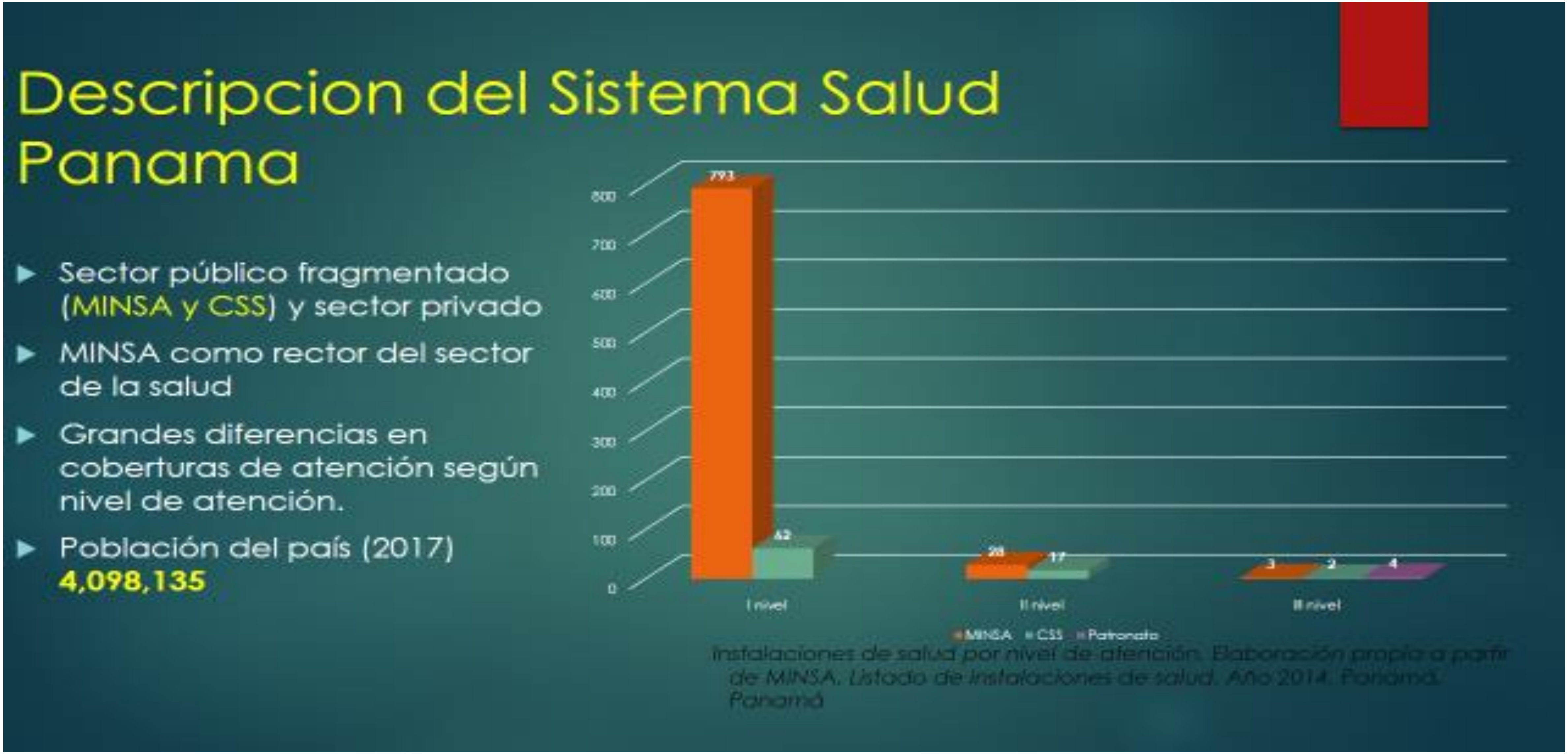
SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana

ENCUENTRO LECCIONES APRENDIDAS Y EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA

ATENCION *Integral* DE VIH, TUBERCULOSIS Y COINFECCIÓN VIH/TB

DATOS NACIONALES EPIDEMIOLÓGICOS DE: TUBERCULOSIS, VIH (Datos: descarte y TITA) Y TB/VIH.



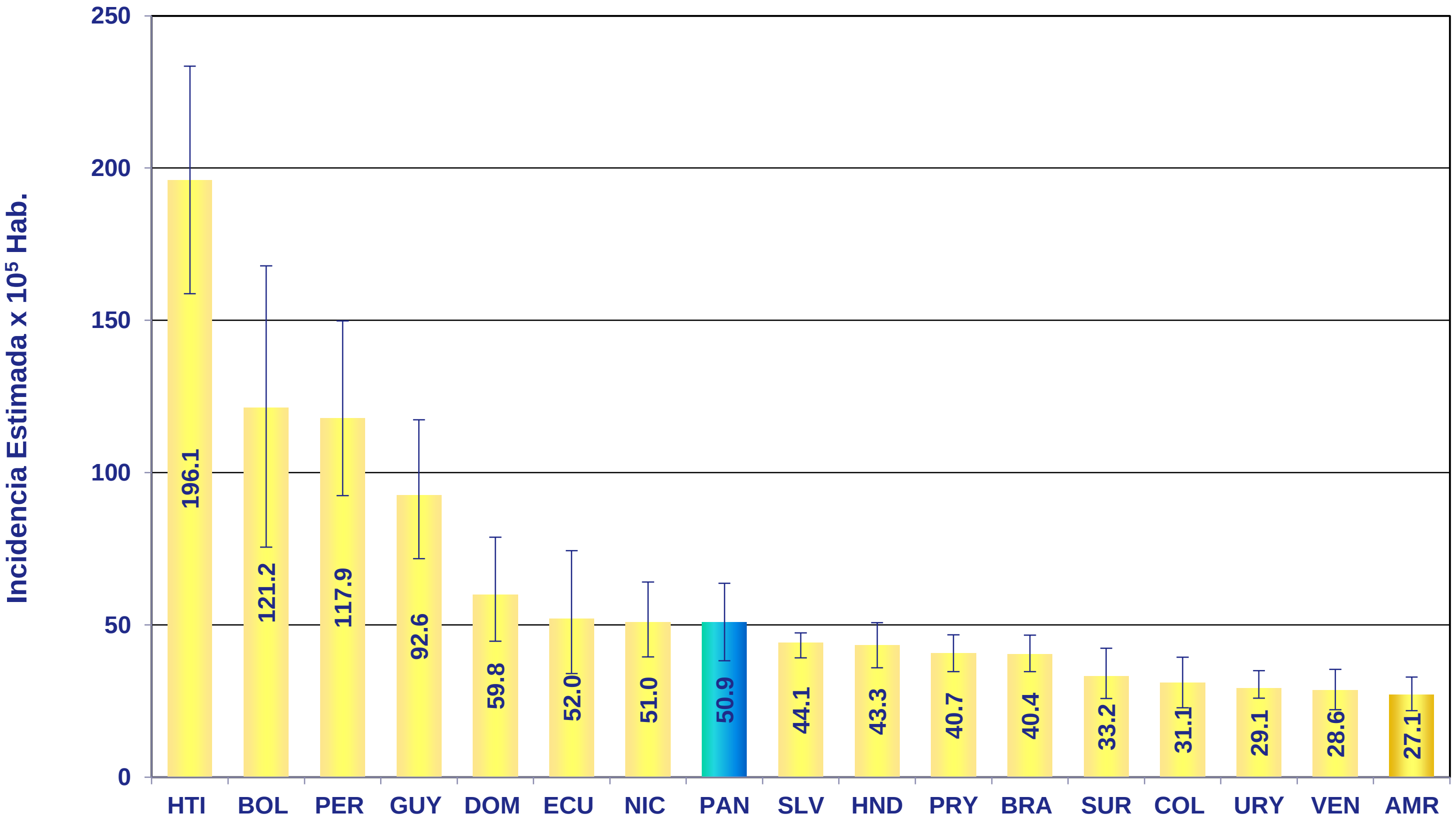
Descripcion del Sistema Salud Panama

- Sector público fragmentado (MINSA y CSS) y sector privado
- MINSA como rector del sector de la salud
- Grandes diferencias en coberturas de atención según nivel de atención.
- Población del país (2017) **4,098,135**

Instalaciones de salud por nivel de atención. Elaboración propia a partir de MINSA. Listado de instalaciones de salud. Año 2014. Panamá, Panamá

