

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

TUBERCULOSIS EN NIÑOS

SERIE DE REUNIONES TECNICAS
1988
V
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

SANTO DOMINGO, R.D.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

TUBERCULOSIS EN NIÑOS

SERIE DE REUNIONES TECNICAS
1988
V
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

SANTO DOMINGO, R.D.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

V

Reunión Técnica sobre
Situación Actual de la Tuberculosis en Niños

Coordinada por el Servicio de Alergia e Inmunología del
Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Santo Domingo, República Dominicana

8 de Septiembre 1988

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones

CENISMI
Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Ave. A. Lincoln 2
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1988, CENISMI. Todos los Derechos reservados.

Tuberculosis en Niños.

Serie de Reuniones Técnicas V, 1988.

Análisis, conclusiones y recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Situación de Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

I. Tuberculosis - Reunión 2. Enfermedades Infecto-Contagiosas. I. Mendoza, Hugo R, 1930 - II. CENISMI - III. Serie Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados.

Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Hugo R. Mendoza
Director, CENISMI
Editor

PARTICIPANTES:

- Dr. Rubén Darío Pimentel, Pediatra Neumólogo
- Dr. Carlos Gómez-Rosario, Dispensario Infantil Anti-Tuberculoso, Sto. Dgo.
- Dra. Juana Cruz Bello, CENISMI
- Dr. Andrés de la Rosa
- Dr. Erwin Cruz-Bournigal, Jefe del Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital RRC
- Dr. Miguel Campillo, Director General de Salud
- Lic. Maritza Martínez, CARITAS DOMINICANA
- Dr. Virgilio Rodríguez, CENISMI
- Dr. José D. García-Reynoso, Servicio de Pediatría Social y Preventiva, HRRC
- Dr. Jorge Sansary, Director de Epidemiología, SESPAS
- Dr. Hugo R. Mendoza, CENISMI
- Dr. Miguel A. Catalino, Dirección de Epidemiología, SESPAS
- Lic. Rafael Ortíz-Lizardo, Dirección de Epidemiología, SESPAS
- Dra. Sonia Valdez-Santana, Dirección de Epidemiología, SESPAS
- Dr. Amaury Rancier Valdéz, Hospital Salvador B. Gautier
- Dra. Carmen Caamaño, Dispensario Antituberculoso para Adultos, Sto. Dgo.
- Dra. Georgina Pérez-Cairo, Servicio de Neumología, HRRC
- Dr. Vicente García, Laboratorio Veterinario Central, Secretaría de Agricultura,
- Dr. Freddy Aybar, Sub-Director del Hospital Robert Reid Cabral
- Dra. Rosa Gamundy, CENISMI
- Dr. Fernando Battle-Pérez, Servicio de Alergia e Inmunología Hosp. Salvador B. Gautier
- Dr. Ismael Antonio Joaquín, CENISMI
- Dr. Paul D'Etienne, Médico
- Dr. Jesús Feris, Servicio de Infecto-Contagiosos, HRRC
- Dr. Luis Alam Lora, Médico
- Dra. Josefina García-Coén, CENISMI
- Lic. Quisqueya Lora, CARITAS DOMINICANA
- Dr. Mauro Canario, CENISMI
- Dr. Rafael George Ramos, Hospital Rodolfo de la Cruz
- Dr. Pedro Antonio Jiménez, Dirección Materno Infantil, SESPAS
- Lic. Josefina Félix Bernier, Oficina Nacional de Estadística
- Dr. José Puig, Servicio de Infecto-Contagiosos, HRRC
- Dra. Carmen Capello, Núcleo Central, SESPAS
- Dr. Raúl Contreras, Hospital Salvador B. Gautier
- Dra. La Paix, Hospital Luis E. Aybar, Sto. Dgo.
- Dra. Shirley Sánchez, Hospital Moscoso Puello
- Dr. Leonel Barrios, OPS

