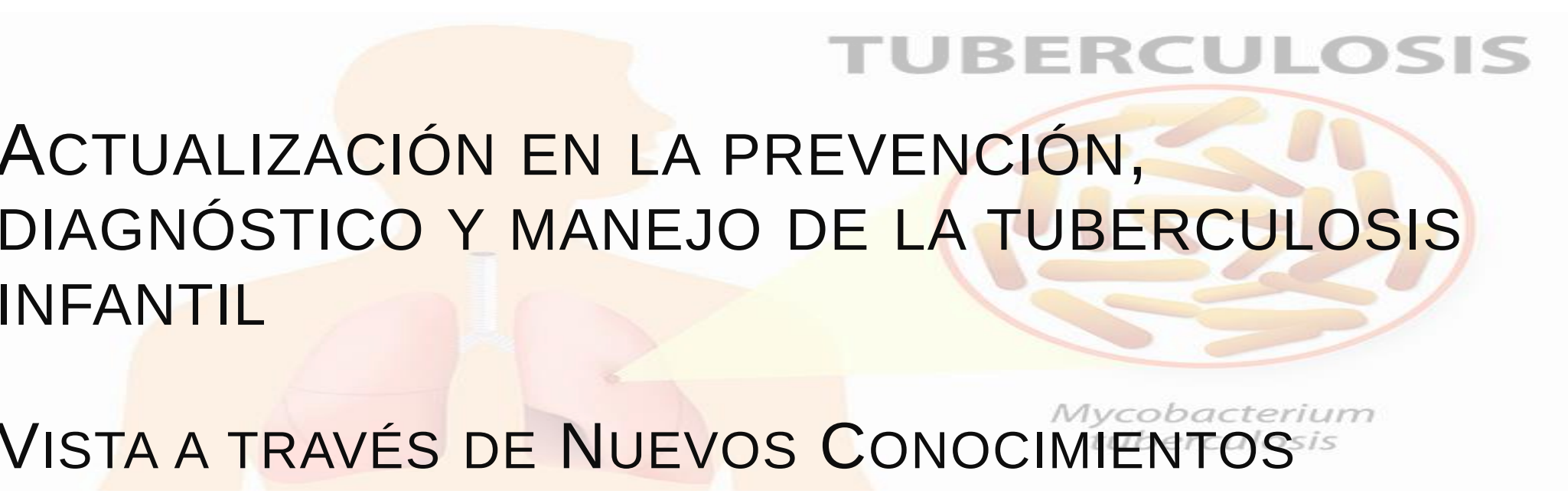




TUBERCULOSIS

ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

VISTA A TRAVÉS DE NUEVOS CONOCIMIENTOS

XI CONGRESO NACIONAL DE TUBERCULOSIS

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIA MINSAL

DR. ENRIQUE EDUARDO POSADA MALDONADO.

COORDINADOR DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS.

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMÍN BLOOM"

Introducción: la tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infectocontagiosas más importantes en el mundo ya que se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

En niños puede afectar cualquier órgano o sistema, a cualquier edad, pero con mayor frecuencia es pulmonar.

Tiene graves consecuencias si no se la diagnostica y trata de forma oportuna y adecuada.

Los signos y síntomas son variados e inespecíficos, lo que sumado a la dificultad en el aislamiento del *Mycobacterium tuberculosis* a partir de muestras en niños, disminuye la probabilidad de hacer el diagnóstico.

La TB Infantil, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la que se presenta en menores de 15 años; aporta aproximadamente el 11% de todos los casos de TB en el mundo, pese al subdiagnóstico y al subregistro es importante tenerla siempre presente, por la dificultad en el aislamiento del microorganismo y por el bajo índice de sospecha.

La incidencia varía entre 60 a 600 casos por 100.000 niños al año, y es más alta en los países más poblados.

Entre los factores que aumentan la susceptibilidad a la infección se encuentran la desnutrición, el hacinamiento, la infección por el VIH, la inmunosupresión por diversas causas y algunos factores genéticos.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que viene en aumento en todo el mundo debido a factores de riesgo como el hacinamiento, el bajo estrato socioeconómico, la pertenencia a comunidades indígenas con alta prevalencia de la enfermedad y el contacto epidemiológico positivo.

La presencia de estos factores de riesgo y otros como la inmunosupresión, la nos deben alertar sobre la posible existencia de la enfermedad ante ciertas manifestaciones clínicas, pero su ausencia no excluye la enfermedad.

La sospecha es el pilar diagnóstico fundamental de tuberculosis en un niño; si no se tiene claridad acerca de cuáles son los síntomas, signos, factores de riesgo y exámenes diagnósticos disponibles, es muy difícil iniciar su búsqueda y, por consiguiente, hacer el diagnóstico.

Durante décadas, la tuberculosis infantil ha sido una enfermedad invisible. Los niños se pueden contagiar de ella, como cualquier adulto. Pero no suelen transmitirla. Así que no se han dedicado esfuerzos suficientes para prevenirla, detectarla (algo bastante más complicado que en los mayores) ni curarla.





**Pan American
Health
Organization**



*Regional Office of the
World Health Organization*

Epidemiologia e Historia Natural de la Tuberculosis Infantil

Situación Epidemiológica Mundial de TB en el <15 año

Año 2012

3,1 millones de niños <15 a se infectan / año

530,000 casos nuevos estimados en <15 años

74,000 muertes en niños <15 sin VIH

349,000 casos estimados notificados (incluye países que no desagregan por edad)

Casos pediátricos = transmisión reciente en la comunidad, indirectamente evalúan el impacto del PNCTB

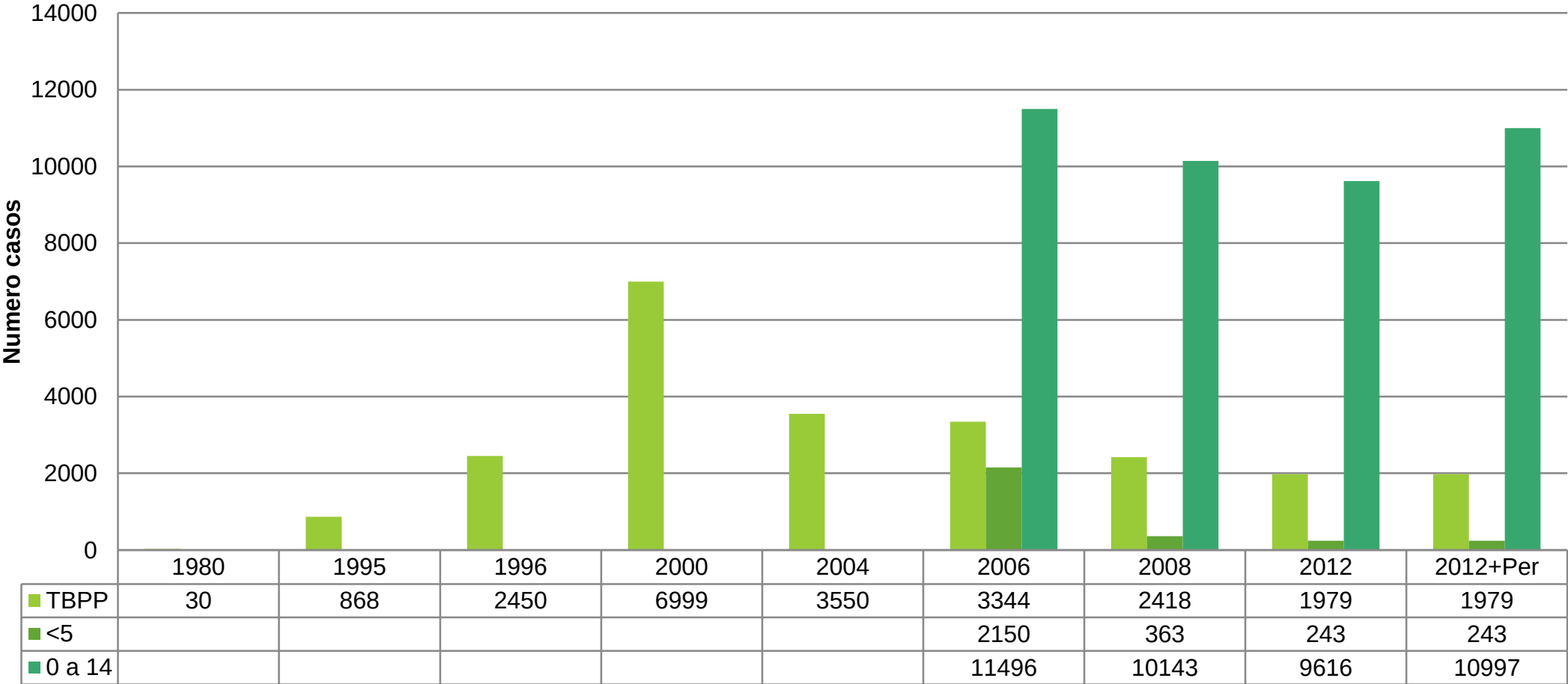
“Centinelas Epidemiológicos”

Carga de la TB en las Americas, 2012

	Numero de casos estimados	No de muertes estimadas
TB todas las formas: 0 a > 60	280.000 (rango, 260–300,000)	19.000* (rango, 16–21,000)
TB todas las formas: < 15	17.225	1480*
VIH-asociado a TB	31.000 (rango, 31 - 38,000)	
TB (TB-MDR)*: 0 a > 60	7.000	<i>*excluye muertes en personas con VIH+</i> <i>*TB-MDR estimada entre los casos notificados</i>
TB (TB-MDR)*: < 15	210	

Disponibilidad de información en el sistema de OMS

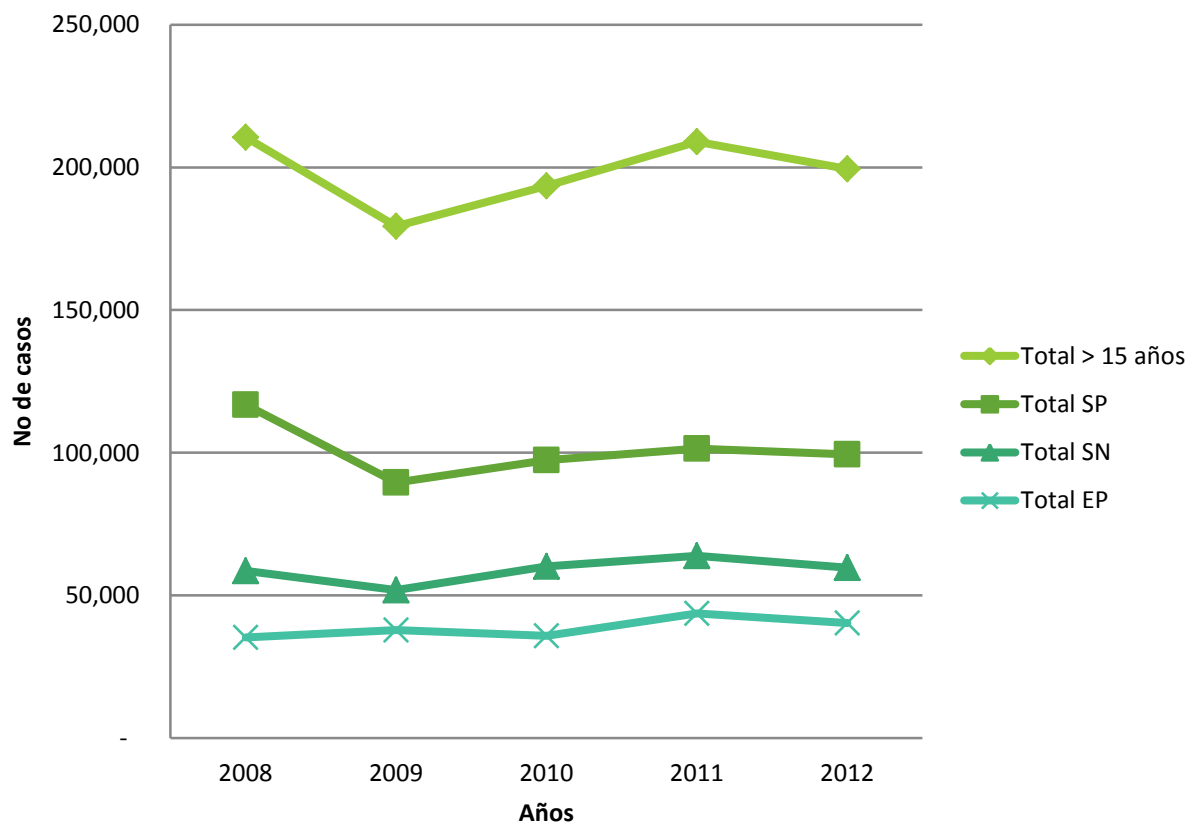
Relación histórica de la notificación en pediatría