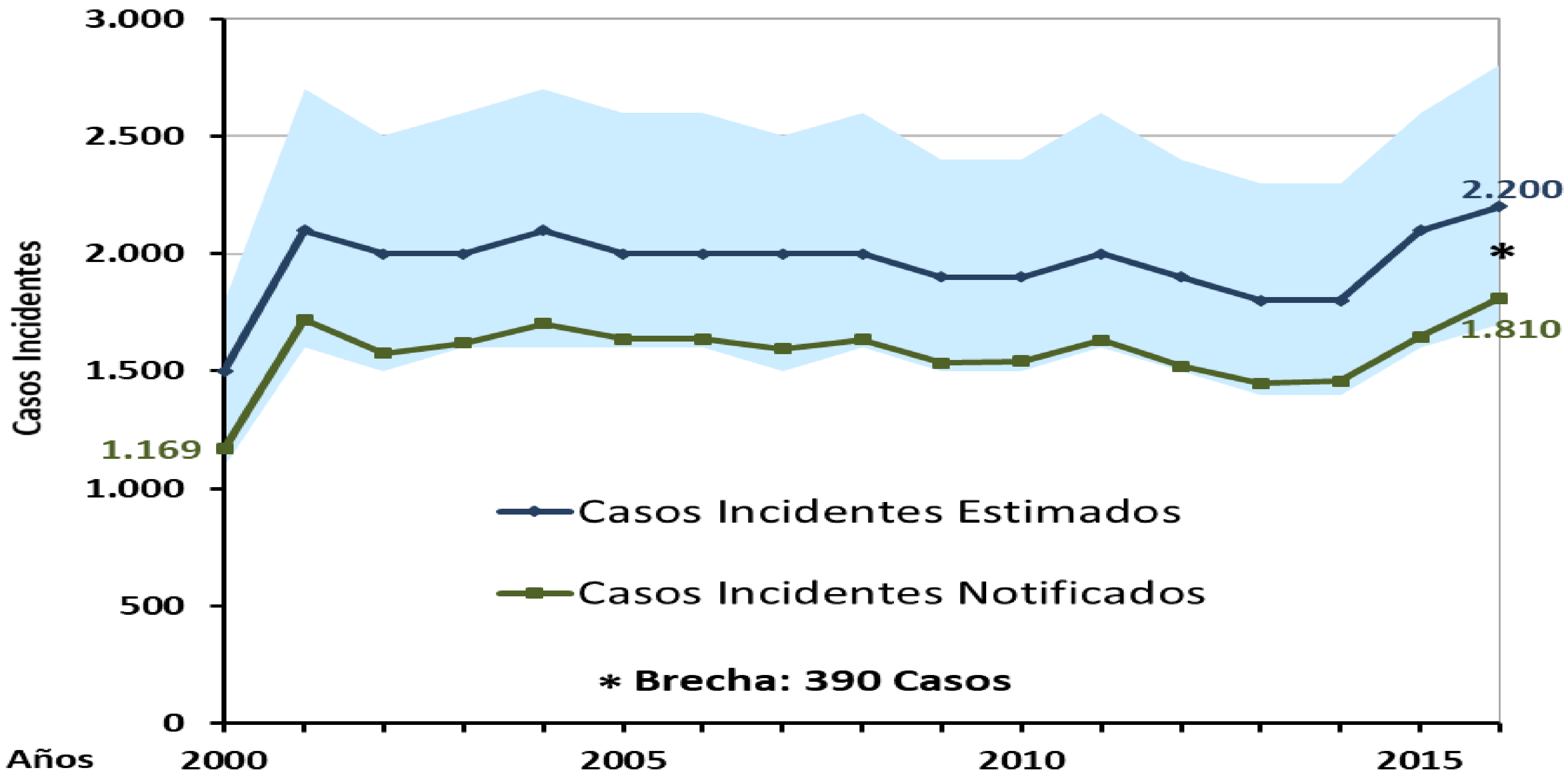
Situación epidemiológica de la tuberculosis – incidencia de tuberculosis (vs. Américas)

- La incidencia estimada de 50.9 casos por 100,000 habitantes situaba a Panamá por encima de la media de la Región (27.1).



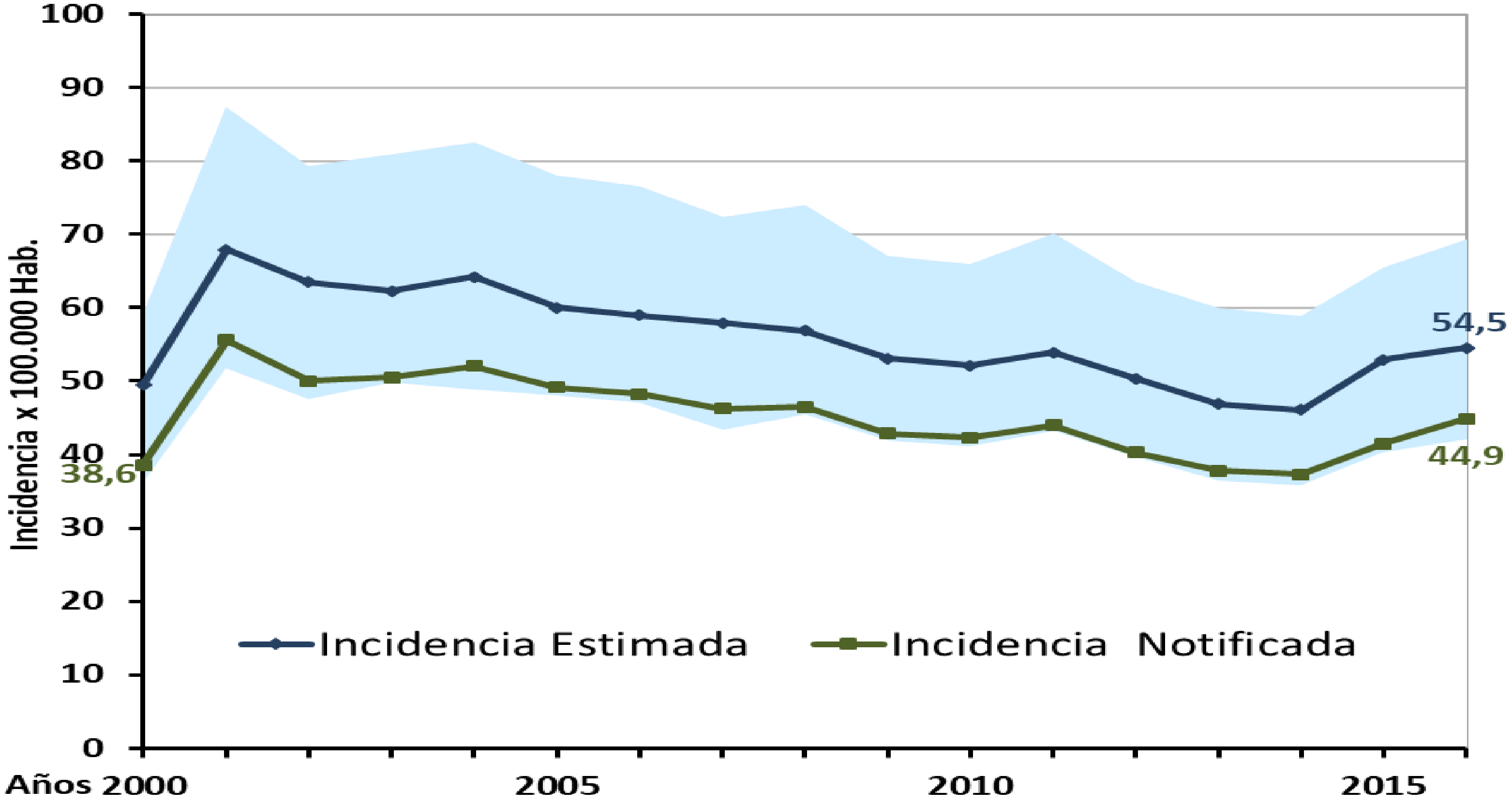
Países con incidencia estimada de TB (todas las formas) superiores a la media regional, 2015. OPS/OMS