La infección tuberculosa (TB) en la República Dominicana es una endémica y de tiempo conocido por su frecuencia y gravedad, habiéndose sido enfocada como problema de salud pública desde mucho tiempo y que determinó en la década de los años 40 del presente siglo, el establecimiento de un programa anti-TB que culminó con el establecimiento de hospitales y dispensarios especializados para su pesquisa y tratamiento. No todos los investigadores están de acuerdo respecto a la efectividad de tales acciones (Inchaustegui S: Comunicación personal) sin embargo, a partir de mediados de la década pasada (1970), cuando las actividades anti-TB se "distribuyeron" a través del sistema formal de salud, coincidentes con el debilitamiento de todas unas series de medidas de control sanitario (Certificado de Salud para empleados domésticos, estudiantes y obreros con fluroscopía de tórax incluida), observables desde más de una década antes, los informes oficiales señalan un aumento progresivo de la incidencias de casos de TB pulmonar desde 17.6 casos/100000 habitantes en 1973 a 49.5 casos/100000 habitantes en 1984 (División General de Epidemiología, SESPAS, 1981) que es corroborado por algunos clínicos especialistas (Rancier A, Hosp. Salvador B. Gautier, Sto. Dgo.), aunque su opinión no es sustentada por ningún estudio (Mendoza, HR, CENISMI), sugiriendo algunos que el aumento de la tasa de incidencia según los informes oficiales obedece a un incremento irreal como consecuencia de una mayor información de casos, motivado por la carencia de sectorización e integración de los servicios de salud pública con la consecuente duplicidad de la información. Otros especialistas no consideran la existencia de una mayor incidencia (Inchaustegui S: Sanatorio Infantil Anti-Tuberculoso; Marchena R: Dispensario Anti-Tuberculoso para Adultos, Sto. Dgo., 1988). Por otra parte, la tasa ha sido menor en los años subsiguientes al 1986, determinando una media de 43.6 casos y una mediana de 41.1 casos para el quinquenio 1982-86 (CENISMI, 1988).

Informes del Hospital de Niños Robert Reid Cabral, aunque también con evidentes defectos en la recolección de datos, señalan, por otra parte, una reducción

en la incidencia de casos de TB pulmonar con un aumento de los casos de TB meningea (CENISMI: Enfermedades Infectocontagiosas en el HRRC. Bol Unidad Estud Espec 1988; 3 No. 9). Estos datos corroboran en parte con la información oficial cuando esta última se analiza según las edades, encontrándose una disminución de la tasa en menores de 14 años en los últimos 6 años, con un aumento de casos en las edades de 15 ó más años, siguiendo este grupo la tendencia de la totalidad, sugiriendo que los efectos sobre la incidencia total ha ocurrido por el aumento de la TB pulmonar en dicho grupo etario (CENISMI, 1988).

La investigación baciloscóptica de TB pulmonar en el Dispensario Anti TB para Adultos, ha mostrado en los últimos 6 años una frecuencia de 23% de positivos en casos sospechosos clínicamente (Marchena y Caamaño, Dispensario Anti-TB para Adultos, Sto. Dgo., 1988), frecuencia parecida a la encontrada en el HRRC (Rivera, M, HRRC, 1981).

Los estudios de prevalencia de TB pulmonar son escasos. Ramírez-Slaide y col. encontraron entre 1984 y 1985 en el estudio de 2416 individuos > 15 años de ambos sexos de un barrio sub-urbano de Sto Dgo una incidencia de baciloscopia positiva de 0.001% lo que proyectado a la población de 15 o más años da una incidencia de 3871 casos bacililiferos con una tasa de 60 casos/100000 habitantes. (Ramírez-Slaide et al: Neumos 1987; 6: No. 1).

Ese mismo estudio a igual que los de Cruz-Bournigal (Servicio de Alergia e Inmunología, HRRC) demuestran una frecuencia de PPD positivos en niños < 14 años no vacunados con BCG, de 5%. Los estudios de Cruz-Bournigal realizados en 5 años consecutivos señalan 1.9% de positivo en < 4 años; de 5 a 11% en niños entre 5 y 14 años; con 2.4 a 7% entre 5 y 9 años y de 8 a 21% entre 10 y 14 años.