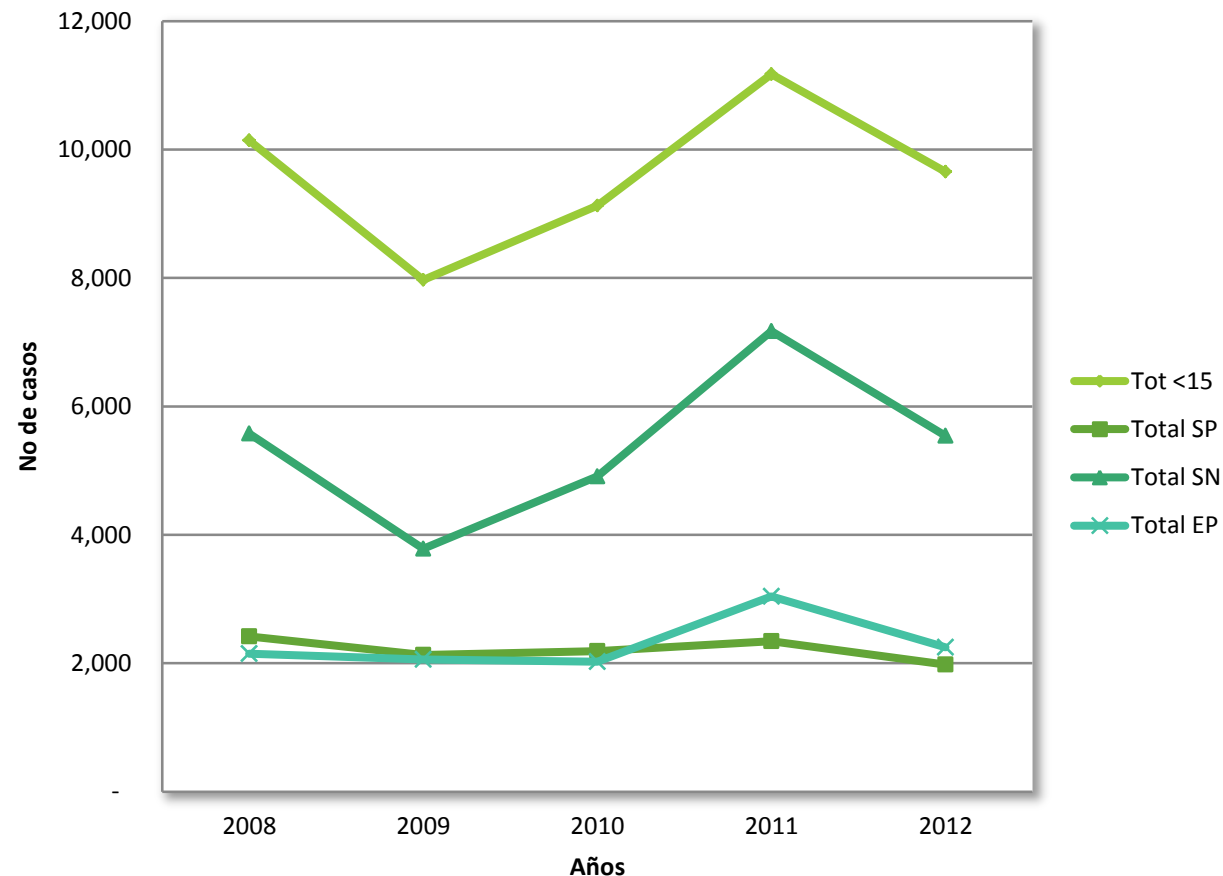
# países	1	19	31	33	37	32	33	42	43
----------	---	----	----	----	----	----	----	----	----

Notificación de casos de TB por forma de presentación adultos vs niños en las Americas (2008-2012 OMS)

Casos Nuevos de TB en adultos en America 2008-2012

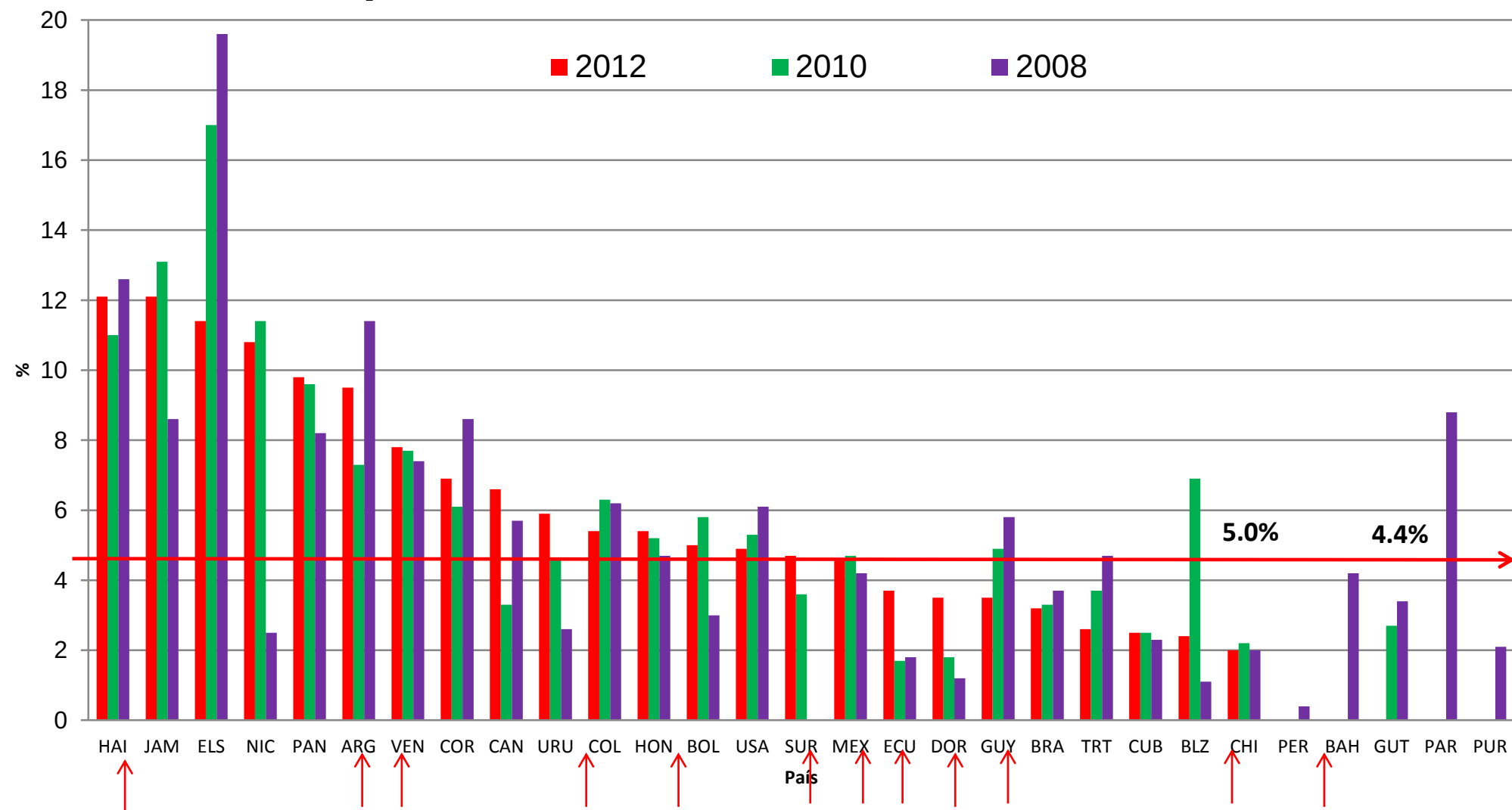


Casos Nuevos de TB en niños America 2008-2012

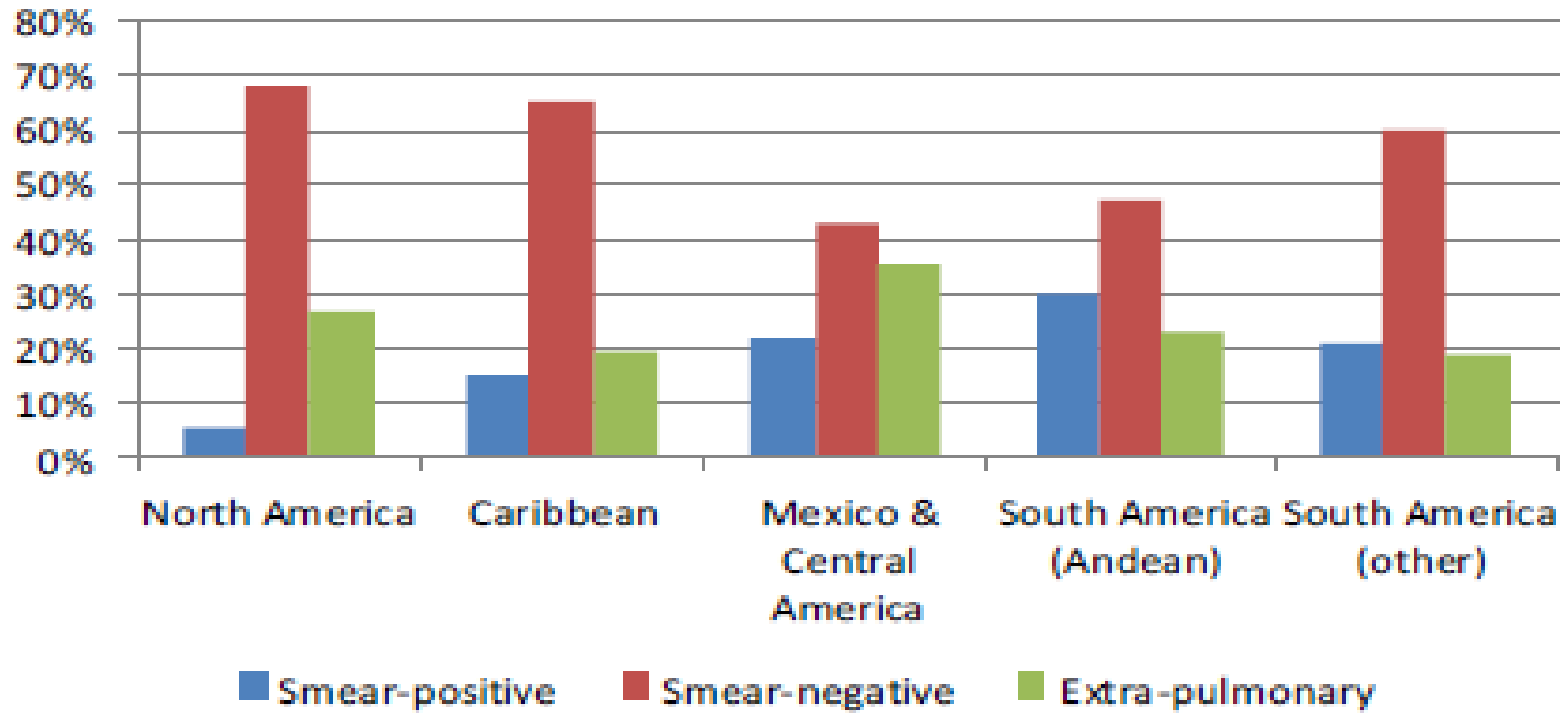


Casos TB en < 15 años en America.

