

OPS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



OFICINA REGIONAL PARA LAS

**Organización
Mundial de la Salud**
Américas



Guías unificadas de la OMS Modulo 4

Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente

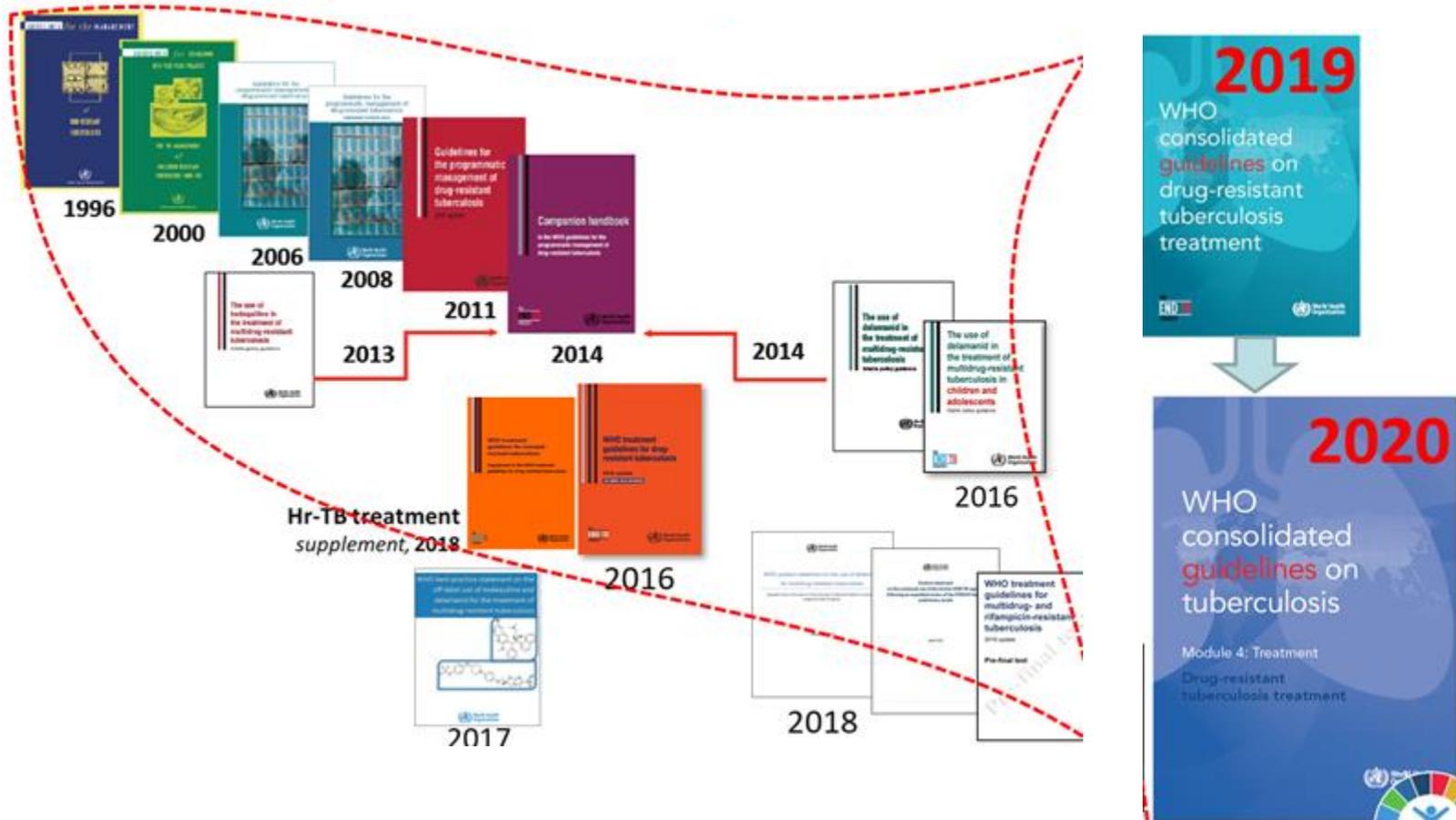
Dr. Oscar Bernal

Asesor de prevención y control de Tuberculosis farmacorresistente

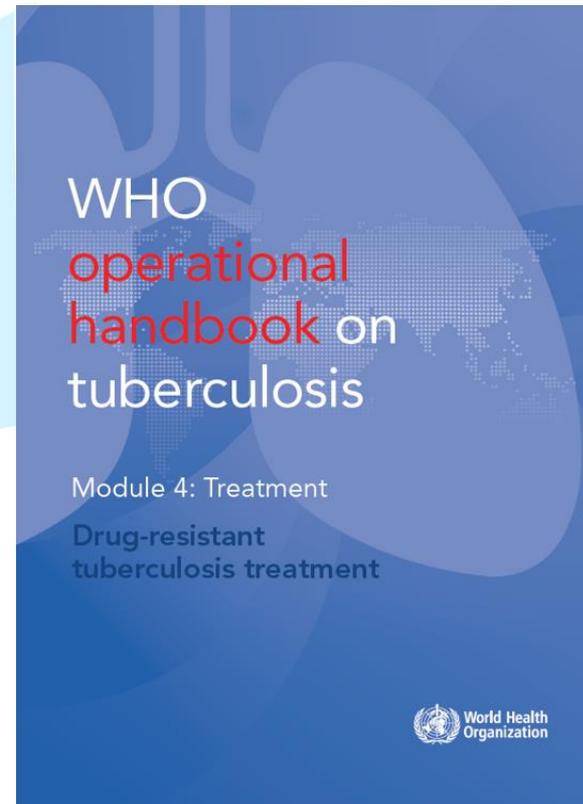
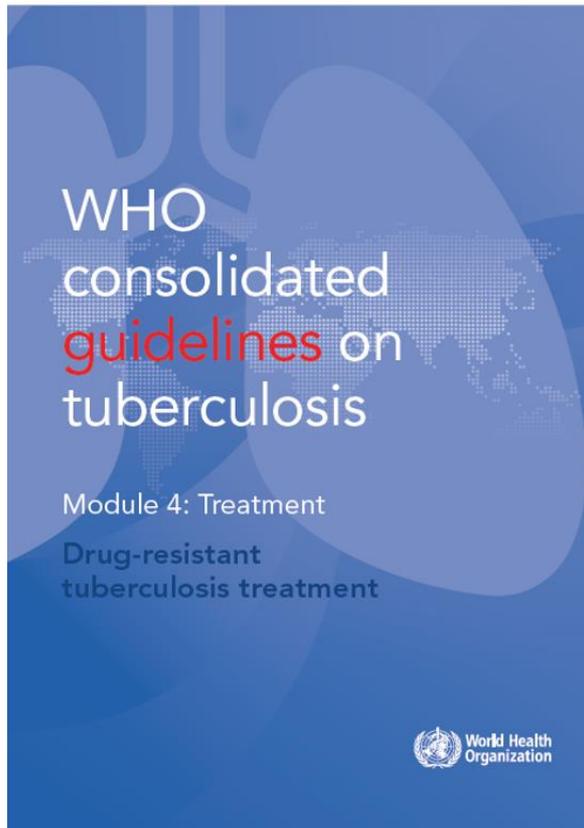
Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual - HT

Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud – CDE

Evolución de las guías de tratamiento TB-DR de la OMS desde 1996



Guías consolidadas y manual operativo



Secciones de las guías consolidadas de TB-DR

1. Esquema para TB sensible a rifampicina y resistente a isoniacida
2. Esquema oral acortado para TB-RR/MDR que contiene bedaquilina
3. Esquemas alargados para TB-RR/MDR
4. Esquema con bedaquilina, pretomanida y linezolid (BPaL) para TB-MDR con resistencia adicional a fluoroquinolonas
5. Seguimiento del tratamiento del paciente con TB-DR mediante cultivo
6. Inicio de terapia antirretroviral en pacientes con esquemas anti-TB de segunda línea
7. Cirugía para pacientes con TB-MDR
8. Atención y apoyo para pacientes con TB-RR/MDR