Estos estudios, aunque realizados en un número reducido de individuos puntualizan una tasa anual de infección de 5% con una tendencia más bien estable, con una mediana de 5.5%. Un estudio en escolares de San Cristóbal mostró una frecuencia similar (Arc Dom Ped 1986; 22: No. 1).

Si se admite un riesgo de infección anual de 2%, como han sugerido algunos (Sansary JF, Div de Epidemiología, SESPAS) tendríamos para la población estimada del país correspondiente a 6,867,368 habitantes unos 137,347 individuos con riesgo de infección que con una relación de casos contactos de 1:20 tendríamos 6867 casos nuevos para este año de 1988 con una tasa de incidencia de 100 casos/100000 habitantes.

Los informes del Sanatorio Infantil (Valerio R, et al: CENISMI) señalan un aumento moderado en los casos hospitalizados en los últimos 4 años, pero con una reducción del porcentaje ocupacional de camas (Inchaustegui S: Comunicación personal); con la siguiente frecuencia de las formas clínicas de TB: TB primaria (256), fibrocaseosa (110), ganglionar (98), hileítis (85), miliar (51), ósea (43), meníngea (34) y otras (18), de un total de 695 casos.

La edad más frecuente fue de 1 a 4 años (235) seguido por los de 10-14 años (197) y los de 5 a 9 años (162); menores de 1 año (53) y con más de 15 años (48), siendo llamativo en los menores de 1 año la primoinfección (40%) y las formas graves de TB Miliar y meníngea (32%); siendo en cambio la primoinfección TB (39%) la más frecuente entre 1 y 4 años, seguida por la TB ganglionar (16%); la hileítis TB (15%); la TB miliar (10%); ósea (10%), meníngea (6%); de otros órganos (3%) y fibrocaseosa (0.8%). En las edades de 5 a 9 años, la primoinfección constituye la forma más frecuente (41%), seguida por la TB ganglionar (18%), la hileítis TB (16%), TB ósea (6%), de otros órganos (5%), meníngea (5%), miliar (5%) y fibrocaseosa (2%). En el período

de 10 a 14 años, la forma fibrocásea es la más frecuente (41%) seguida, por la infección primaria (34%); la hileítis TB (9%); TB ganglionar (7%); TB miliar (4%), ósea (3%), meníngea (1%) y de otros órganos (1%). En los jóvenes > 15 años la forma fibrocásea es la más común (52%), seguida por la ósea (20%), primoinfección (19%), miliar (6%) e hileítis TB (2%).

Del estudio de la frecuencia de las diversas formas de TB, se desprende que la primoinfección TB es la forma más común (37%) particularmente en < 10 años, a partir de cuando comienza a descender. En segundo lugar tenemos la TB fibrocásea (16%) particularmente en > 10 años, teniendo, en consecuencia una frecuencia evolutiva contraria a la forma primaria de TB. En tercer lugar tenemos la TB ganglionar (14%) con una frecuencia parecida en todos los grupos de edad con excepción de los 10 a 14 años cuando presentó una frecuencia baja (7%) en relación a los otros grupos de edad. En cuarto lugar encontramos a la hileítis TB (13%) con una evolución etaria parecida a la primoinfección TB, a la cual desde el punto de vista patogénico podemos asimilar y ser considerado como una misma forma de TB. En quinto lugar encontramos a la TB ósea (6%) con una mayor frecuencia de 1 a 4 y de 5 a 9 años. En sexto lugar encontramos a la TB miliar (7%) con una frecuencia descendente con los grupos de edad, alcanzando durante el primer año y de 1 a 4 años su mayor frecuencia (15 y 10%), respectivamente. Algo similar fue observable con la TB meníngea (5%) con una alta frecuencia en el primer año.

La distribución etaria por años de estudio siguió una tendencia parecida durante los mismos.

Hubo un 7.2% (50/695) de mortalidad global, con una menor mortalidad en 1982 (4%) y una mayor en 1983 (10%) y con una ligera tendencia decreciente durante los años de estudio con una mediana de 8%.

La mayor mortalidad se produjo en los < 1 año (15%) con un descenso progresivo según grupos de edades, con un 8% entre los de 1 a 4 años, 5% de 5 y 9 años; 5,6% entre los de 10 a 14 años y 0% en > 15 años.