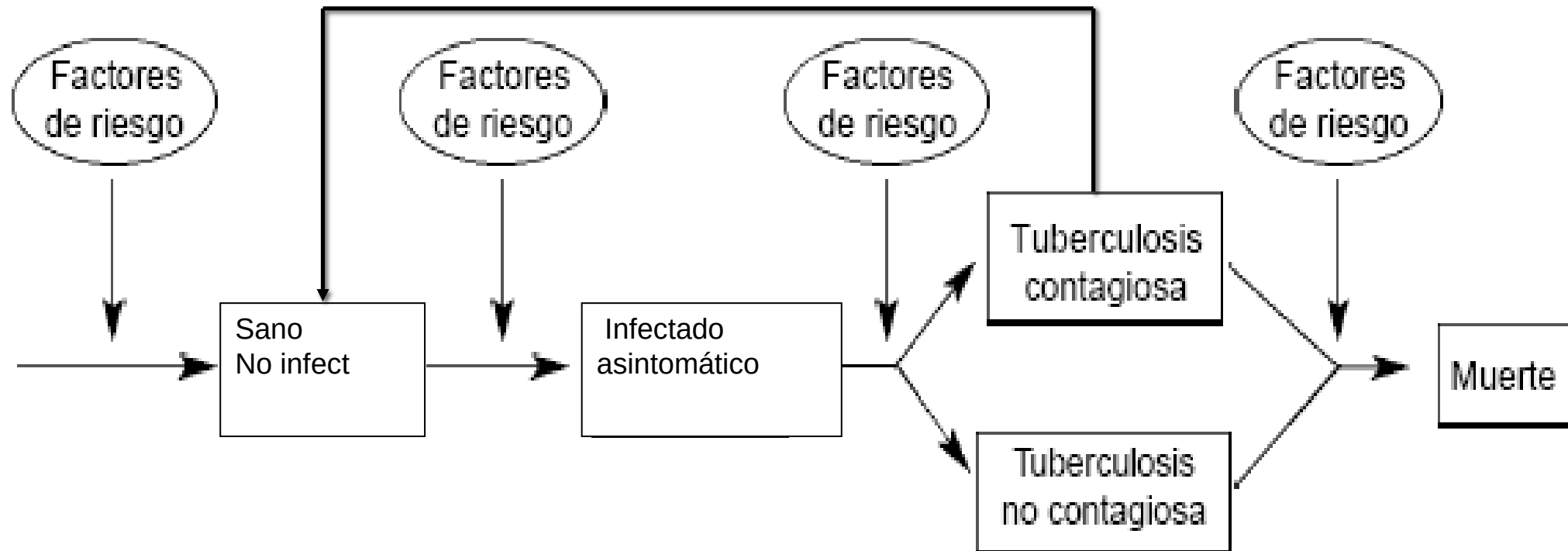
Proporcion de todos los casos notificados 2008-2012



Tuberculosis en <15 años por formas de presentación En Las Américas – OMS 2012



Historia Natural de la Tuberculosis



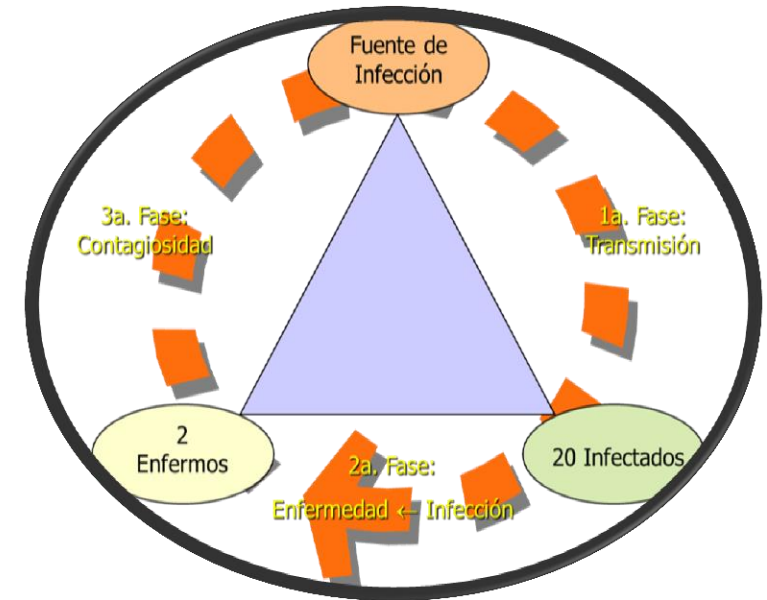
Riesgo de exposición

Numero de casos infectantes en la comunidad

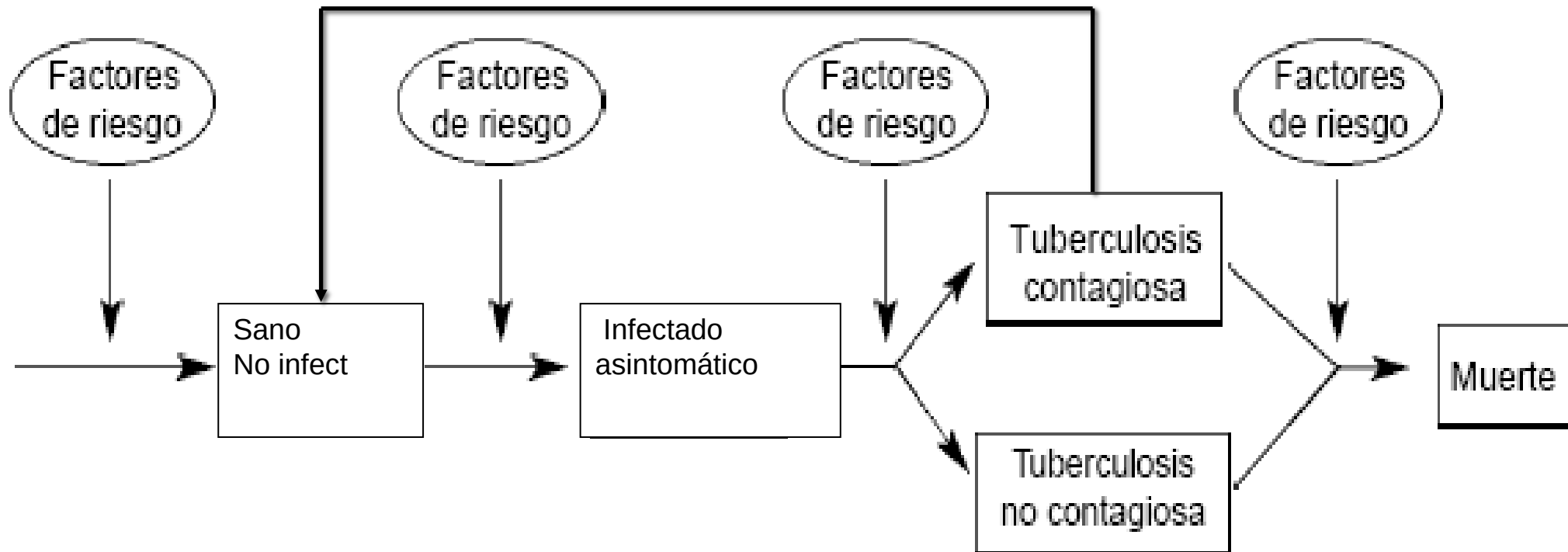
Tiempo sin diagnostico ni tratamiento de casos infectantes

Numero de interacciones

Edad del caso índice



Historia Natural de la Tuberculosis



Riesgo de Infección

Tipo de TB del caso índice

Ventilacion, clima, densidad poblacional

Edad y Sexo

Estado inmunologico

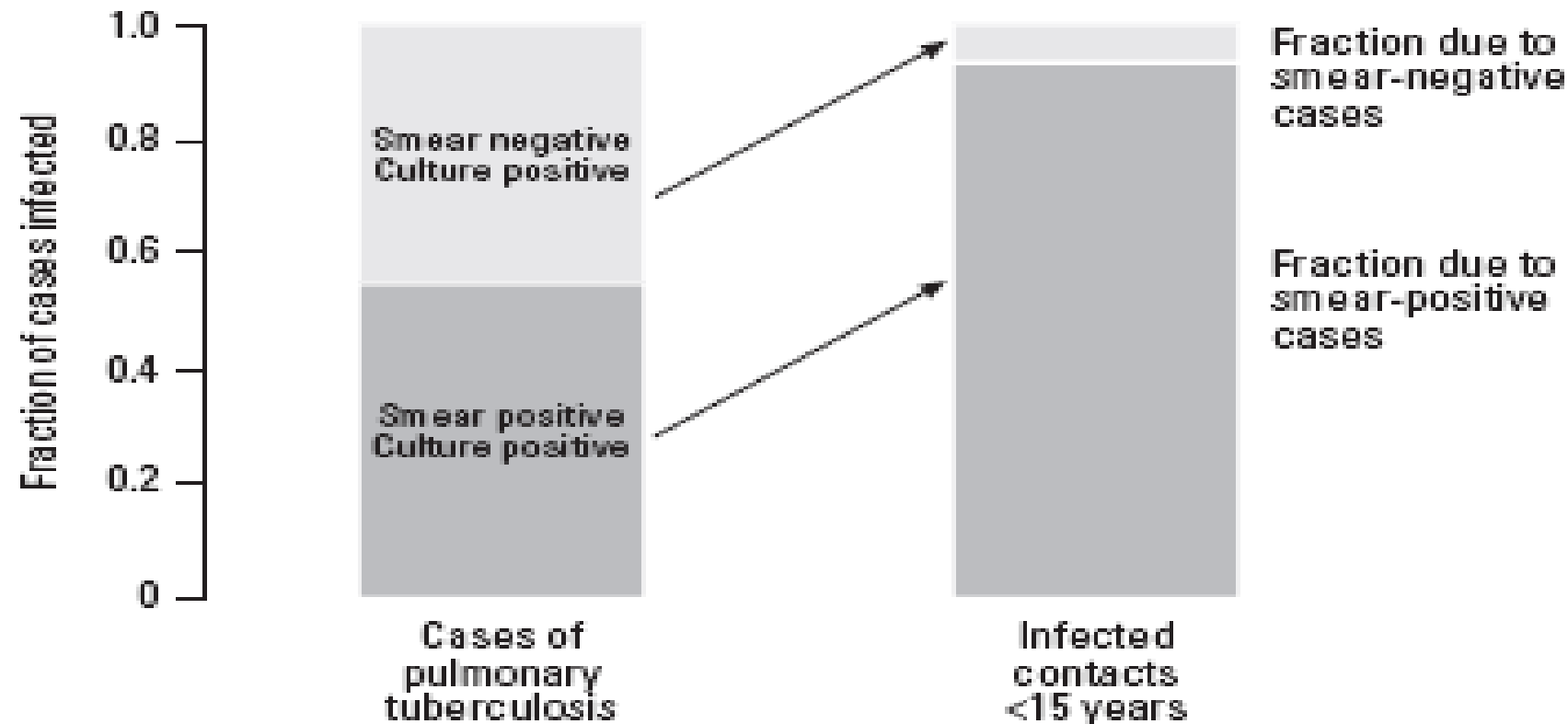
Estado nutricional

Factores geneticos

Determinantes sociales: escolaridad materna, saneamiento ambiental, polucion intradomiciliaria (tabaquismo), etc