Casos Incidentes de TB (Estimados y Notificados). Panamá, 2000-2016

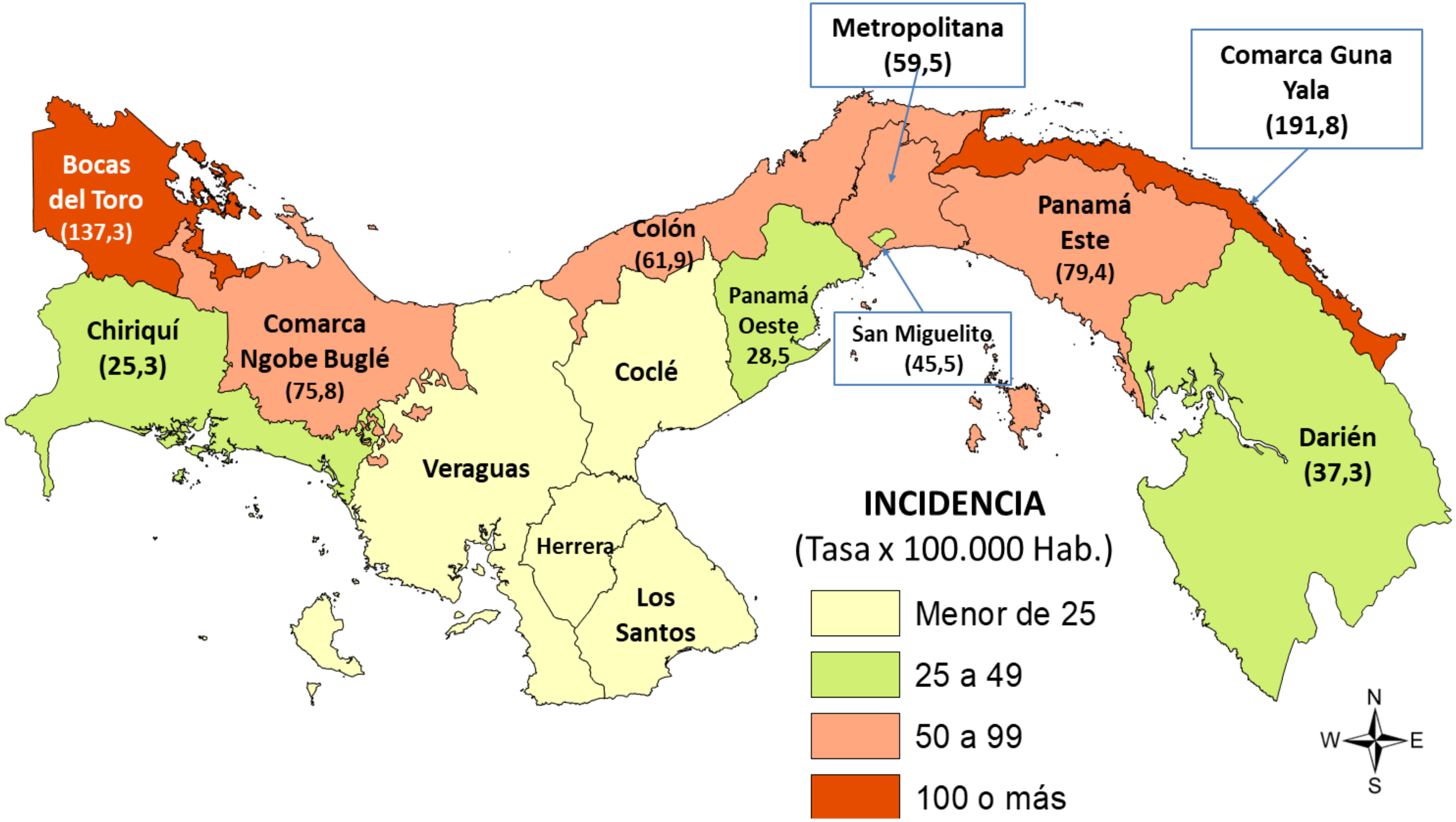


* Brecha: 390 Casos

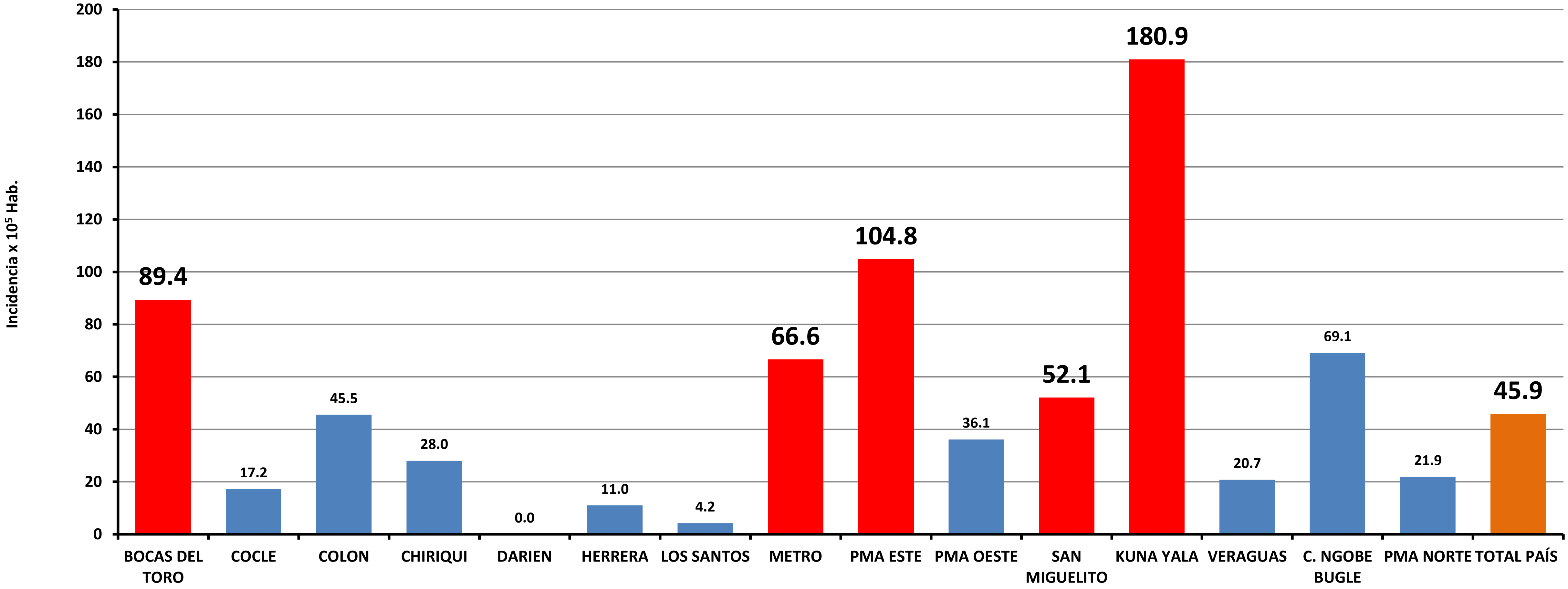
Incidencia Estimada e Incidencia Notificada 2016



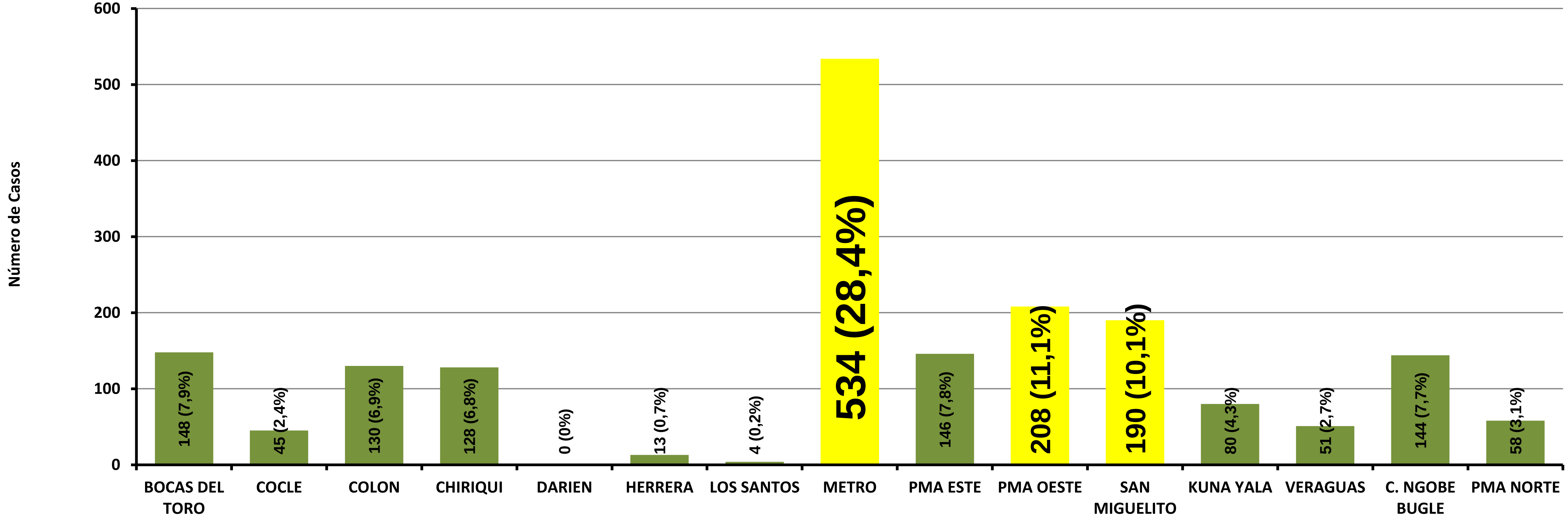
Incidencia Notificada de TB (todas las formas), Panamá 2016


Metropolitana (59,5)
Comarca Guna Yala (191,8)
Bocas del Toro (137,3)
Colón (61,9)
Panamá Este (79,4)
Panamá Oeste 28,5
San Miguelito (45,5)
Chiriquí (25,3)
Comarca Ngobe Buglé (75,8)
Coclé
Veraguas
Darién (37,3)
Herrera
Los Santos
INCIDENCIA
(Tasa x 100.000 Hab.)
Menor de 25
25 a 49
50 a 99
100 o más
N
W
E
S