1. Esquema para TB sensible a rifampicina y resistente a isoniacida

1.1

En pacientes con TB sensible a rifampicina y resistencia confirmada a isoniacida, se recomienda el tratamiento con rifampicina, etambutol, pirazinamida y levofloxacin durante 6 meses

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

1.2

En pacientes con TB sensible a rifampicina y resistencia confirmada a isoniacida, no se recomienda añadir al esquema de tratamiento estreptomycin u otros fármacos inyectables

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

2. Esquema oral acortado para TB-RR/MDR que contiene bedaquilina

2.1

Se recomienda un esquema oral acortado con bedaquilina de 9 a 12 meses de duración en pacientes elegibles con TB-RR/MDR que no han recibido tratamiento anterior con medicamentos de segunda línea durante más de 1 mes, y en los cuales se ha excluido la resistencia a las fluoroquinolonas

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)



Source: <https://www.idafoundation.org/>

3. Esquemas alargados para TB-RR/MDR

3.1.

En pacientes con TB-RR/MDR que reciben tratamiento alargado, se deben incluir los tres fármacos del grupo A y al menos un fármaco del grupo B para asegurarse de que el tratamiento comience con al menos cuatro fármacos que sean efectivos y que se incluyan al menos tres fármacos durante el resto del tratamiento después de que se suspenda la administración de la bedaquilina

Si solo se utilizan uno o dos fármacos del grupo A, se deben incluir los dos fármacos del grupo B. Si el esquema no se puede completar usando solamente los fármacos de los grupos A y B, se añaden fármacos del grupo C

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

4. Esquema con bedaquilina, pretomanida y linezolid (BPaL) para TB-MDR con resistencia adicional a fluoroquinolonas

4.1

Un esquema de tratamiento que dure de 6 a 9 meses, compuesto por bedaquilina, pretomanida y linezolid (BPaL), puede usarse en condiciones de investigación operativa en pacientes con TB-MDR resistente a las fluoroquinolonas, sin exposición previa a bedaquilina y linezolid o estuvo expuesto por menos de 2 semanas (recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

5. Seguimiento del tratamiento del paciente con TB-DR mediante cultivo

5.1.

En pacientes con TB-RR/MDR con esquemas alargados, se recomienda realizar un cultivo de esputo además de la baciloscopia para hacer el seguimiento al tratamiento

(recomendación firme, certeza moderada)

Es aconsejable que el cultivo de esputo se repita mensualmente

6. Inicio de terapia antirretroviral en pacientes con esquemas anti-TB de segunda línea

6.1

Se recomienda administrar el tratamiento antirretroviral (TAR) a todos los pacientes con infección por el VIH y TB-DR que necesiten fármacos de segunda línea, independientemente de cifras del CD4, tan pronto como sea posible (en las 8 primeras semanas) después del inicio del tratamiento anti-TB

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

7. Cirugía para pacientes con TB-MDR

7.1

En pacientes con TB-MDR, se puede utilizar la resección pulmonar parcial electiva (lobectomía o resección cuneiforme) acompañado de un esquema de tratamiento recomendado para la TB-MDR (recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

8. Atención y apoyo a los pacientes con TB-RR/MDR

8.1.

Se debe proporcionar a los pacientes en tratamiento para TB, educación y consejería sobre la enfermedad y adhesión al tratamiento (recomendación firme, certeza de la evidencia moderada)

8.2.

Se puede ofrecer a los pacientes que reciben tratamiento para TB un conjunto de intervenciones para mejorar su adhesión, acompañado de opciones adecuadas para su administración.

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

8.3.