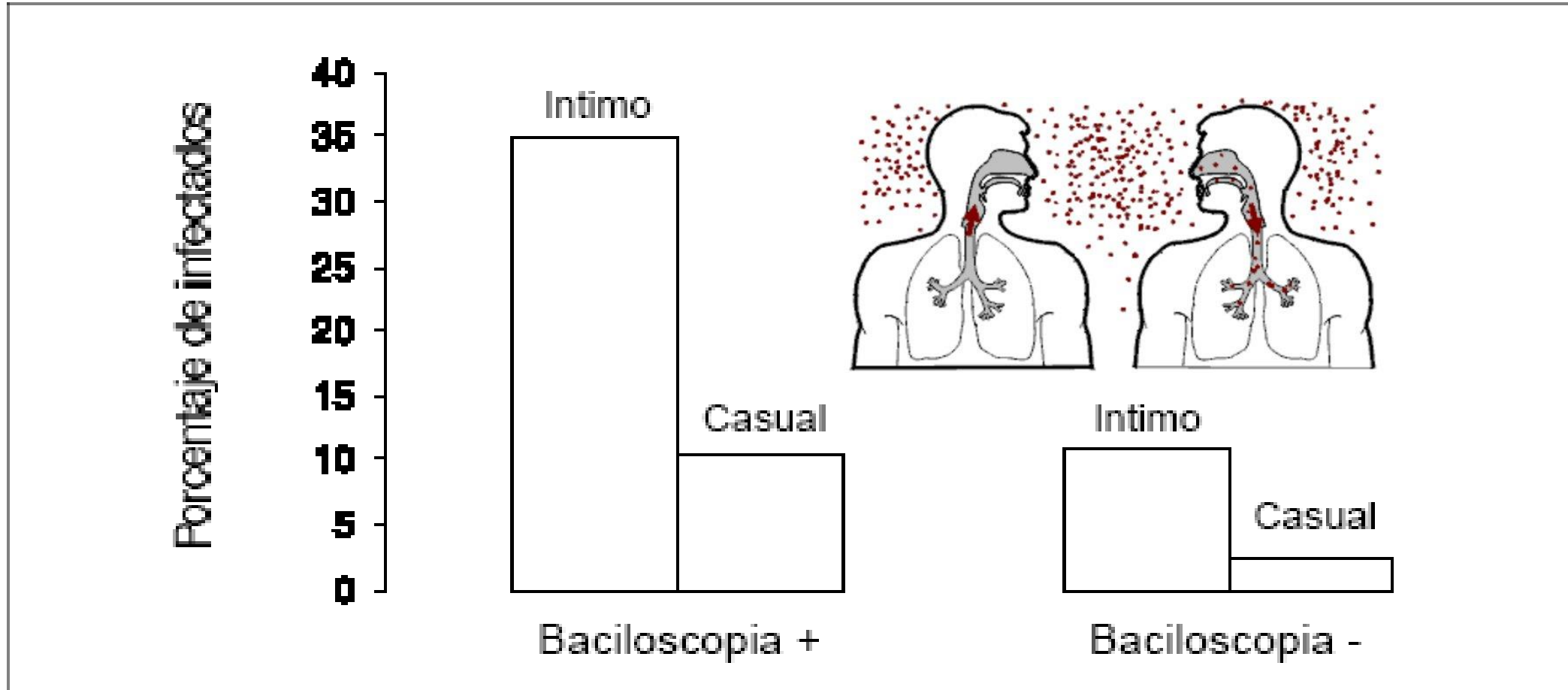
Proporción de contagiosidad según resultado de baciloscopía y cultivo de caso índice con TBP

Proportion of transmission attributable to smear-positive and to culture-only-positive pulmonary tuberculosis in British Columbia and Saskatchewan^a



6. Behr MA et al. Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* from patients smear-negative for acid-fast bacilli. *Lancet*, 1999, 353:444-449.

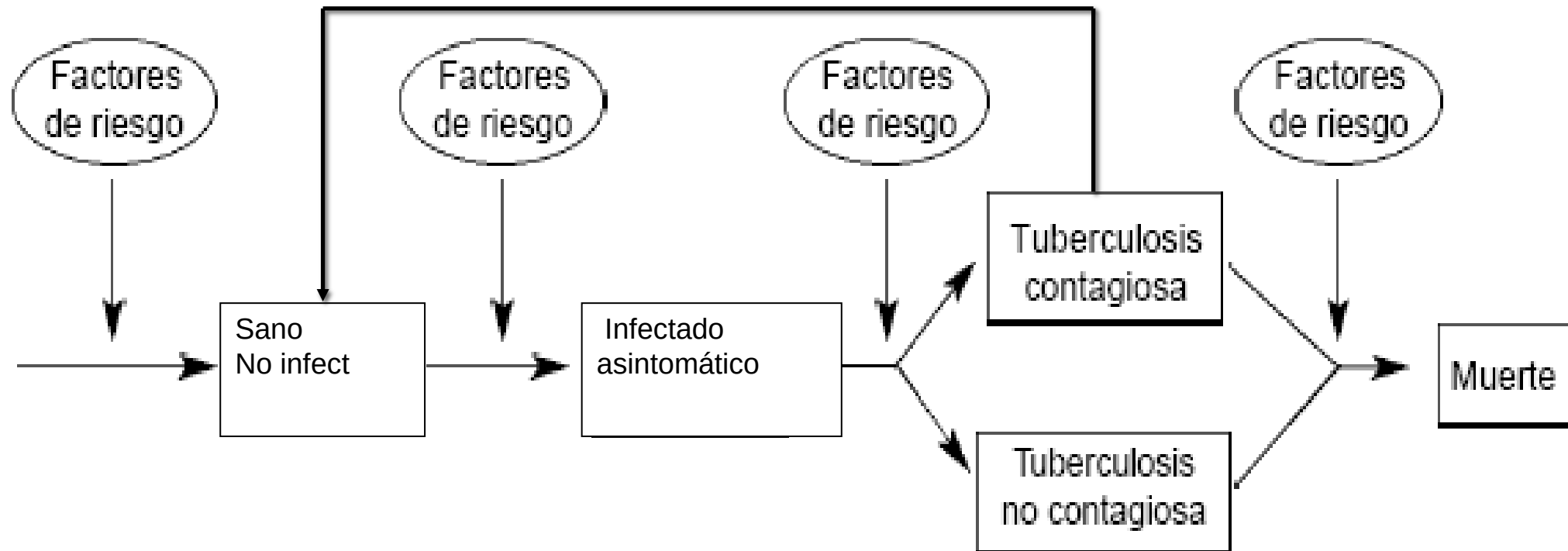
Contagiosidad de la tuberculosis según la proximidad y situación bacteriológica del caso índice



Determinantes sociales de salud y TB

	RR para TB enfermedad	Prevalencia en la población	Fracción Atribuible en la población
Infección VIH	8.3	1.1%	7%
Desnutrición	4.0	17.2%	34%
Diabetes	3.0	3.4%	9%
Tabaquismo	2.6	18.2%	23%
Polución intradomiciliar	1.5	71.1%	26%

Historia Natural de la Tuberculosis



Riesgo para enfermar

Tiempo transcurrido desde la infección

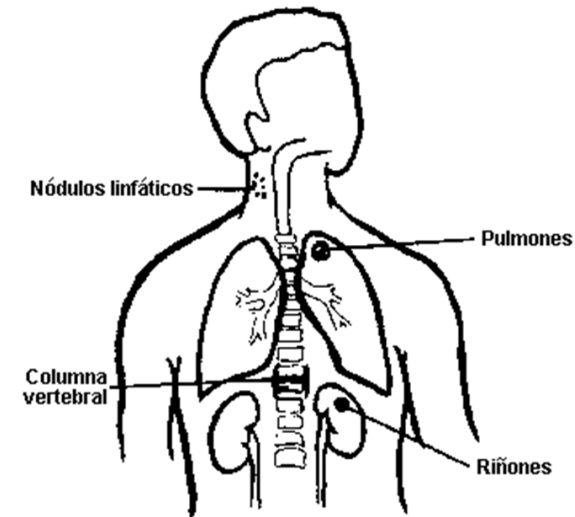
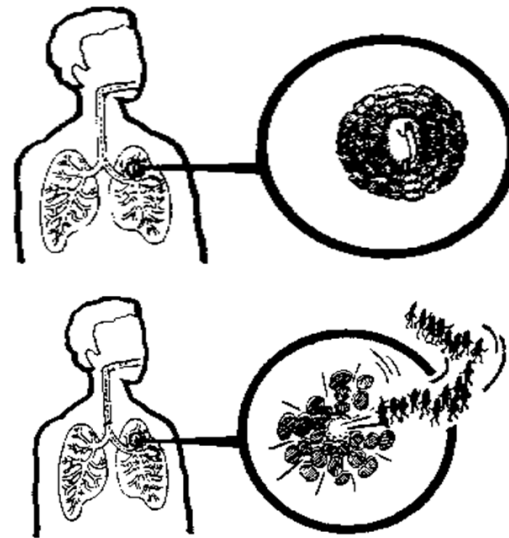
Estado inmunitario

Edad

Genética y sexo

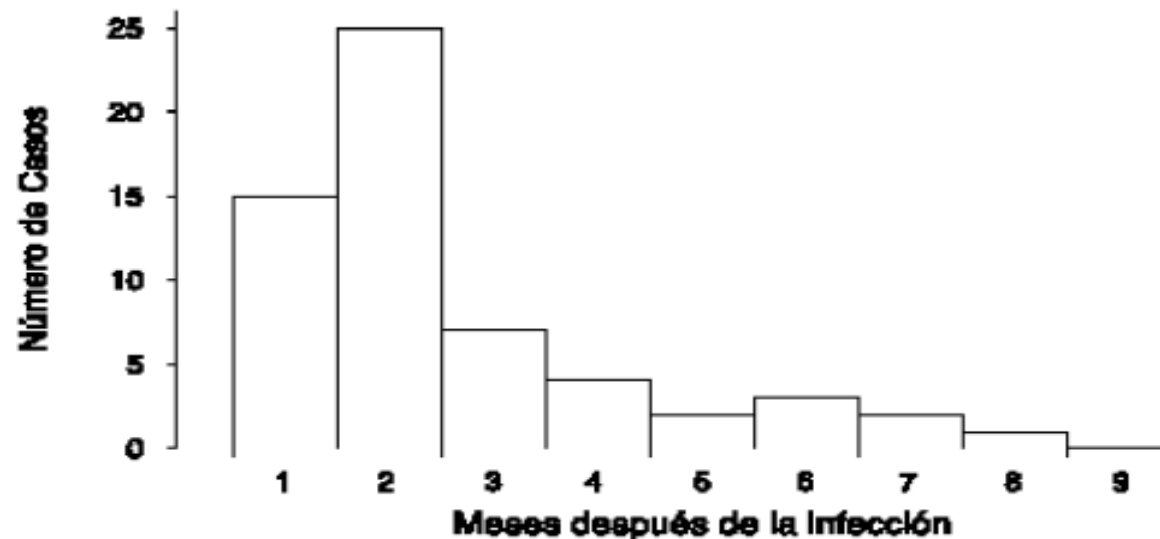
Desnutrición

Comorbilidades





Aparición de las manifestaciones de TB primaria después de la infección (sem)