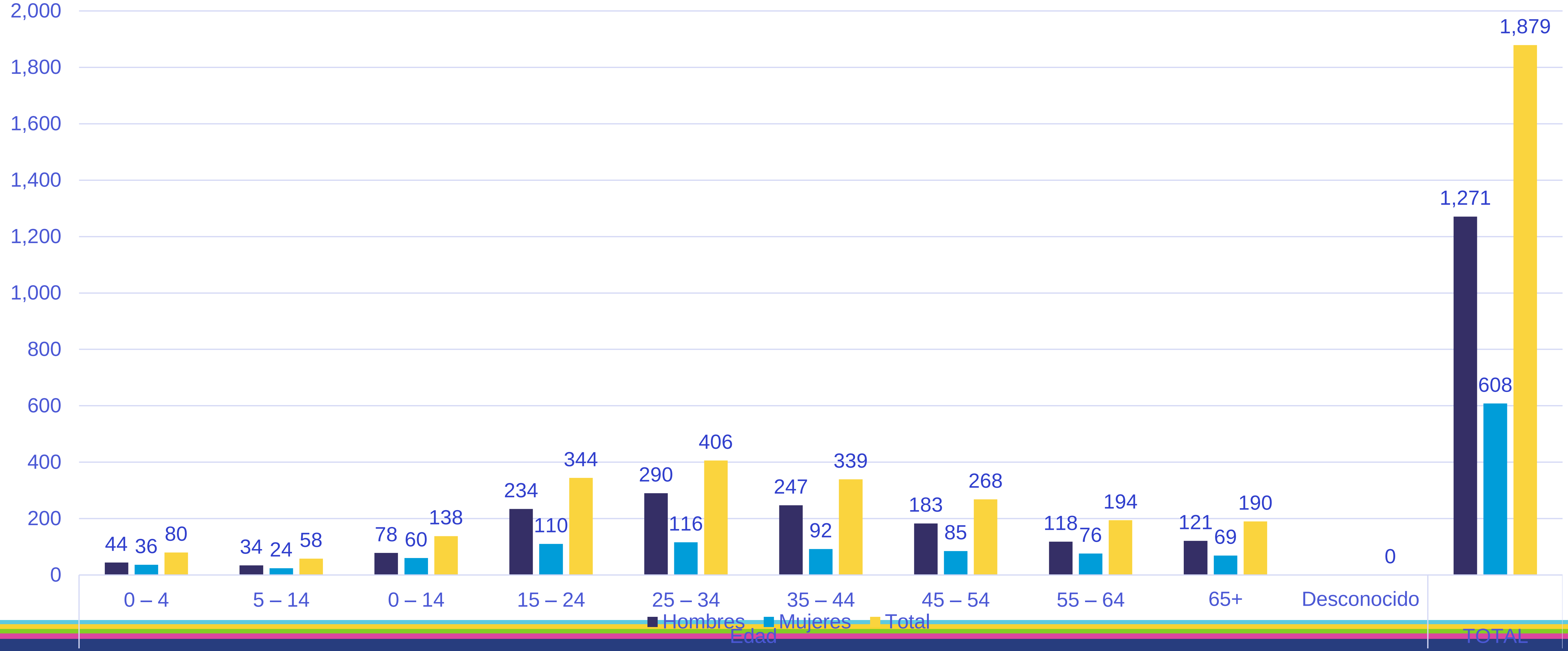
INCIDENCIA TB POR REGIONES PANAMA 2017



Casos incidentes de TB por regiones. Panama 2017



CASOS INCIDENTES POR GRUPOS EDAD 2017



Situación epidemiológica de la tuberculosis – coinfección VIH/TB (incidencia)

- La incidencia (5.9) es similar a 2000 (6.3)
- El máximo (9.4) se alcanzó en 2008.
- La proporción de casos de coinfección entre los casos de TB en 2015 era de 11.5%, reduciéndose desde un 16.5% en 2008.

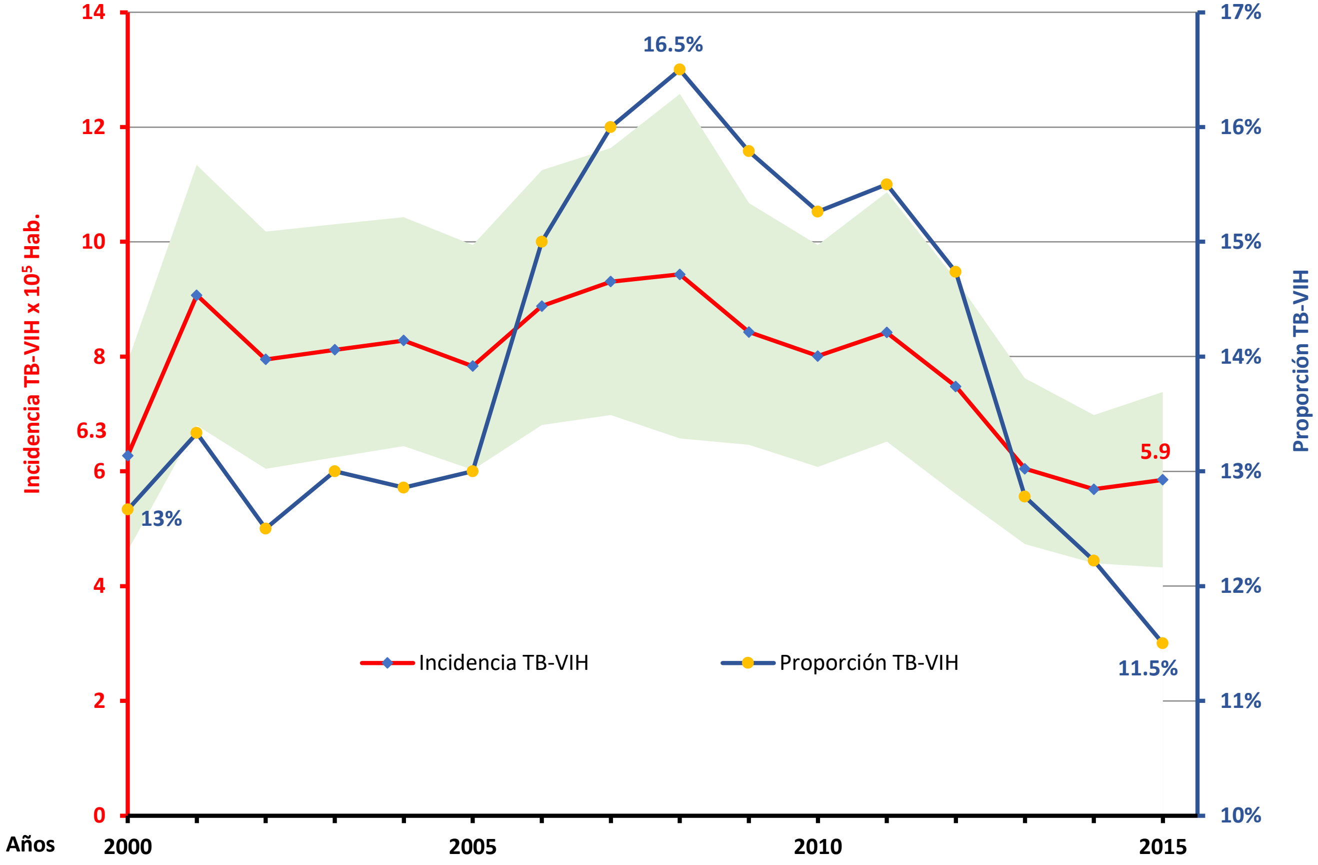
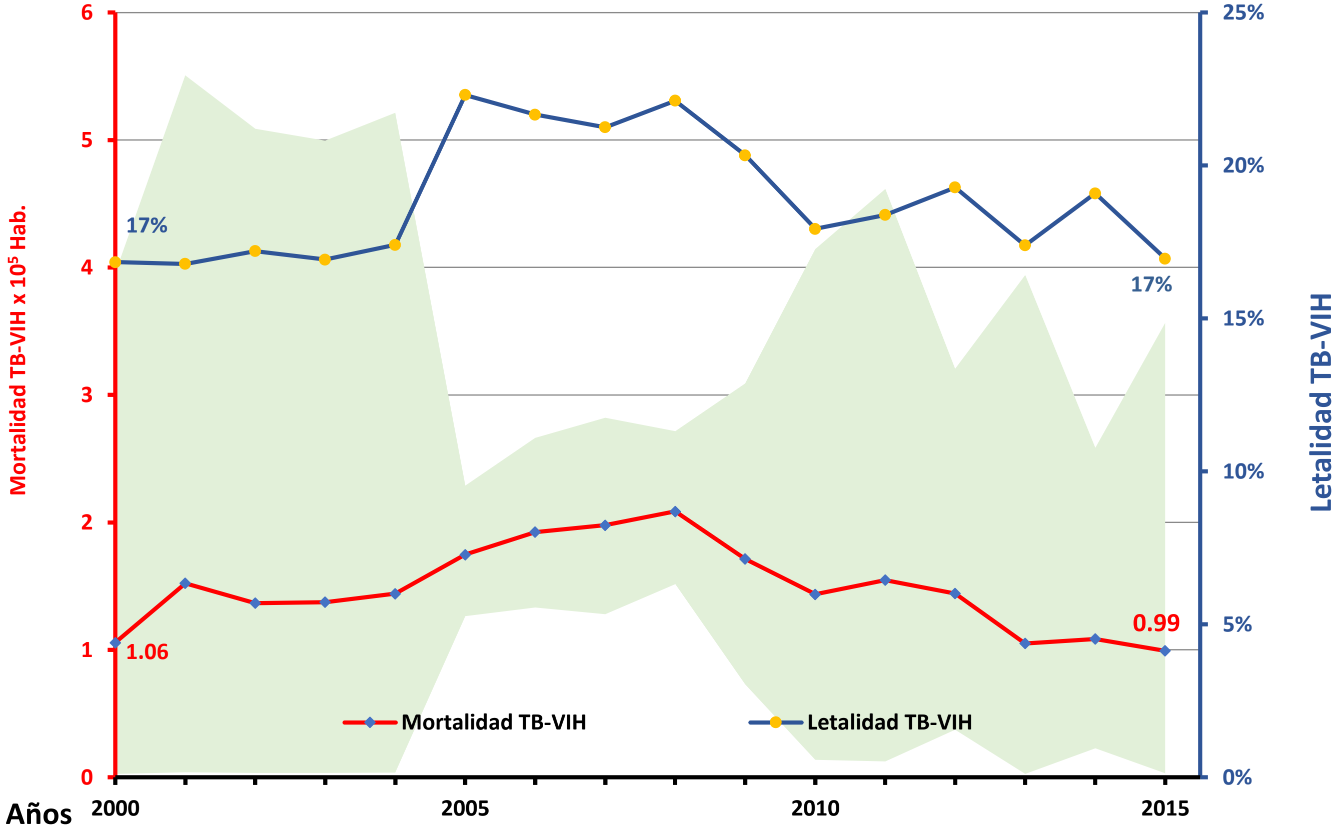