Se puede ofrecer una o más de las siguientes intervenciones para promover la adhesión al tratamiento de TB: seguimiento digital, apoyo material, apoyo psicológico, educación del personal (complementarias y no mutuamente excluyentes).

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja).

Evidencia: Los pacientes que recibieron educación o consejería tuvieron mejores tasas de éxito del tratamiento, culminación del mismo, curación y adhesión al tratamiento.

8. Atención y apoyo a los pacientes con TB-RR/MDR

8.4. Las siguientes opciones de tratamiento deben ofrecerse a los pacientes:

a. Se recomienda el tratamiento directamente observado en el hogar o en la comunidad (TDO), sobre el TDO basado en el centro de salud o el tratamiento sin supervisión

(recomendación condicional, certeza moderada en la evidencia)

b. El TDO administrado por proveedores capacitados o trabajadores de la salud se recomienda sobre el TDO administrado por miembros de la familia o tratamiento no supervisado.

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

c. El tratamiento observado por video (TOV) puede reemplazar al TDO cuando la tecnología de comunicación por video está disponible, y los proveedores de salud y los pacientes pueden organizarla y operarla adecuadamente.

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

Evidencia: los pacientes que recibieron TOV no tuvieron diferencias estadísticamente significativas en la finalización del tratamiento y la mortalidad en comparación con los pacientes que tenían TDO

8. Atención y apoyo para pacientes con TB-RR/MDR

8.5

Los pacientes con TB-MDR deben tratarse ambulatoriamente en vez de ser hospitalizados

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

8.6

Para pacientes en tratamiento con TB-MDR se recomienda un modelo descentralizado de atención en vez de centralizado

(recomendación condicional, certeza de la evidencia muy baja)

Resumen de las recomendaciones de tratamiento de la TB-DR 2020.

Introduce...

- Esquemas de tratamiento totalmente oral para TB-RR/MDR
- Cambios significativos en los fármacos de los esquemas
- Nueva evidencia sobre la seguridad del uso de bedaquilina durante más de 6 meses, su uso durante el embarazo y el uso simultáneo de bedaquilina y delamanid
- Nuevo esquema de BPaL bajo condiciones de investigación operativa (IO)
- Necesidad de mayor capacidad para llevar a cabo PSD de segunda línea y farmacovigilancia activa
- Nuevo enfoque para realizar IO sobre tratamiento de TB-DR

Implementación programática de esquemas de TB-MDR

Se tendrán que actualizar y/o realizar:

- La política de TB-DR en el país
- Plan estratégico nacional para TB
- Guías de tratamiento
- Algoritmos diagnósticos
- Lista de medicamentos esenciales y regulaciones respectivas (e.j. importación de clofazimina y pretomanida)
- Adquisición y gestión de medicamentos
- Material de capacitación

Apoyo del Comité Nacional de TB-DR en la implementación de estas guías

- Coordinación los cambios de política y las actividades relacionadas con la introducción de los nuevos esquemas de TB-DR (por ejemplo, capacitación, comunicación, establecer la elegibilidad del paciente para los diferentes esquemas de TB-DR)
- Capacitación del personal de salud en los aspectos clínicos de farmacovigilancia activa
- Abogacía para intervenciones de apoyo al paciente
- Asesoría técnica y clínica

Registro y notificación electrónica

Se debe tomar en cuenta:

- La necesidad de mejorar la calidad de los datos del paciente utilizando variables estandarizadas, como los resultados de las PSD, el tratamiento administrado y sus resultados
- La farmacovigilancia activa para el registro de las reacciones adversas a medicamentos (de ser posible, utilizando la herramienta de FAVIA-TB)
- La gestión de medicamentos, utilizando Quan-TB

Guías unificadas de la OMS

Modulo 4 - Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente

Gracias !

Dr. Oscar Bernal

Asesor de prevención y control de Tuberculosis farmacorresistente

Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual - HT

Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud – CDE