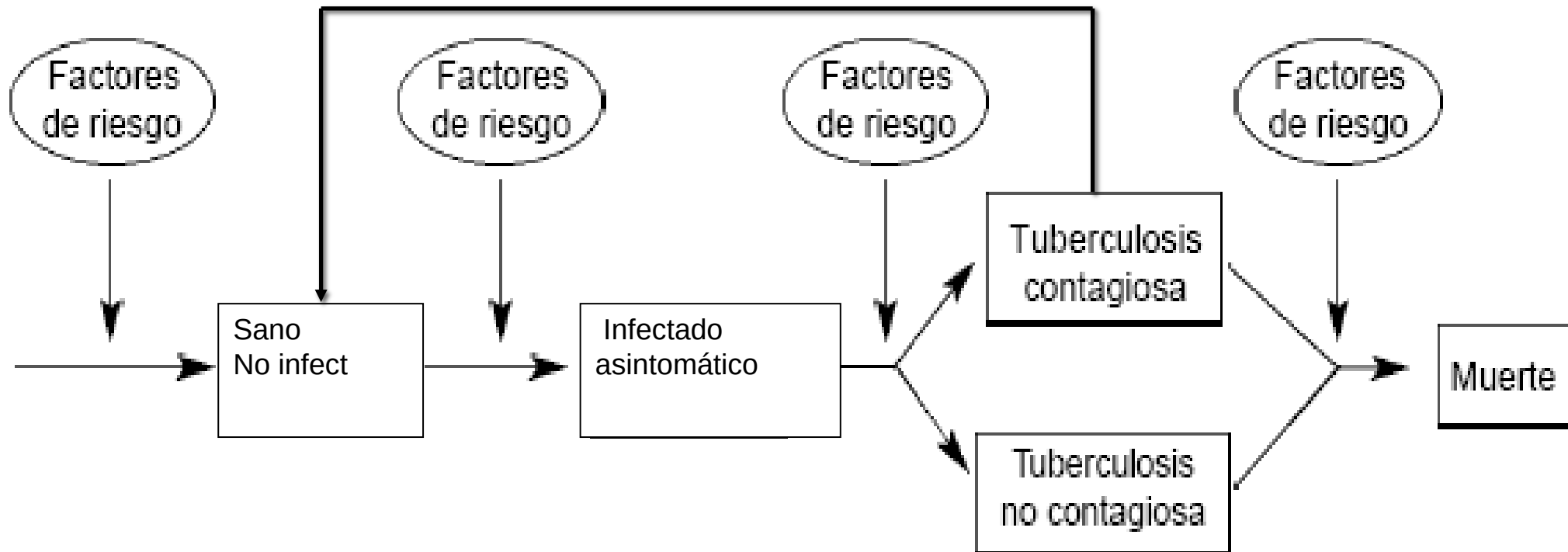


Aparición de meningitis después de la infección (m)

Riesgo específico en relación a la edad para el desarrollo de enfermedad de TB después de la infección primaria

Edad en la infección primaria	Niño inmunocompetentes	Riesgo de enfermar
< 1 año	Enfermedad pulmonar (Complejo de Ghon, ganglios y bronquial)	30 - 40
	Meningitis TB o enfermedad miliar	10 - 20
1 – 2 años	Enfermedad pulmonar (Complejo de Ghon, ganglios y bronquial)	10 - 20
	Meningitis TB o enfermedad miliar	2 - 5
2 – 5 años	Enfermedad pulmonar (Complejo de Ghon, ganglios y bronquial)	5
	Meningitis TB o enfermedad miliar	0.5
5 - 10	Enfermedad pulmonar (Complejo de Ghon, ganglios y bronquial)	2
	Meningitis TB o enfermedad miliar	< 0.5
> 10 años	Enfermedad pulmonar (derrame pleural o TB tipo adulto)	10 - 20
	Meningitis TB o enfermedad miliar	< 0.5
>15	TB pulmonar positiva	10

Historia Natural de la Tuberculosis



Riesgo para Morir

Era pre-quimioterapia:

- Forma de presentación de la TB:
 - abierta vs cerrada en adultos
 - Formas diseminadas: en niños

Era quimioterapia:

- Precocidad de inicio de tratamiento efectivo (calidad de medicamentos, esquema, dosis, cumplimiento, duración)

Fármaco (mg/kg)	Fase diaria 50 dosis (2 meses- 10 semanas)	Fase trisemanal 48 dosis (4 meses- 16 semanas)
Isoniacida	10 mg/kg	15 mg/kg
Rifampicina	15 mg/kg	20 mg/kg
Pirazinamida	35 mg/kg	
Etambutol	20 mg/kg	

Egreso de pacientes con TBP bajo diferentes condiciones de Tratamiento

Grzybowski S. et al, Bull Int Union Tuberc1978; 53: 70-5



■ % DIED □ % CURED ■ % AFB+

Comportamiento Epidemiológico

Niños son siempre secundarios a caso adulto

Al diagnóstico en el adulto $\rho = 50\%$ niños $< 2a$ ya infectados

En $< 5a$ el 95% tienen baciloscopía negativa, el cultivo y nuevos métodos de diagnóstico mejora el diagnóstico hasta en 50%

Comportamiento Epidemiológico

Escasa contagiosidad

- malos tosedores
- paucibacilares
- lesiones cerradas ???

De gran importancia es el antecedente epidemiológico porque refleja transmisión reciente

Los niños son los que mas se benefician

Retos

Dar visibilidad a la tuberculosis como patología infantil y como un reto en salud pública

Contar con personal calificado en el manejo de la TB infantil

La detección y el tratamiento deben estar entre las prioridades de los PNT para lograr la eliminación de la TB

Retos

La mejor manera de detectar la TB infantil es a través del estudio de contactos, el cual debe intensificarse dado que los niños están en mayor riesgo de desarrollar formas severas y mortales

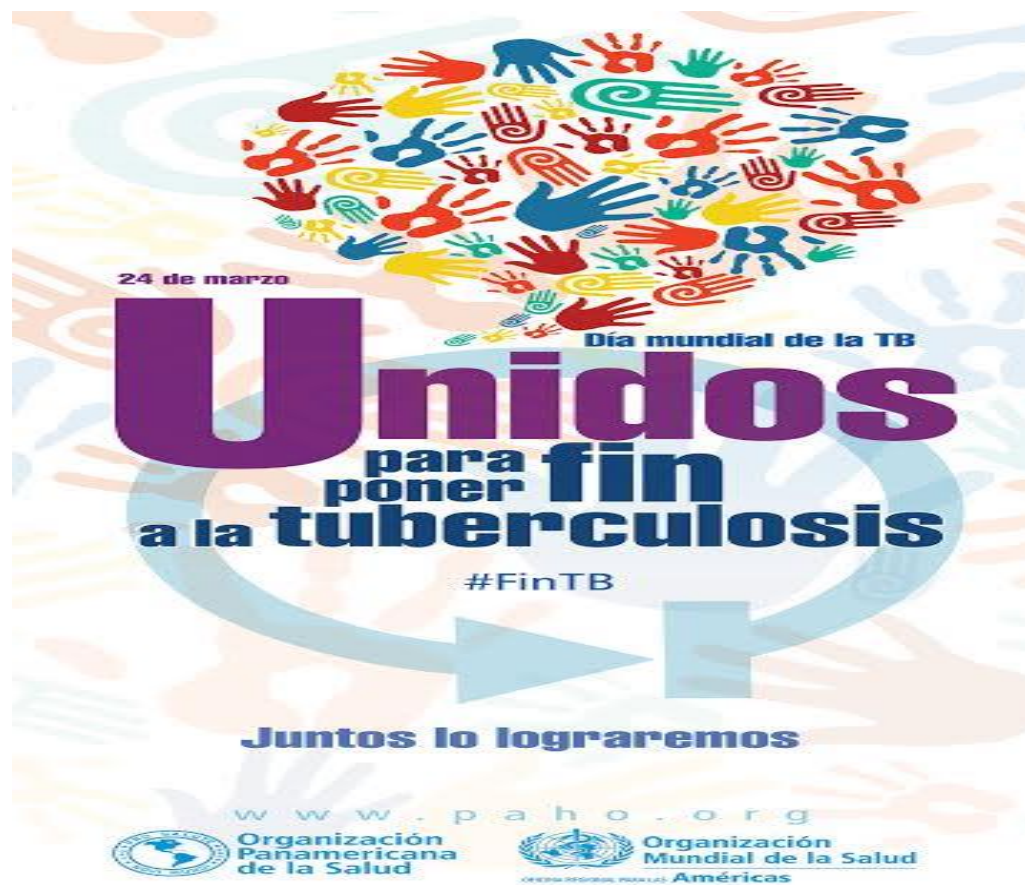
Se debe asegurar el mejor tratamiento

El sistema de información de los países debe adecuarse para la inclusión de los niños

Se debe hacer investigaciones operativas para medir el impacto

I Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil y perinatal de las Américas

Panamá Diciembre 9 y 10, 2013



I Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil y perinatal de las Américas

Panamá Diciembre 9 y 10, 2013

OBJETIVOS:

- Conformar el grupo de trabajo de TB infantil y perinatal de las Américas
- Presentar la hoja de ruta para el abordaje de la TB infantil preparado por la OMS y la Alianza Alto a la TB
- Revisar los avances en los nuevos métodos de prevención, pruebas de diagnóstico y tratamiento
- Elaborar un plan de trabajo.

I Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil y perinatal de las Américas

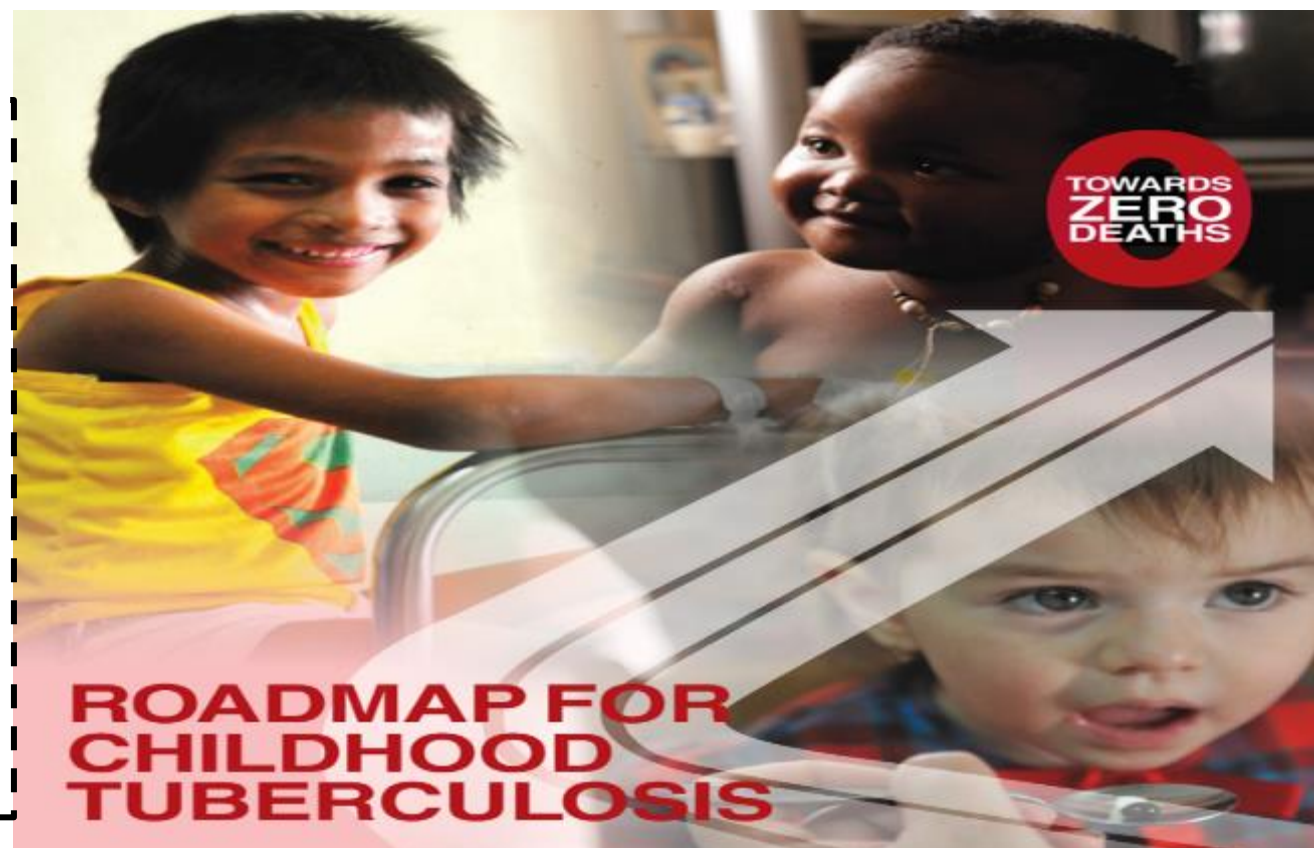
Panamá Diciembre 9 y 10, 2013

RESULTADOS:

Se espera que al finalizar la reunión contemos con un grupo de trabajo en TB infantil y perinatal conformado y comprometido para apoyar a la Región, a los PNT, las sociedades científicas y a la comunidad. Con conceptos y conocimientos actualizados y basados en evidencias, y con un plan de trabajo y hoja de ruta para medir el progreso.