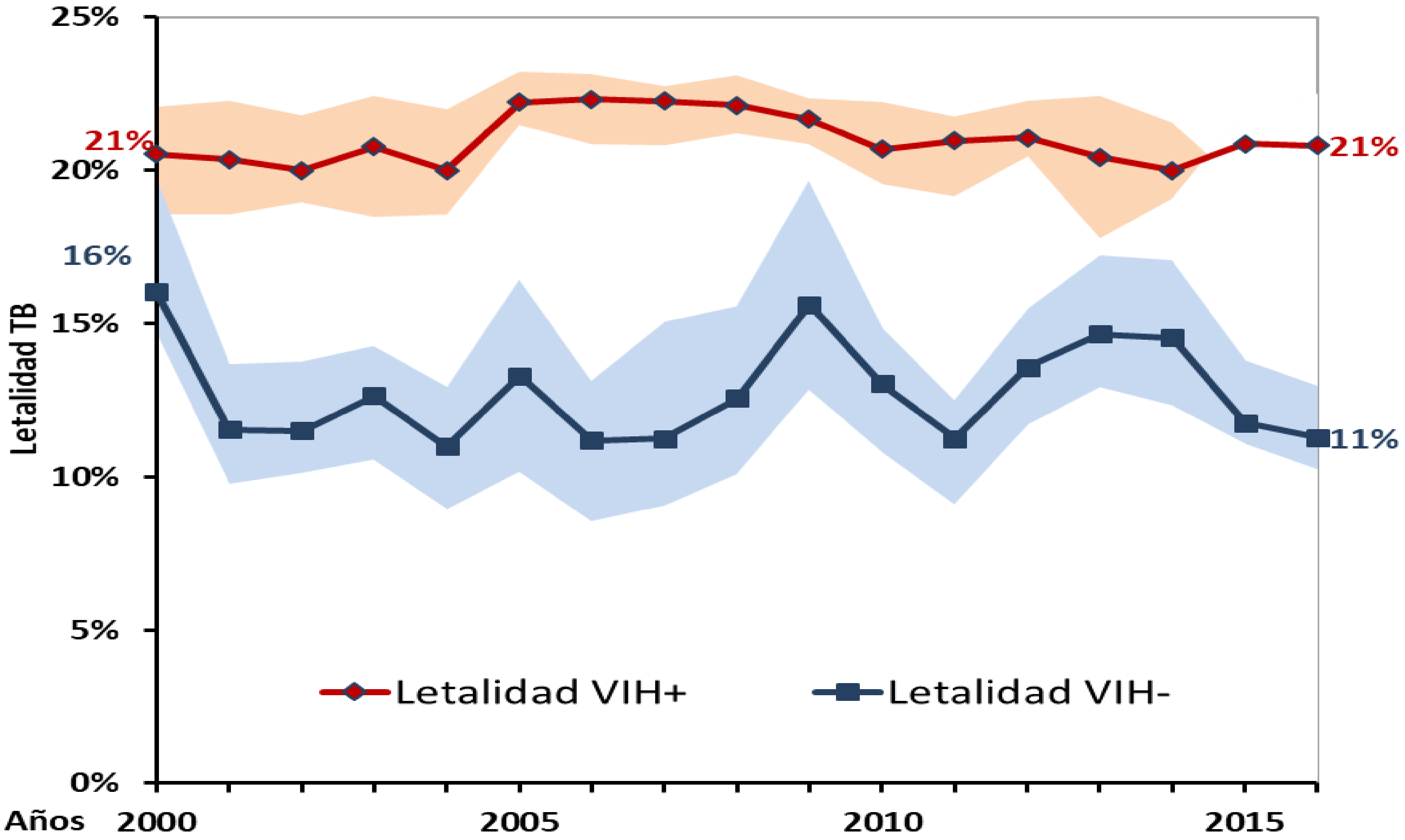
Gráfico 23. Incidencia y proporción TB-VIH (estimados). Panamá, 2000-2015. Ministerio de Salud

Situación epidemiológica de la tuberculosis – coinfección VIH/TB (mortalidad)

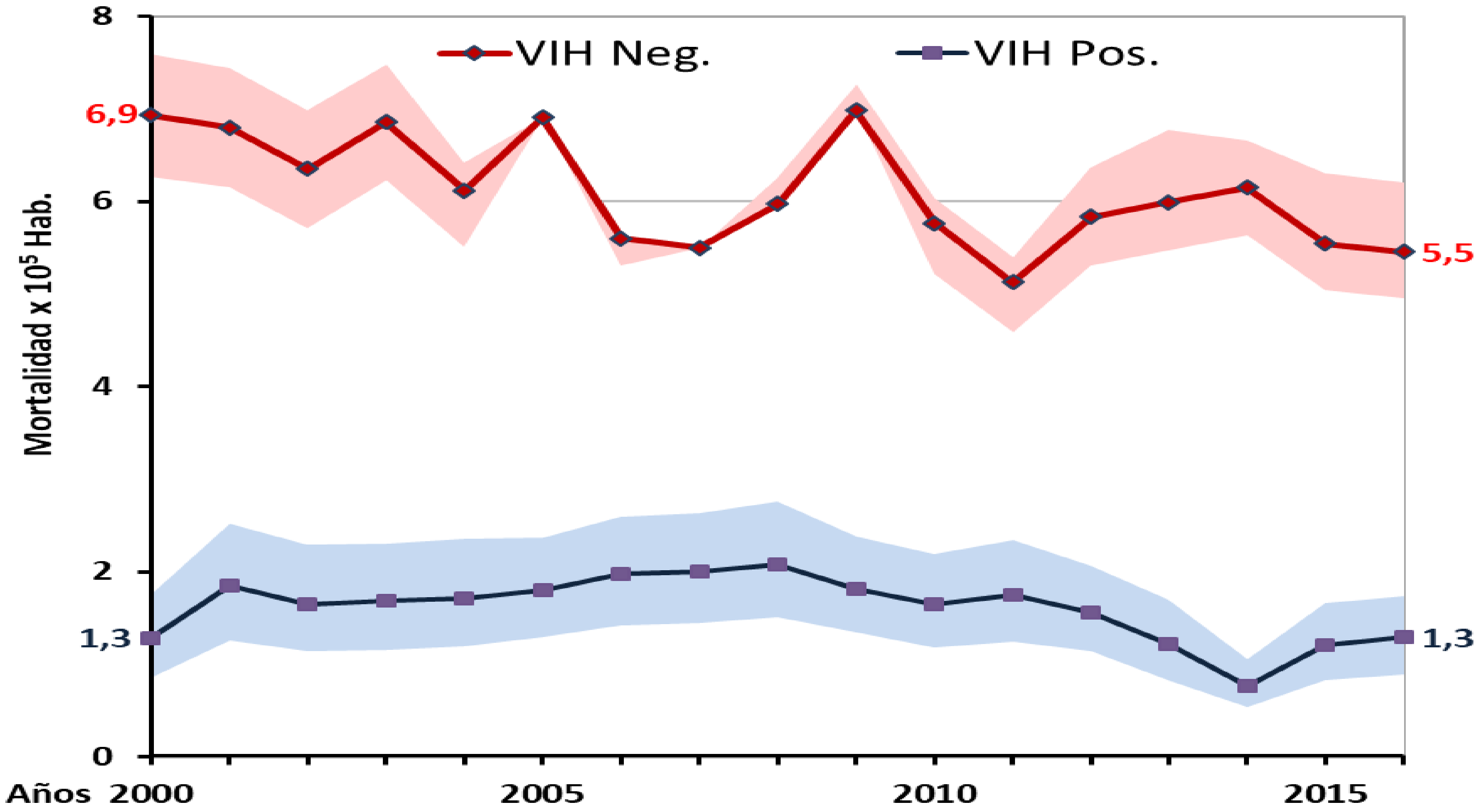
- Valores de mortalidad y letalidad similares en 2000 y 2015, tras haber repuntado en 2008
- No se ha conseguido una reducción de la mortalidad en pacientes coinfectados



Letalidad de la TB, según estado de VIH. Panamá, 2000-2016



Mortalidad VIH negativo y VIH Positivo Año 2016



Situación epidemiológica de la tuberculosis – coinfección VIH/TB (detección)

- Diferencia notable entre registro y estimación.
- La brecha se cierra en 2013 para quedar en 35 casos en 2015 (15% del total).

