ogawa” (de menor complejidad y sensibilidad) y el método de “Petroff modificado” (más complejo, con mayor sensibilidad). Este último, es el que utilizamos en nuestro laboratorio utilizando medios sólidos a base de huevo como el de Lowenstein Jensen y otro, para la búsqueda de *Mycobacterium bovis* llamado Stonebrink.

Además, para acortar los tiempos de detección y aumentar la sensibilidad en muestras paucibacilares, realizamos siembras en medios líquidos enriquecidos y con un sistema automatizado de detección de crecimiento.

Para identificación de los aislamientos realizados, utilizamos una técnica de inmunoanálisis cromatográfico que permite detectar al “complejo *Mycobacterium tuberculosis*” y otras pruebas bioquímicas para definir la especie *tuberculosis*, *bovis* o micobacterias no tuberculosas.

Con respecto a pruebas de sensibilidad a drogas de *Mycobacterium tuberculosis*, lo acordado en la red nacional de laboratorios, es detectar la sensibilidad a isoniacida y rifampicina en los laboratorios provinciales y a otras drogas de primera y segunda línea, en los laboratorios de referencia nacional. Los métodos utilizados en nuestro laboratorio para tal fin, son el de “Las proporciones” (Canetti y col.) que es de referencia y el de “Nitrato-reductasa” (screening, de lectura rápida).

4- ¿Cuál es el aporte de las técnicas moleculares actualmente en nuestra provincia para TB? ¿Quién puede solicitarlas?

El Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba, en el área de bacteriología, realiza diagnóstico por PCR en tiempo real, de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras como líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, materiales de biopsias, respiratorios y/o cepas. Se da prioridad a la recepción de muestras de pacientes inmunocomprometidos, con antecedente de abandono de tratamiento independientemente del resultado de la baciloscopía. Se debe contactar con el laboratorio para acordar el envío de muestras.

5-¿Cuál es la importancia de la resistencia a drogas antituberculosas en nuestra provincia y en Argentina?

Es consenso a nivel nacional, realizar pruebas de sensibilidad a todos los aislamientos obtenidos de casos de tuberculosis, por lo que solicitamos que todas las muestras con baciloscopía positiva y aislamientos realizados en los laboratorios de la red y de laboratorios

privados, los envíen al nuestro, para aislar y/o identificar y comprobar sensibilidad a drogas. De este modo podremos tener conocimiento de la sensibilidad/resistencia a drogas, de las cepas que circulan en nuestra provincia.

Hemos tenido y tenemos principalmente casos resistentes solamente a isoniacida y muy bajo número de casos con multidrogoresistencia (MDR)* (entre 0 a 3 por año) y resistencia extendida (XDR)**. Si vemos el último Boletín Nacional con información del año 2019 en el país se informaron 12.499 casos totales de TB de los cuales 325 presentaron resistencia a alguna droga y de éstos 140 fueron MDR y 7 XDR; en Córdoba se denunciaron 394 casos totales, en donde 1 mostró MDR y ninguno XDR. Se notificó mayor número de casos MDR en Buenos Aires (52), C.A.B.A (42) y Santa Fé (24).

*MDR: resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina.

**XDR: MDR más resistencia a fluorquinolonas (levofloxacin, moxifloxacin) y a alguna droga inyectable de segunda línea (amicacina, kanamicina, capreomicina).

6-¿Es adecuada la comunicación entre los médicos clínicos y los profesionales del laboratorio de diagnóstico en nuestra provincia?

La comunicación desde nuestro laboratorio con otros centros asistenciales no es fácil, depende del lugar de procedencia de la muestra, cuáles son los datos consignados en el pedido de estudios y qué contacto tenemos o podemos buscar desde donde se recibe el envío. Normalmente lo hacemos con nuestros teléfonos celulares particulares o por e-mails a

los laboratorios bacteriológicos de la red. Además, estamos en permanente contacto con el PPCTB para intercambiar información sobre algún paciente o médico tratante.

7-¿Cuenta con el personal necesario para realizar su trabajo?

El recurso humano con que cuenta nuestro laboratorio, como casi todos los de la red, es insuficiente. En nuestro caso, somos dos bioquímicas especialistas en bacteriología, de planta permanente de las cuales, a fin de este año, quedará una sola. Además, contamos con dos profesionales contratadas, que están afectadas a extracciones y guardias en el laboratorio general de nuestro hospital, lo que implica que sus desempeños sean de tiempo reducido. Esto dificulta planificar y llevar a cabo todas las actividades de un laboratorio de referencia como es proyectar controles de calidad y asistencia o visitas a los laboratorios de la red, implementar nuevas técnicas, etc.

8-¿Está contemplada la rotación de profesionales de la salud para su formación en el Laboratorio de Referencia?

Las rotaciones de profesionales por nuestro laboratorio se restablecieron en el mes de marzo de 2021, luego de la pandemia. Están permitidas por el Ministerio de Salud de nuestra provincia para profesionales Bioquímicos o Médicos que estén cursando una residencia o especialidad.

Datos Adjuntos:

1-Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba, Área de Bacteriología.

Dirección de correo electrónico: bacteriolabcentral@gmail.com

Dirección: Tránsito Cáceres de Allende 421- B° Nueva Córdoba- Córdoba

2-Laboratorio de Referencia de Tuberculosis-Hospital Tránsito Cáceres de Allende

Dirección de correo electrónico: labregtbcb@yahoo.com.ar

Dirección: Buchardo 1250 - B° Pueyrredón-Córdoba

Bibliografía:

1-Boletines N° 1, 2, 3, 4 “Tuberculosis en la Argentina”.

Programa de VIH, ETS, Tuberculosis y Lepra. Ministerio de Salud de la Nación.

2- MANUAL PARA EL DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS. PARTE 1: MANUAL DE ACTUALIZACIÓN DE LA BACILOSCOPÍA/ Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas” -- Lima: ORAS - CONHU; 2018

3- GUÍA PRÁCTICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON TB EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Programa de VIH, ETS, Tuberculosis y Lepra. Ministerio de Salud de la Nación

4- MANUAL PARA EL DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS NORMAS Y GUÍA TÉCNICA PARTE II CULTIVO OMS-OPS

5- MANUAL DE ALGORITMOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS/Programa “Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas” -- Lima: ORAS - CONHU; 2018 Organización y recursos del sistema de salud. Diagnóstico de laboratorio/ALGORITMOS/ TUBERCULOSIS

—