Basados en el producto del análisis de los lineamientos de la hoja de ruta, se planteó que los asistentes iniciaran sus actividades de interlocución en las sociedades científicas, sus centros de trabajo y el PNT.

Hoja de Ruta Para la Tuberculosis Infantil





Primera Hoja de Ruta para detener la muerte infantil por TB

Se estima que el costo para acabar con las muertes infantiles por TB es de por lo menos 120 millones dólares al año.

WASHINGTON DC | 01 de octubre 2013 | La muerte de más de 74 000 niños de tuberculosis (TB) se podría prevenir cada año a través de las medidas descritas en el primer plan de acción que se ha desarrollado específicamente en la TB y los niños.

“La Hoja de Ruta para la TB infantil: Hacia cero muertes”, lanzada hoy por los líderes mundiales de TB en Washington DC, estima que 120 millones de dólares al año podrían tener un impacto importante en salvar decenas de miles de vidas de niños con tuberculosis, incluso a los niños que están infectados con TB y VIH.



Diez acciones para salvar vidas jóvenes

La "Hoja de ruta para la tuberculosis infantil: Hacia cero muertes" recomienda diez medidas que deben adoptarse a nivel nacional y mundial:

1. Incluir las necesidades de los niños y adolescentes en la investigación, desarrollo de políticas y prácticas clínicas.
2. Recopilar y reportar mejor información que incluyan medidas preventivas.
3. Desarrollar capacitación y documentación de referencia sobre la tuberculosis infantil para los trabajadores de atención de salud.
4. Fomentar los conocimientos locales y el liderazgo entre los trabajadores de salud infantil en todos los niveles del sistema de salud.
5. Utilizar estrategias de intervención críticas, tales como: la búsqueda intensiva de casos; rastreo de contactos y el tratamiento preventivo; implementar políticas que permitan un diagnóstico temprano; y asegurarse de que exista un suministro ininterrumpido de alta calidad de medicamentos antituberculosos para niños.
6. Involucrar a las principales partes interesadas; establecer una comunicación y colaboración efectiva entre el sector salud y otros sectores, que aborden los determinantes sociales de la salud y el acceso a la atención.



6. Involucrar a las principales partes interesadas; establecer una comunicación y colaboración efectiva entre el sector salud y otros sectores, que aborden los determinantes sociales de la salud y el acceso a la atención.
7. Desarrollar estrategias centradas e integradas en la familia y la comunidad para proporcionar servicios integrales y eficaces a nivel comunitario.
8. Abordar deficiencias de investigación en las siguientes áreas: epidemiología; investigación fundamental; desarrollo de nuevas herramientas (por ejemplo: diagnósticos, medicamentos y vacunas); fallas en la investigación operativa y de investigación que se centran en los sistemas y los servicios de salud.
9. Evitar todas deficiencias de financiamiento para la tuberculosis infantil a nivel nacional y mundial.
10. Formar coaliciones y alianzas para estudiar y evaluar las mejores estrategias para la prevención y manejo de la tuberculosis infantil; y para mejorar las herramientas utilizadas para el diagnóstico y tratamiento.

TweetChat - PAHO WHO

Tuberculosis

Diario digital de noticias

Realizan Primera Reunión

www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=771:realizan-primera-reunion-regional-tb-tb-mdr

Aplicaciones

Gmail - Recibidos (3...

Traductor

Respirar - Calidad d...

(5) Facebook

Home - PubMed - ...

Otros marcadores

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud

Panamá

Inicio

Temas de Salud

Programas

Publicaciones

Países y Centros

Acerca de OPS Panamá

Google™ Búsqueda personalizada

Buscar...

Realizan Primera Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil y perinatal de las Américas

Panamá, 10 de diciembre de 2013 (OPS/OMS) – Con la tarea de revisar la *Hoja de Ruta* para el abordaje de la Tuberculosis (TB) infantil, preparada por la OMS y la Alianza Mundial Alto a la TB, se reunieron en Panamá Directores de Programas Nacionales de Tuberculosis de diez países prioritarios, en el marco de la **Primera Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil y perinatal de las Américas**, promovida y convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Durante esta reunión regional, realizada los días 9 y 10 de diciembre, en la Ciudad de Panamá, se analizaron temas como los métodos más sensibles para el diagnóstico de TB en niños pequeños, la importancia de disponer de medicamentos en dosis y presentaciones adecuadas para infantes, así como la baja percepción de riesgo de TB en niños por parte del personal de salud y en la población en general, situaciones que representan un reto permanente para los sistemas de salud.

Participantes de la Primera Reunión regional de TB y TB-MDR infantil y perinatal de las Américas

Como parte de las sesiones de trabajo, los participantes analizaron la situación de la TB y la TB infantil en el mundo y las Américas; revisaron las bases epidemiológicas e historia natural de la TB infantil y discutieron la hoja de ruta para el abordaje de la TB infantil en las Américas. Además, exploraron el tema del diagnóstico y el manejo de la TB en el contexto del estudio de contactos y en la atención rutinaria de pediatría.

Escritorio

Vínculos

ES

9:27 AM



II Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

México 14 de noviembre 2014

OBJETIVOS:

Fortalecer la capacidad del **Grupo de trabajo en TB infantil Regional** mediante la actualización en la situación epidemiológica, los avances en los métodos diagnósticos y en el tratamiento de la TB infantil.

Oficializar la presencia del **Grupo de trabajo en TB infantil Regional** con el cumplimiento de aspectos administrativos, éticos y de gobernanza

Presentación de la propuesta del marco de trabajo del Grupo de TB infantil Regional, y elaboración en consenso del plan de trabajo para el 2015 conforme a la hoja de ruta para el abordaje de la TB infantil en las Américas

II Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

México 14 de noviembre 2014

RESULTADOS:

Se espera que al finalizar la reunión se habrá actualizado la información sobre TB-infantil y las evidencias disponibles. Contemos con el grupo consolidado y la mesa directiva posesionada. El marco de trabajo con el plan de actividades para el 2015 consensuado y aprobado.

Diagnóstico de TB en niños: un reto

- Signos y síntomas inespecíficos
- Interpretación de imágenes
- Dificultad para obtener buenas muestras
- Enfermedad paucobacteriana
- Baja confirmación microbiológica

Niños con VIH

Mayor incidencia de enfermedad pulmonar

Mayor mortalidad

Se estima que los niños con VIH tienen 3 veces más riesgo de tener TB

Lo más importante es la sospecha

Coloraciones



- Pobre rendimiento.
- **< 20%** en lavado gástrico
- En adultos 75%
- En otros líquidos o tejidos el rendimiento es menor.
- Auramina-rodamina más fácil, menos costosas, microscopio especial.

Cultivos



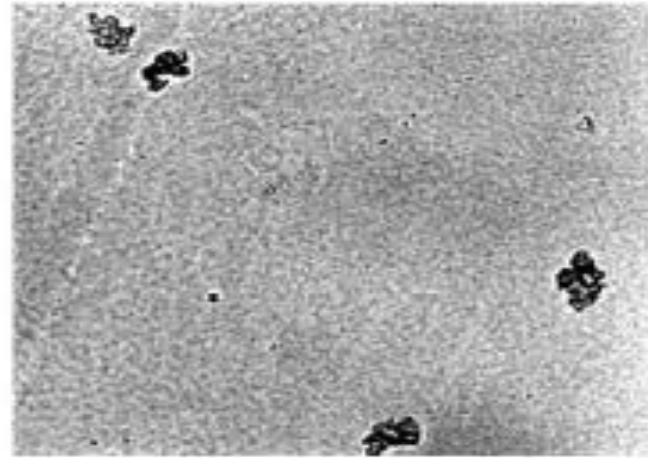
- Estándar de oro
- Cultivos de aspirados gástricos en medios tradicionales pueden ser positivos en el 30-50% de los casos.
- En niños con enfermedad avanzada y lactantes puede acercarse al 70%.
- En TB extrapulmonar el rendimiento es menor de 50%.

Nuevas técnicas para cultivo

Medio líquido BACTEC/MGIT



Medio sólido en capa delgada



Tiempo detección:
Capa delgada 11 días $\pm$ 4.9
Lowestein J 26.5 días $\pm$ 8.6

Biomédica 2004; 24 (Supl): 52-9

Métodos para obtener la muestra

Aspirado gástrico

- 3 muestras TODAS CON CULTIVO
- Hospitalizar
- Neutralizar
- Positivos en menos del 20%

Esputo inducido

- B2, nebulizar con salino hipertónico. AYUNO
- Muestra por succión o expectoración asistida
- Seguro, fácil, ambulatorio, más eficaz
- Cuarto ventilado, luz UV, N95

Otras técnicas

La prueba de la cuerda

- Cápsula de gelatina adherida a una cuerda
- Útil en pacientes sin tos pero complicado en niños pequeños que no tragan cápsulas.

Lavado broncoalveolar

- No es más sensible que los aspirados gástricos seriados

Aspirado nasofaríngeo

- Menor rendimiento.
- No invasor, no requiere hospitalización

Prueba de tuberculina

- Reacción de hipersensibilidad retardada cutánea – linfocitos T de memoria
- Resultado positivo indica infección previa.
- Positiva en 3 a 6 semanas (hasta 6 meses)
- Permanece positiva de por vida.
- Se interpreta sin importar el estado vacunal

Aplicación y lectura



- Técnica: Mantoux
- 5 unidades de PPD
- Intradérmica (habón)



- Milímetros de induración
- De forma transversal
- Después de 48 a 72 horas.

Interpretación tuberculina

Milímetros de induración	Contexto
≥ 5	-Niños en <u>contacto estrecho</u> con casos conocidos o con alta sospecha de TB contagiosa. -Niños con <u>sospecha de tuberculosis</u>: Rx de tórax con hallazgos de TB activa o evidencia clínica de TB -Niños con <u>condiciones inmunosupresoras (VIH)</u>.
≥ 10	- Niños con <u>exposición alta a TB</u>: niños nacidos en zonas de alta prevalencia, frecuentemente expuestos a adultos con VIH, indigentes, consumidores de drogas ilícitas, residentes en hogares transitorios, cárceles u otras instituciones.

Inmunodiagnóstico



- Pruebas in-vitro
- Linfocitos T sensibilizados producen IFN γ cuando se reencuentran con antígenos de *M. tuberculosis*
- QuantiFERON-TB Gold (ELISA)
- T SPOT-TB (ELISPOT)
- Antígenos específicos: ESAT 6 y CFP 10. Menos reacciones cruzadas
- Ventajas: in-vitro, objetivas , ahorran la segunda visita.
Más específicas

Pai M, Riley L W, Colford Jr J M. Lancet Infect Dis 2004; 4: 761-76
Zar H . S Afr Med J 2007; 97(10): 983-985

Pruebas de Interferón en niños

- Uso en mayores de 5 años
- Hasta el momento no hay evidencia suficiente para su uso en menores de 5 años.