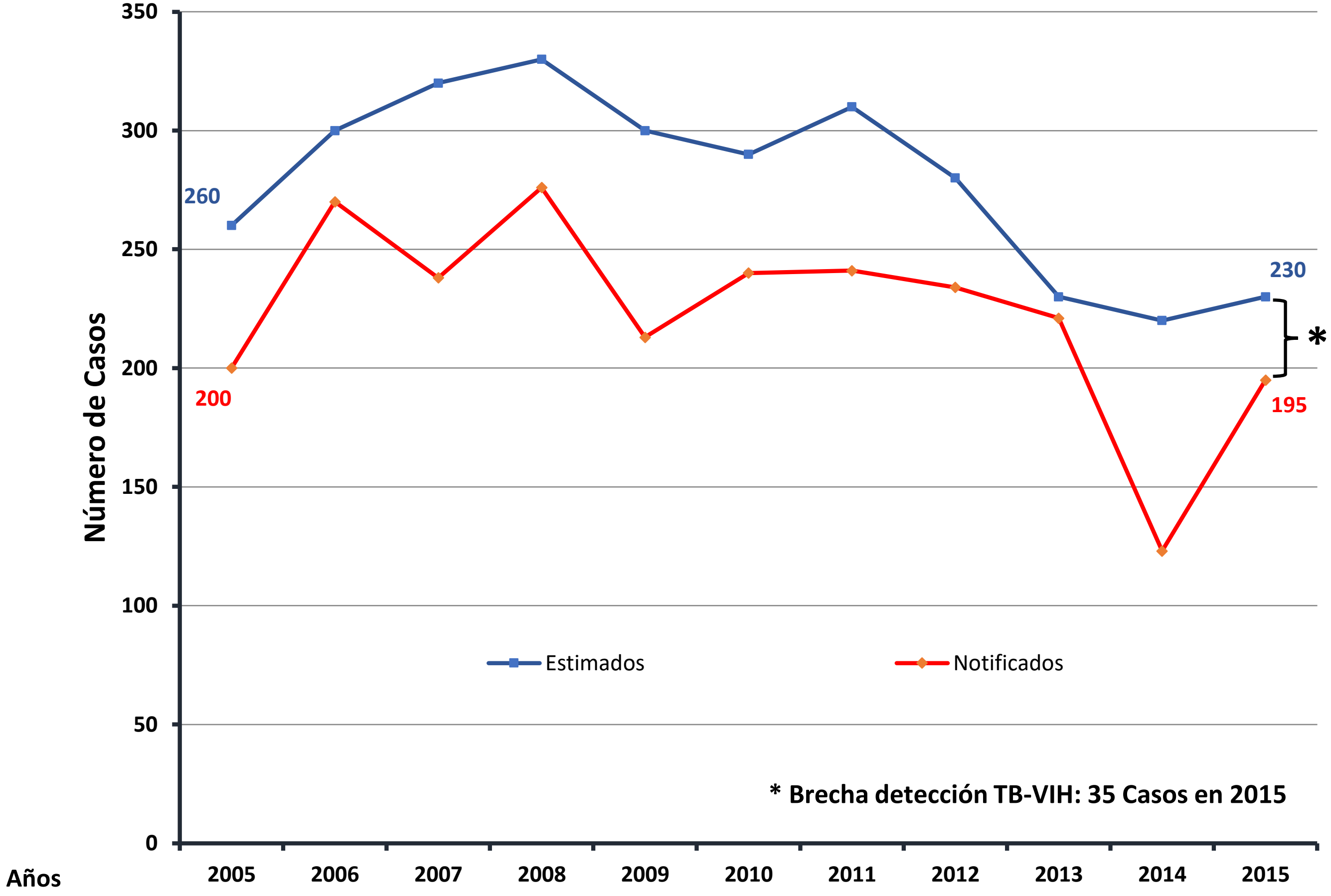
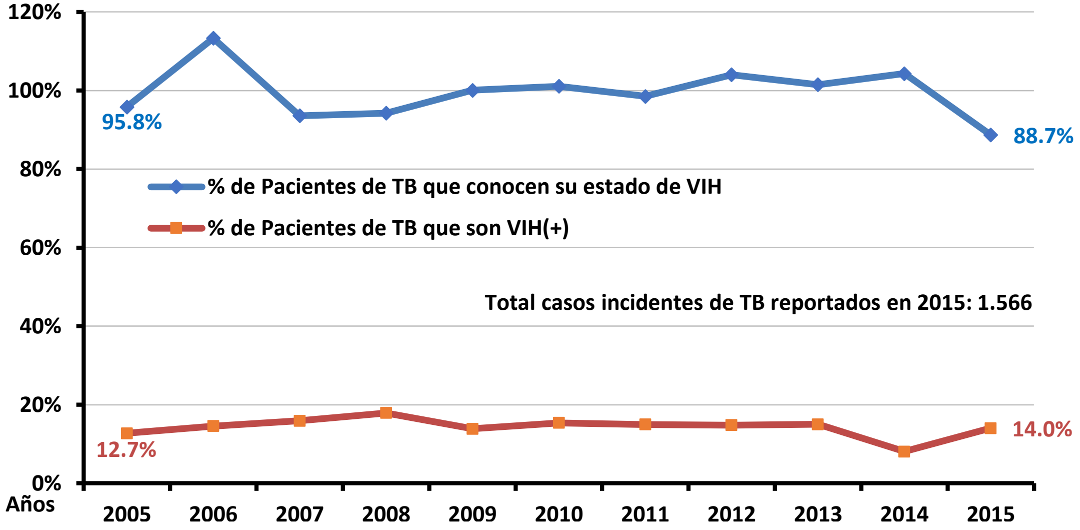
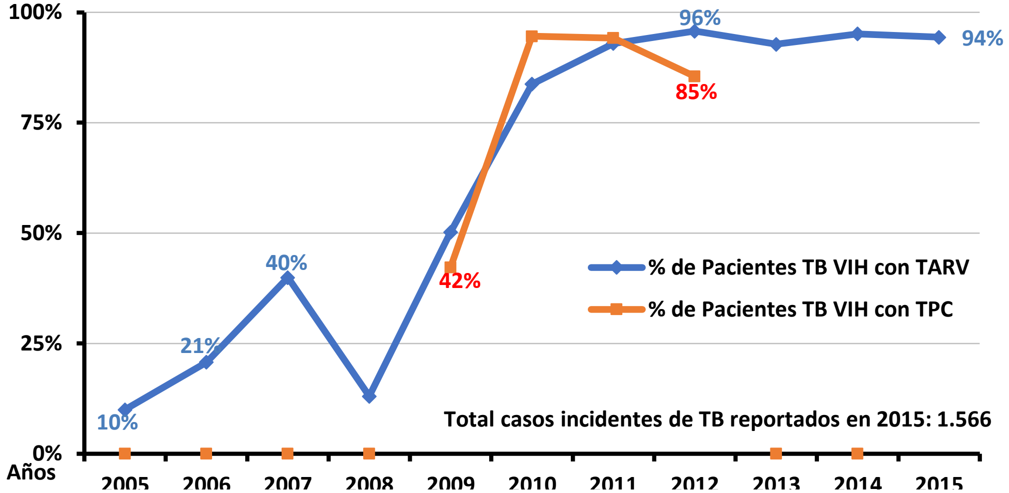


Gráfico 25. Casos TB-VIH Notificados y Estimados. Panamá, 2005-2015. Ministerio de Salud

Situación epidemiológica de la tuberculosis – coinfección VIH/TB (prueba VIH y tratamiento)



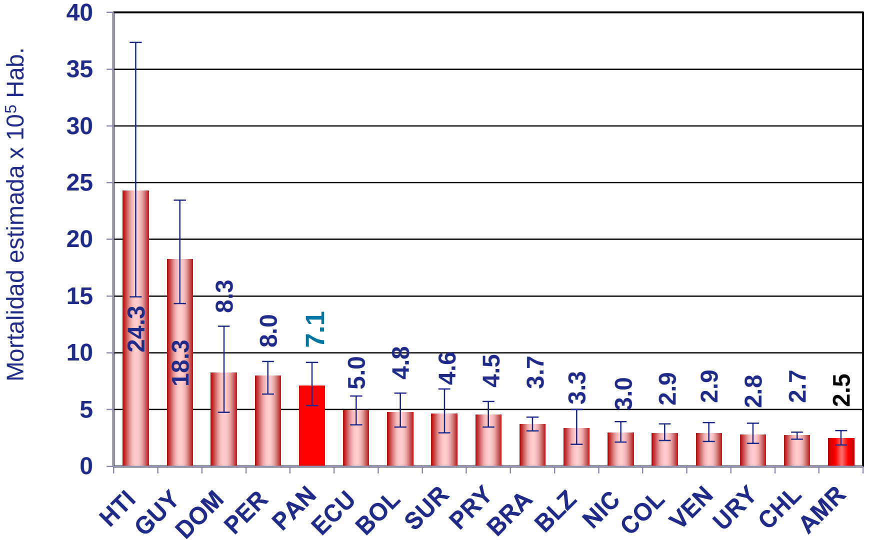


- Alto conocimiento de estado de VIH en pacientes TB, pero con descenso
- La positividad al VIH de pacientes TB se mantiene constante con un valor de 14.0% en 2015

- Pobre registro de TPC
- +90% de pacientes con coinfección reciben TARV

Situación epidemiológica de la tuberculosis – mortalidad por tuberculosis

- Panamá está entre los 5 países con más alta mortalidad por TB en la región



Países con Mortalidad de TB superior a la media regional. OPS/OMS, 2015

SITUACION Tuberculosis PANAMA 2017	Numero Estimado de Casos Tuberculosis	Numero Notificado de Casos Tuberculosis
TB todas las formas Brecha: **228 casos.**	**2200-2400**	**1972** 89.6%-82.1%
TB asociado a VIH Brecha : **41 casos**	**250** (190-310)	**269** 86%
TB MDR Brecha: **16 casos.**	**68-77**	**52** 76.4%

Situación epidemiológica de la tuberculosis – tratamiento de la tuberculosis (VIH/TB)

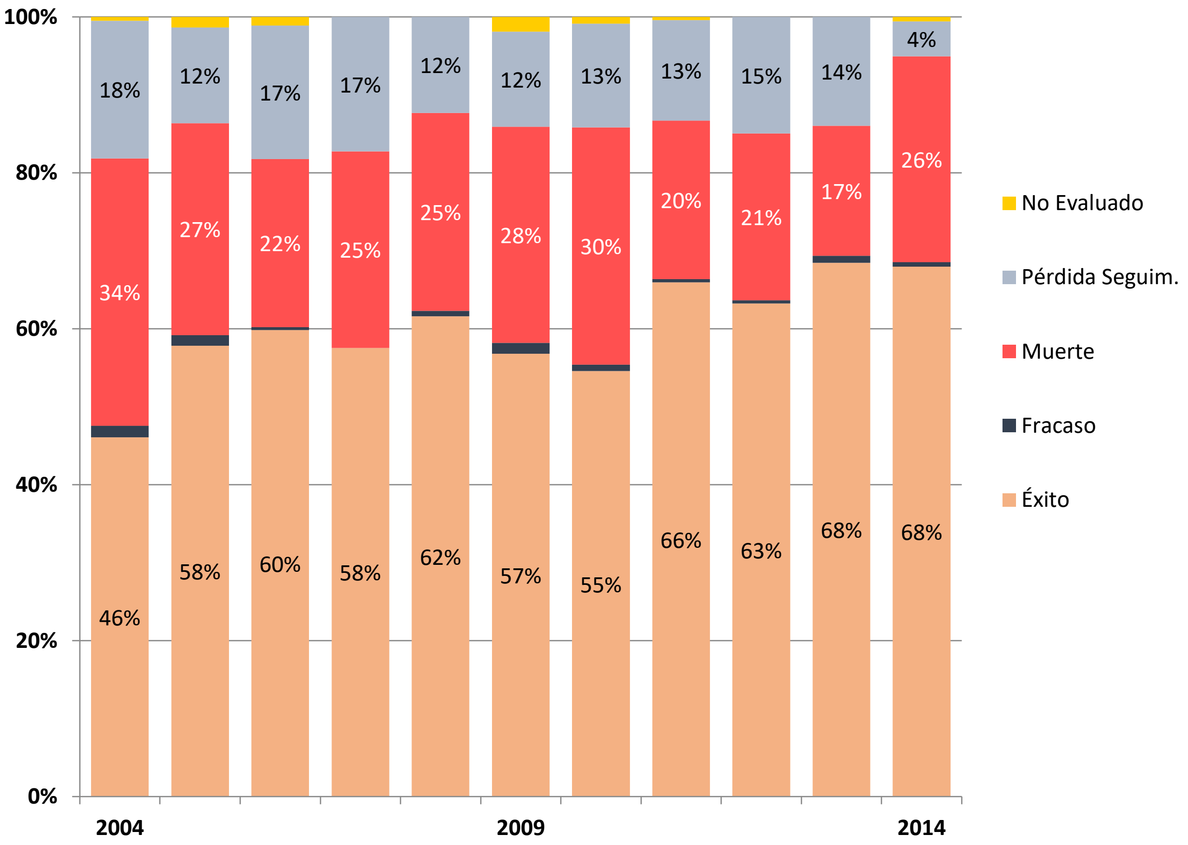


Gráfico 20. Cohorte de Casos TB-VIH. Panamá, 2004-2014. Ministerio de Salud

- Incremento de éxito >20 puntos
- Reducción del 50% en muertes
- Mayor pérdida
- Todos evaluados

INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS (ITJ) PARA LA COINFECCIÓN TB / VIH

NORMA TECNICA TUBERCULOSIS

Resolución No 235 del **17 de Abril del 2017**:

Capitulo de Confección TB_VIH (Norma VIH igual)

Algoritmos TB-VIH

Comisión TB Drogo resistente y casos TB VIH (2019 proceso legal)

Guía TB/VIH

Cambios al SISVIG y Modificaciones al sistema de información SISVIG-TB

Nombramiento de Coordinación TB y VIH en la CSS

Falta reforzar Nivel Central Programa TB (3).

PLAN ESTRATEGICO NACIONAI 2018-2022.

1. Componente Programatico.
2. Plan de Monitoreo y Evaluacion.
3. Presupuesto.

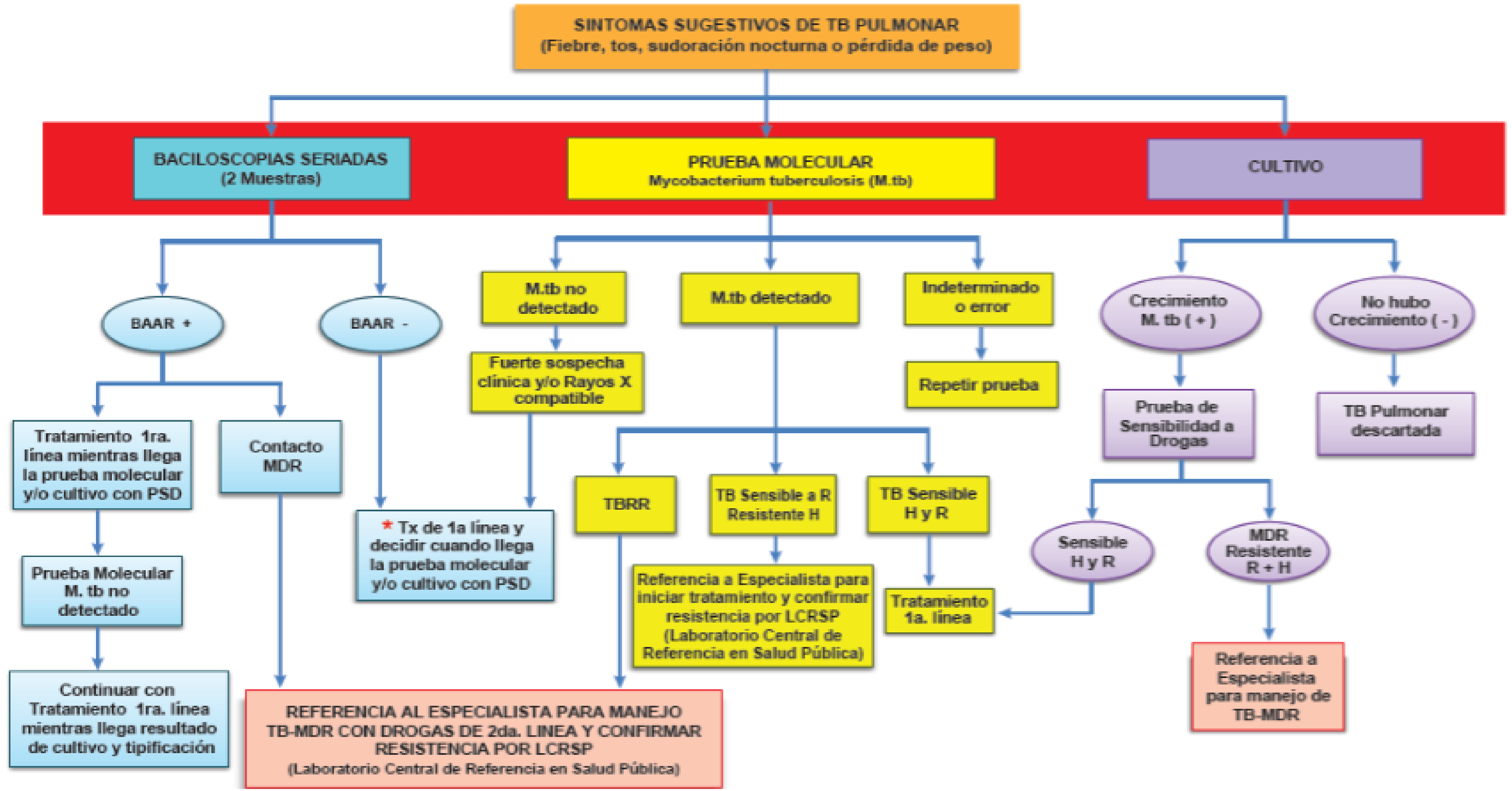
   Presupuesto por actividades:
   Pilar 1. Atencion y Prevencion
   Pilar 2. Politicas y Sistemas de Apoyo.
   Pilar 3. Innovacion e Investigacion.
   $ **7,654,090,91**

PENTB 2018-2022

REUNIÓN DE TRABAJO SOBRE ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO NACIONAL 2018-2022

NORMA ALGORITMO TB-VIH

ALGORITMO DINÁMICO PARA INVESTIGAR TUBERCULOSIS E INICIAR EL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)



SINTOMAS SUGESTIVOS DE TB PULMONAR
(Fiebre, tos, sudoración nocturna o pérdida de peso)

BACILOSCOPIAS SERIADAS
(2 Muestras)

PRUEBA MOLECULAR
Mycobacterium tuberculosis (M.tb)

CULTIVO

BAAR +

BAAR -

Tratamiento 1ra. línea mientras llega la prueba molecular y/o cultivo con PSD

Contacto MDR

Prueba Molecular M. tb no detectado

Continuar con Tratamiento 1ra. línea mientras llega resultado de cultivo y tipificación

* Tx de 1a línea y decidir cuando llega la prueba molecular y/o cultivo con PSD

M.tb no detectado

Fuerte sospecha clínica y/o Rayos X compatible

M.tb detectado

Indeterminado o error

Repetir prueba

TBRR

TB Sensible a R Resistente H

TB Sensible H y R

Referencia a Especialista para iniciar tratamiento y confirmar resistencia por LCRSP (Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública)

Tratamiento 1a. línea

REFERENCIA AL ESPECIALISTA PARA MANEJO TB-MDR CON DROGAS DE 2da. LINEA Y CONFIRMAR RESISTENCIA POR LCRSP
(Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública)

Crecimiento M. tb (+)

No hubo Crecimiento (-)