A esta edad la respuesta mediada por CD4 es inmadura

- La respuesta se correlaciona con el grado de exposición
- Se deben usar guías por el riesgo
- Estudios en niños inmunocomprometidos son contradictorios

IMAGINOLOGÍA

- Ningún hallazgo es patognomónico
- Más frecuente: linfadenopatía hiliar o paratraqueal + consolidación o atelectasia
- Hiperinflación localizada por obstrucción bronquial parcial e imágenes de bronconeumonía.
- Cavitaciones: raras en niños pequeños, pueden verse en adolescentes.
- En Rx, lo más importante es el ojo entrenado

Tomografía SI

- Niño sintomático, con Rx normal o dudosa
- Evaluar extensión o complicaciones
- Diagnóstico dudoso o urgente.

Más objetivo y preciso en la detección de adenopatías y del compromiso pulmonar.

Tomografía No

- Niño asintomático con infección tuberculosa y Rx normal
- Son frecuentes los ganglios mediastinales .
- Corresponden a primoinfección tuberculosa.

- Radiación, contraste IV,
- Sedación o anestesia.
- Mayor costo
- Menor disponibilidad

Métodos Moleculares

- La PCR es sensible y específica para la detección de *M. tuberculosis* en adultos.
- Resultados en 1 a 3 días.
- Aplicación limitada en aspirados gástricos

Muestras respiratorias	BK +	S: 96%
	BK -	S: 66-72%
Efusión pleural LCR	S: 62%	E: 98%
	S: 56%	E: 98%

Diagnóstico molecular de TB-MDR

- **GenoType MTBDRplus**: detecta resistencia a H y R
- **GeneXpert MTB/RIF** - PCR en tiempo real, menor contaminación, más fácil
- Pocos estudios en pediatría
- No hay una recomendación de consenso
- Se deben usar pues agilizan el diagnóstico y el inicio del tratamiento



Accuracy of the Xpert MTB/RIF test for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in children admitted to hospital in Cape Town, South Africa: a descriptive study

Mark P Nicol, Lesley Workman, Washief Isaacs, Jacinta Munro, Faye Black, Brian Eley, Catharina C Boehme, Widaad Zemanay, Heather J Zar

Lancet Infect Dis 2011; 11: 819-24

- Prospectivo, descriptivo. Ciudad del Cabo
- Febrero 2009 a noviembre 2010
- Comparar la precisión diagnóstica entre Xpert MTB/RIF, tinción fluorescencia y cultivo líquido
- Dos muestras de esputo inducido
- 452 niños con sospecha de TB pulmonar
- 19.4 meses (11.1 – 46.2)
- 108 VIH positivos (24%)

- 27 (6%) niños con tinción positiva
- 70 (16%) con cultivo positivo
- 58 casos (13%) MTB/RIF positivo
- No hubo resultados positivos de PCR en los niños sin TB

Sensibilidad 74.3 % (63.8 – 84.48)
Especificidad 98.4% (97.2 – 99.7)

- La PCR (MTB/RIF) detectó el doble de casos que la tinción
- Detectó 75% de los casos confirmados por cultivo
- Resultados en un día



III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

OBJETIVOS:

Abordar la necesidad de expandir las acciones de control de la tuberculosis enfocado al grupo infantil en los países de alta carga de TB de las Américas en línea con la hoja de ruta planteada por la OMS el 2013 y con la nueva estrategia “FIN DE LA TB”. Desarrollar un plan de trabajo

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

JUSTIFICACIÓN:

Para el 2013 La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el mundo alrededor de 550.000 niños menores de 15 años habrían enfermado con Tuberculosis (TB) (6% de la carga total) y se habría producido la muerte de más de 80.000 niños por TB sin VIH (7% de la mortalidad por TB).

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

JUSTIFICACIÓN:

La TB en niños ha sido relegada por la mayoría de los países, en la Región de las Américas desde el 2006, con la implementación de la estrategia “Alto a la TB” de la OMS, se enfatizó la vigilancia y el control de la TB en población infantil. Desde entonces los países han ido fortalecieron el control de la TB en niños e incluyendo progresivamente la información desagregada por edad.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

JUSTIFICACIÓN:

Para el 2013 en las Américas, extrapolando el 6% de casos estimados por la OMS, 17.100 (IC: 15.200 – 19.600) niños habrían enfermado con TB y solo se habría detectado al 53%, porcentaje menor al alcanzado en la detección total de TB a nivel Regional, lo cual evidencia la existencia de importantes brechas en la detección.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo al nuevo enfoque integral de la OMS hacia la atención de la TB centrado en el paciente, la familia y la comunidad, se requiere mayor involucramiento y desarrollo de capacidades de los PNT interactuando con otros programas de salud e incluyendo a sociedades científicas, sociedad civil y a otros aliados

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Antecedentes:

En el marco de las actividades de expansión de las acciones de control de la TB infantil en los países de alta carga, de acuerdo a la Hoja de Ruta trazada por la OMS en 2013 y la Estrategia Fin de la TB, se inicia la tercera Reunión Regional para continuar en el desarrollo del plan de trabajo planteado en Panamá (2013) y México (2014).

Se agradece a todos los participantes, a los disertantes por disponer su tiempo y su voluntad para esta actividad y a la Organización Mundial de Salud y al Programa Nacional de Control de la TB de Brasil por la apoyar en la coordinación y muy especialmente a TB Alliance, USAID y OPS/OMS por el gran apoyo en hacer posible el cumplimiento de esta reunión.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Annemike Brands, GTBP, OMS, Ginebra: Situación epidemiológica de la TB infantil en el mundo.

Anteriormente sólo se registraban los casos con BK positivos. En la actualidad se enfatiza la necesidad de informar todos los casos diagnosticados y los grupos separados por edad en pediatría lo cual ha hecho posible conocer la carga de la enfermedad en niños; la OMS está trabajando en los datos enviados por varios países.

Se ha realizado un enorme esfuerzo para contar con la información más fidedigna posible, depurando las bases hasta poder analizar y discutir los ítems más importantes y tener estimaciones mas cercanas posibles a la realidad en cuanto a mortalidad, morbilidad, incidencia de enfermedad en general y de TB-MDR. De acuerdo a últimos estudios tendremos novedades en la estimación que no se pudo compartir en la reunión por tratarse de información aun bajo embargo hasta el lanzamiento del Reporte Mundial de TB. A pesar de los avances en la captación de datos, la incidencia aún es imprecisa pues, existe aún gran número de casos sub-informados y subregistrados.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Anna Volz, Asesora Programa TB, OPS, Washington : Situación epidemiológica de la TB en Las Américas

Considerando una proporción estimada de 6% (a nivel mundial) de TB en menores de 14 años respecto al total notificado, en las Américas para el 2014 se habrían producido 17.113 casos de TB en niños. Se registraron 11.279, es decir sólo el 65,9%. Si se tiene en cuenta que en los adultos se detectan el 77,3% de los casos, estos datos muestran una gran inequidad pues a pesar de ser muy alto el riesgo de enfermedad, después de la infección en la infancia, el sub-registro sigue predominando. Por otro lado considerando que los menores de 5 años tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, en la Región se encontró 1.4 veces mas casos de TB en menores de 5 años. El niño es un centinela epidemiológico y la TB es el resultado de una cadena de inequidades y es necesario hacer énfasis en que un caso de TB infantil es la clara señal del fracaso de todo el sistema, no sólo del sector salud.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Magnolia Arango Loboguerrero: Guías para los programas nacionales en el manejo de la TB en niños.

2da edición 2014: Guía de OMS

La OMS y OPS al reconocer al niño como prioritario en la atención y abordar la TB infantil como problema de salud pública, reconocieron necesario revisar la primera edición de la Guía, actualizando evidencias y recomendaciones que buscan mejorar la implementación de estrategias de atención y expandir las actividades de TB infantil. Estimulan la adaptación de las Guías a las condiciones nacionales que aseguren que los niños con infección y enfermedad TB sean identificados y tratados a tiempo e incrementan el estudio de contactos y el tratamiento preventivo. Incluye un componente de transversalidad con programas de salud materno-infantil, VIH y resistencia e incluye capítulos sobre TB/VIH y MDR TB y TB en adolescentes y su atención integral. Recomendamos mejorar la información e investigación en prevención, diagnóstico y tratamiento y el registro y notificación de casos

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children

Second edition



III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Cherise Scott, TB Alliance, USA. Dosis combinadas de medicamentos para niños: Proyecto TB Alliance (disponibilidad de drogas en presentaciones amigables para niños).

Se están implementando las nuevas presentaciones a dosis combinadas fijas para superar el problema de los medicamentos administrados a dosis incorrectas, la división inapropiada de tabletas y el mal sabor.

Las nuevas presentaciones traerían: R 75 + H 50 + Z 150 y para la segunda fase: R 75 + H 50. El Etambutol se sigue aplicando independientemente.

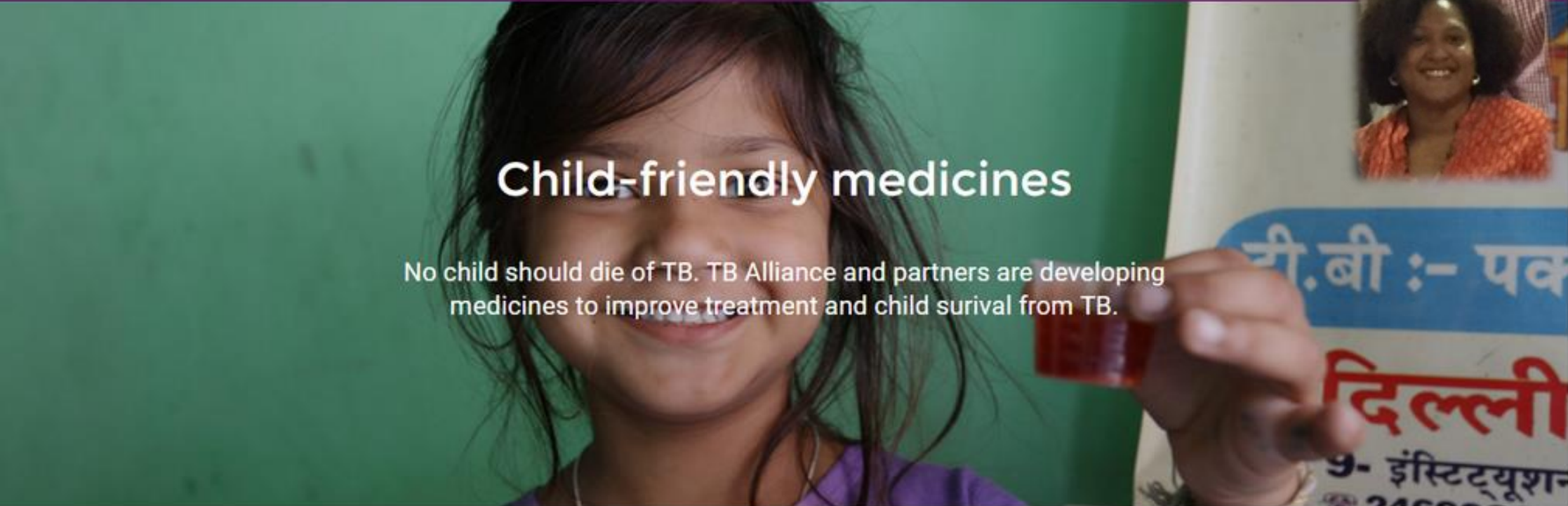
Las dosis combinadas fijas (DCF), permiten: dosificación correcta, rápida dispersión en líquido (2 segundos) y facilidad para la administración. Las dosis correctas de los medicamentos: mejoran la adherencia, salvan más vidas, alivian carga de trabajo del sistema de salud; mejoran la calidad de vida de los pacientes, las familias y economizan mucho dinero. Estarán disponibles en 2016 en todo el mundo.