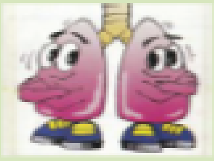
Prueba de Sensibilidad a Drogas

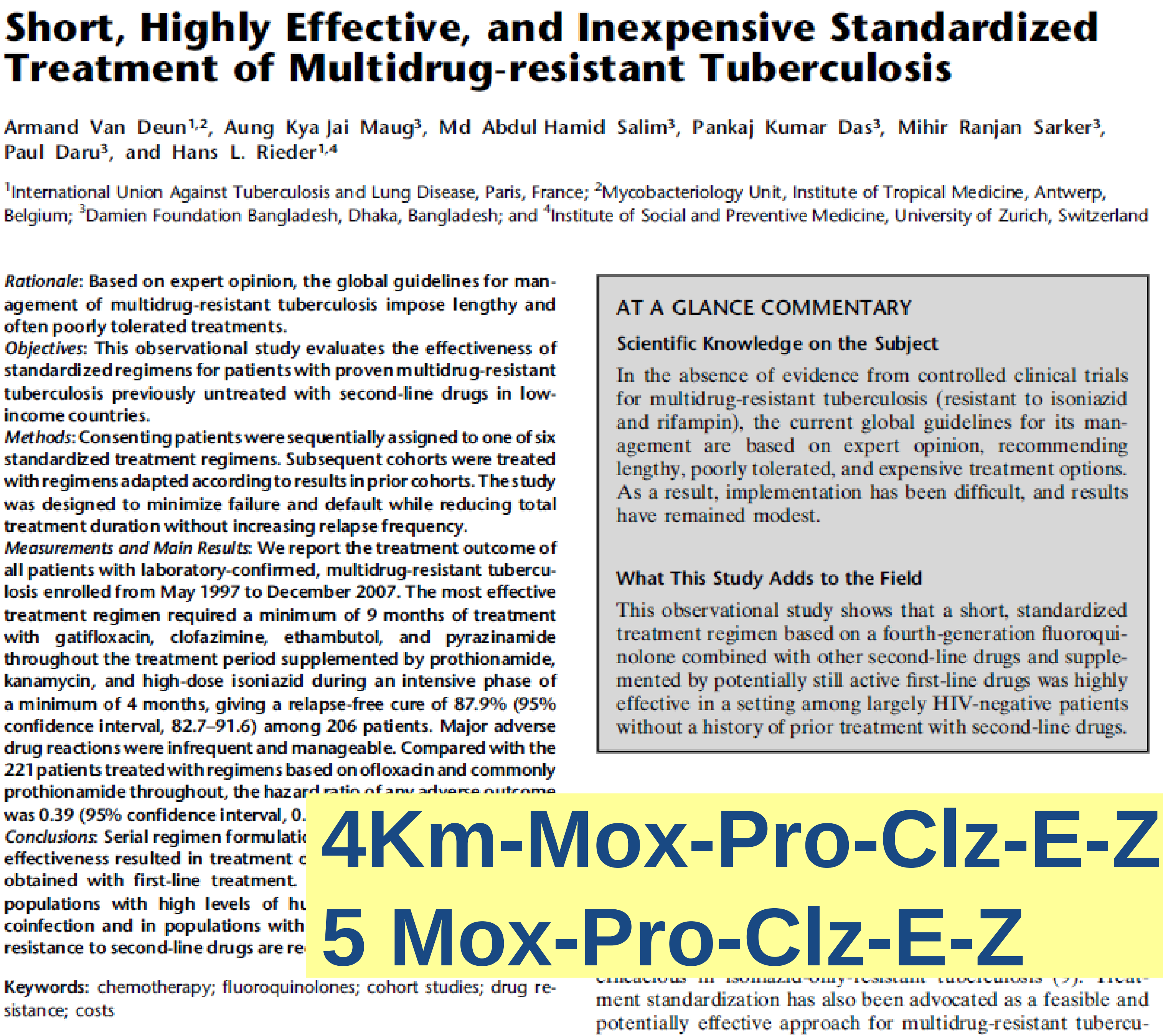
TB Pulmonar descartada

Sensible H y R

MDR Resistente R + H

Referencia a Especialista para manejo de TB-MDR





Short, Highly Effective, and Inexpensive Standardized Treatment of Multidrug-resistant Tuberculosis

Armand Van Deun[1,2], Aung Kya Jai Maug[3], Md Abdul Hamid Salim[3], Pankaj Kumar Das[3], Mihir Ranjan Sarker[3], Paul Daru[3], and Hans L. Rieder[1,4]

[1]International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France; [2]Mycobacteriology Unit, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium; [3]Damien Foundation Bangladesh, Dhaka, Bangladesh; and [4]Institute of Social and Preventive Medicine, University of Zurich, Switzerland

Rationale: Based on expert opinion, the global guidelines for management of multidrug-resistant tuberculosis impose lengthy and often poorly tolerated treatments.
Objectives: This observational study evaluates the effectiveness of standardized regimens for patients with proven multidrug-resistant tuberculosis previously untreated with second-line drugs in low-income countries.
Methods: Consenting patients were sequentially assigned to one of six standardized treatment regimens. Subsequent cohorts were treated with regimens adapted according to results in prior cohorts. The study was designed to minimize failure and default while reducing total treatment duration without increasing relapse frequency.
Measurements and Main Results: We report the treatment outcome of all patients with laboratory-confirmed, multidrug-resistant tuberculosis enrolled from May 1997 to December 2007. The most effective treatment regimen required a minimum of 9 months of treatment with gatifloxacin, clofazimine, ethambutol, and pyrazinamide throughout the treatment period supplemented by prothionamide, kanamycin, and high-dose isoniazid during an intensive phase of a minimum of 4 months, giving a relapse-free cure of 87.9% (95% confidence interval, 82.7–91.6) among 206 patients. Major adverse drug reactions were infrequent and manageable. Compared with the 221 patients treated with regimens based on ofloxacin and commonly prothionamide throughout, the hazard ratio of any adverse outcome was 0.39 (95% confidence interval, 0.
Conclusions: Serial regimen formulati
effectiveness resulted in treatment c
obtained with first-line treatment.
populations with high levels of hu
coinfection and in populations with
resistance to second-line drugs are re

Keywords: chemotherapy; fluoroquinolones; cohort studies; drug resistance; costs

AT A GLANCE COMMENTARY

Scientific Knowledge on the Subject

In the absence of evidence from controlled clinical trials for multidrug-resistant tuberculosis (resistant to isoniazid and rifampin), the current global guidelines for its management are based on expert opinion, recommending lengthy, poorly tolerated, and expensive treatment options. As a result, implementation has been difficult, and results have remained modest.

What This Study Adds to the Field

This observational study shows that a short, standardized treatment regimen based on a fourth-generation fluoroquinolone combined with other second-line drugs and supplemented by potentially still active first-line drugs was highly effective in a setting among largely HIV-negative patients without a history of prior treatment with second-line drugs.

ment standardization has also been advocated as a feasible and potentially effective approach for multidrug-resistant tubercu-

4Km-Mox-Pro-Clz-E-Z->INH /
5 Mox-Pro-Clz-E-Z

Nuevo régimen para tratamiento estandarizado de TB-MDR

GRUPO	Fármaco	Siglas
Grupo A: Incluya los tres medicamentos a menos de que estén contraindicados	Levofloxacino o	Lfx
	Moxifloxacino	Mfx
	Bedaquilina	Bdq
	Linezolid	Lzd
Grupo B: Incluya una (o ambas)	Clofazimina	Cfz
	Cicloserina o	Cs
	Terizidona	Trd
Grupo C: Añada alguno (s) cuando no se pueda completar un esquema con los fármacos de los grupos A y B	Imipenem-cilastatina	Ipm-Cln
	Meropenem	Mpm
	Delamanid	Dlm
	Etambutol	E
	Etionamida o	Eto
	Protionamida	Pto
	Amikacina (o	Am
	Estreptomicina)	(S)
	Pirazinamida	Z
	Ácido p-aminosalicílico	PAS

World Health Organization 2018

PRINCIPALES INDICADORES DE MANEJO DE COINFECCIÓN TB/VIH

INDICADORES TB/VIH 2018
Norma Técnica Tuberculosis

- % de realización de pruebas de VIH en pacientes con TB----------------------99% Meta:100%
- Porcentaje de Confección TB/VIH---1%
- Porcentaje de casos TB/VIH que reciben TARV-----------------------------------85% Meta: 90%
- Porcentaje casos TB/VIH con tratamiento preventivo con Clotrimoxazol---33% Meta: 100%
- Porcentaje de casos VIH con TPI (Información CSS)-------------------------- 20% Meta:100%

Cambios en el Modulo TB-SISVIG Fecha de Inicio y Fecha de Terminación.

APLICACIÓN DE LAS 12 ACTIVIDADES COLABORATIVAS (experiencia en control de infecciones)

Mecanismo Colaborativo TB/VIH

- Crear un ente coordinador TB/VIH en todos los niveles.
- Realizar vigilancia de la prevalencia del VIH en los pacientes con TB.
- Planificación conjunta las actividades TB/VIH.
- Monitoreo y Evaluación

Reducir la carga de TB en VIH /Sida

1. Búsqueda intensiva casos.

(seguimientos algoritmos normado).

2. Proporcionar TPI

3. Control de Infecciones.

Reducir carga de VIH en pacientes con TB

1. Consejeria y deteccion de VIH
2. Metodos preventivos VIH
3. TMP/SMX
4. Atencion Integral TB/VIH
5. Tratamiento TARV

INSTANCIAS DE ALTO NIVEL INTERSECTORIAL QUE TRABAJAN EN LAS ACTIVIDADES COLABORATIVAS TB/VIH

Transición del Proyecto del Fondo Mundial (2019-2021)

- Contraloría, MIDES, Sociedad Civil, MEDUCA, MINSA.
- Contratación escalonada de 32 promotores de TB por parte del MINSA.
- Promotor TB/VIH en la comunidad.

¡MUCHAS GRACIAS!

Solidaridad entre los pueblos para la integración regional en salud

www.sica.int/comisca info.comisca@sica.int (503) 2248 6901

@SECOMISCA Se-Comisca SICA