Recibidos (288) - eeposad... x Nueva pestaña x Child-friendly medicines x Por fin un fármaco para la x Enrique Eduard...

www.tballiance.org/child-friendly-medicines

Aplicaciones Descargas Web.Favoritas Traductor Home - PubMed - NC Google Home - PubMed - NC Home - PubMed - NC Diseños de investigac Metodología de la Inv

TB ALLIANCE ABOUT WHY NEW TB DRUGS? R&D ACCESS CHILD SURVIVAL NEWS **DONATE** Q



Child-friendly medicines

No child should die of TB. TB Alliance and partners are developing medicines to improve treatment and child survival from TB.

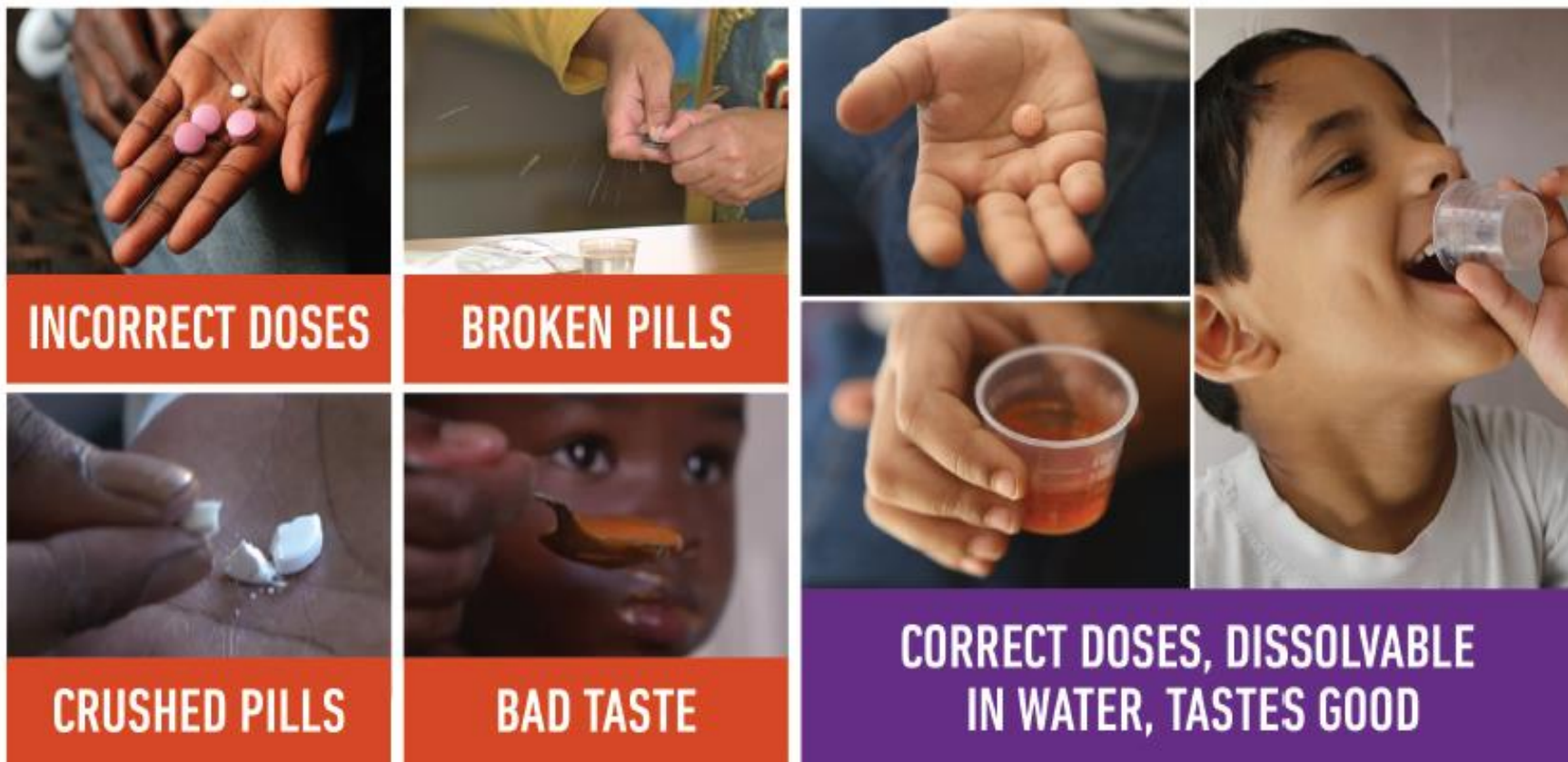
Each year, 1 million children get sick with TB and 140,000 needlessly die. **That's** nearly 400 children dying each and every day.

ES 06:30 p.m. 28/03/2016

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Inadequate TB treatment for children (left) can now be replaced by child-friendly TB medicines in correct doses (right)



III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Annemike Brands, GTBP, OMS, Ginebra: Hoja de Ruta en Tuberculosis infantil. Situación actual

Es indispensable alcanzar la meta de “Cero muertes por tuberculosis” planteada por la OMS y para ello se requiere el compromiso de todos, abogacía, movilización social y una acción decidida para acelerar los programas.

Las prioridades son: la investigación en niños, incrementar las actividades de atención, prevención, detección y tratamiento en la infancia; diseñar un nuevo test para ILTB; Crear urgentemente material de educación y capacitación y simplificar la administración de los medicamentos, además de asegurar la TPI.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Annemike Brands, GTBP, OMS, Ginebra: Hoja de Ruta en Tuberculosis infantil. Situación actual

La nueva estrategia mundial “Fin de la TB” con la visión de un mundo libre de TB y el objetivo de poner fin a la epidemia mundial de TB, reúne tres pilares 1) la prevención y atención integrada de la TB centrada en el paciente, 2) políticas audaces y sistemas de soporte social y 3) investigación e innovación intensificada, para lograr las metas al 2035, de 0 muertes, 0 sufrimiento y 0 costos catastróficos para las familias por la TB.

Es necesario trabajar por conseguir para el 2030: la disminución de la mortalidad materno infantil y reducir la morbi-mortalidad por diversas enfermedades prevenibles, entre ellas la TB.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Jurg Niederbacher Velásquez. El papel de las Sociedades Científicas en el control de la TB

Las Sociedades Científicas Pediátricas, en sus diferentes áreas como la Neumología Pediátrica, la Infectología y otras más, pueden y deben tener un rol fundamental en el control de la enfermedad pues tienen objetivos comunes y van por rutas paralelas.

Al revisar los estatutos de varias Asociaciones y Sociedades Pediátricas de los países convocados, se destaca que en todos y cada uno de ellos, se enuncia el compromiso de inclinarse por el cuidado de la salud de los niños y realizar todas las actividades tendientes a proteger la salud infantil y prevenir, atender y tratar las enfermedades.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Presentaciones

Jurg Niederbacher Velásquez. El papel de las Sociedades Científicas en el control de la TB

Además los marcos normativos de las Sociedades dejan claramente establecido su compromiso con los programas de salud pública de sus países, entre los que se encuentra la TB. Es por tanto un deber cumplir con los estatutos de las instituciones a las que pertenecemos.

Como pediatras y docentes que somos todos, debemos incluir en todos los foros, seminarios o congresos y en los currículos académicos, la TB como problema de salud pública, para que a través de la información, la educación y nuestro compromiso logremos alcanzar las metas propuestas. De igual manera debe haber un acercamiento de las sociedades científicas hacia los programas de salud pública para que armoniacamente se establezcan políticas para la mejora de la salud de los niños.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015



Análisis de la situación

Con la coordinación de las doctoras Lucía Álvarez de México y Marcela Calle de Colombia se realiza la discusión por grupos (4) de los problemas referentes a los siguientes puntos:

1. Detección
2. Tratamiento y resultado del tratamiento
3. Estudio de contactos
4. Tratamiento de la infección latente

Estrategias propuestas para solucionar los problemas planteados:

1. El Programa Regional de TB, OPS/OMS, Washington
2. A los PNT
3. A las Sociedades Científicas
4. A la Academia
5. A la sociedad civil

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Problemas planteados (se combinan las discusiones de los diferentes grupos) y se identifican los siguientes problemas relativos a los aspectos planteados.

1. Detección: No sospechar, no aplicar debidamente las herramientas clínicas, búsqueda inadecuada, dificultad en la toma de muestras; deficiente acceso a PPD, Rx, pruebas rápidas; escaso recurso humano y/o personal no siempre capacitado; poca búsqueda en niños de 5 a 15 años y de sintomáticos respiratorios.
2. Tratamiento y resultado del tratamiento: Presentación de medicamentos inadecuados e inestables no apropiados para niños; adherencia escasa, supervisión insuficiente; seguimientos erráticos, cumplimiento y notificación no adecuada; hay varias fichas y formas de notificación. Falta recurso para visitas domiciliarias y retroalimentación de la información; carencia de monitorizaciones, material educativo y más orientación a líderes comunitarios.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Problemas planteados (se combinan las discusiones de los diferentes grupos) y se identifican los siguientes problemas relativos a los aspectos planteados.

3. Estudio de contactos: Retraso y estudio inadecuado; PPD escasa; dificultades en seguimiento por migración frecuente de familias; pocos recursos para hacer estudios completos. Dificultades y dudas frente a MDRTB.
4. Tratamiento de la infección latente: Falta difusión del concepto y claridad. Poca estandarización de conceptos en algunos países. Insuficiente recurso para TPI el cual debe garantizarse siempre. Sistema de monitoreo y registro insuficiente y poco se divulga la información. Falta convencimiento y compromiso del equipo médico con los niños con ILT.



III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Propuestas a los diferentes actores y socios interesados:

1. Al Programa Regional de TB, OPS/OMS, Washington:

- Difundir Guías a todo nivel. Garantizar mayor apoyo financiero a PNT.
- Mejorar la transferencia tecnológica.
- Realizar reuniones periódicas de información y capacitación.
- Enfatizar el carácter de la TB como problema de salud pública y al niño como prioridad.
- Difundir a través de boletines y diferentes medios la información epidemiológica, diagnóstica y terapéutica actualizada.
- Incluir en la página de OPS de Tuberculosis una específica para TB infantil. Los miembros del grupo se comprometieron a alimentar esta página.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Propuestas a los diferentes actores y socios interesados:

2. A los Programas Nacionales TBC:

- Priorizar el tema a nivel nacional y hacerlo más visiblemente.
- Garantizar suministro de insumos, medios rápidos de diagnóstico, atención prioritaria, seguimiento y tratamientos.
- Mejorar la detección y estudio de contactos, diagnóstico de enfermos y la disponibilidad de tratamientos y TPI.
- Fomentar la investigación y contar con médicos pediatras, en capacidad de abordar la problemática del niño de la debida forma.
- Socializar y adoptar Guías a cada país.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Propuestas a los diferentes actores y socios interesados:

3. A las Sociedades Científicas:

- Cumplir los estatutos de las diferentes Sociedades Científicas, actualizar y capacitar a sus miembros y hacerlos partícipes en el control efectivo.
- Incluir el tema de TB Infantil en todas las reuniones, foros y congresos.
- Conseguir la participación en las políticas de salud infantil referentes a TB.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Propuestas a los diferentes actores y socios interesados:

4. A la Academia:

- Incluir e incentivar el tema en el currículo de la formación preuniversitaria y superior.
- Realizar investigación científica y difundirla por los medios sociales.
- Impartir educación a todo nivel con metodologías atractivas y eficientes.
- Realizar educación continuada.
- Contribuir a la coherencia entre las políticas regionales y nacionales y las prácticas de los profesionales de la salud.
- Convocar a los ministerios de educación a hacerse partícipes en la enseñanza y control de la TB.

III Reunión Regional de TB y TB-MDR infantil de las Américas

Brasil Octubre de 2015

Propuestas a los diferentes actores y socios interesados:

5. A la Sociedad Civil:

- Garantizar su participación, hacer abogacía en diferentes instancias; impulsar y fortalecer la movilización social.





TB ALLIANCE

GLOBAL ALLIANCE FOR TB DRUG DEVELOPMENT

#tbkids

#LouderThanTB

🐦 @tballiance