Las formas miliar y meníngea mostraron la mayor mortalidad con un 21.6% y 26.5% respectivamente; con un 7.8% para la primoinfección TB y 7.2% para la TB fibrocásica y 2.3% para la hileítis TB y ninguna muerte por TB ganglionar u ósea.

El estudio de la mortalidad durante los diversos años mostró una tendencia decreciente de la primoinfección TB y de la TB meníngea y miliar, particularmente de la primera, sin alteración de la mortalidad de las formas fibr caseosas.

La tasa de mortalidad por TB ha mantenido una estabilidad desde 1970 a 1982 con una media de 6.3/100000 habitantes y una mediana de 6.1/100000 habitantes (Dirección General de Epidemiología, SESPAS, 1988). Es de interés señalar que en el análisis de la mortalidad de niños y mujeres en la ciudad de Santo Domingo, la TB constituyó la segunda causa de muerte por infecciones en mujeres y la primera por una enfermedad inmunoprevenible en niños menores de 4 años (Valerio R: et al: Causas de mortalidad materna en el Distrito Nacional, Rep. Dom., Bol Unidad Estud Espec 1987; 2: No. 4; CENISMI: Causas de muertes de niños según Certificado de Defunción en Sto. Dgo., 1986; 1987).

Los programas de vacunación contra TB no han sido suficientemente evaluado en nuestro país habiéndolo tenido siempre grandes dificultades, y el aumento de los casos de TB meníngea en los últimos 2 ó 3 años en el HRRC en menores de 2 años así lo demuestra; sin embargo, la cobertura de vacunación según algunas encuestas demuestra la existencia de una media de 50% de niños vacunados con BCG.

En los últimos años se han realizados esfuerzos importantes para el establecimiento de un programa nacional para el control de la tuberculosis. (Sansary J: Dirección General de Epidemiología, SESPAS; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Dirección General de Epidemiología, División de Tuberculosis, 1987).

Los datos presentados ponen en clara evidencia el problema de la tuberculosis en la Rep. Dom., en toda su dimensión. Aunque el establecimiento y desarrollo de un programa nacional podría ser un elemento de importancia, la carencia de una normatización de las actividades primarias de salud lucen ser el factor más trascendentes.

La carencia de un sistema de información en salud operante vuelve a resaltar como elemento que entorpece más directamente el conocimiento epidemiológico de la enfermedad. Así mismo la ausencia de investigaciones epidemiológicas y clínicas en la materia, siendo la enfermedad una de importancia a juzgar por los datos ofrecidos.

Un aspecto de interés está constituido por las dificultades de diagnóstico de la enfermedad a niveles primarios y aún a niveles secundarios y terciarios, al carecerse de los elementos diagnósticos primordiales en la mayoría de las unidades operativas de Salud Pública (PPD, Rayos X), unido a la carencia de investigaciones en tal sentido (Mendoza, H, CENISMI).

Las acciones de vacunación, por otra parte, se ven frecuentemente debilitadas por causas diferentes, que van desde el suministro del inmunogeno, de su

conservación y aplicación, hasta por el poco interés de los médicos en su recomendación y aplicación en el período de recién nacido.

Por último, los recursos terapéuticos no han sido siempre fácil ni completamente facilitados, careciendo también de una normatización para su uso y empleo.

Si bien un programa nacional como los esbozados podría dar respuesta a los problemas planteados, las dificultades para su implantación, hacen recomendar la necesidad de

a) El ordenamiento del sistema de información estadística de las estructuras de la salud pública.

b) La normatización del diagnóstico de TB en niños y adultos de acuerdo con las recomendaciones de la OMS/OPS con el adiestramiento adecuado del personal responsable y las facilidades diagnósticas necesarias.

c) El desarrollo de estudios de prevalencia e incidencia que permitan establecer el verdadero riesgo de infección de la población en sus diferentes estratos sociales y etarios, como base a una adecuada programación.

d) Reforzamiento y apoyo al programa de vacunación de Recién Nacidos con BCG, no solo ofreciendo las facilidades para dicha acción en todas las maternidades y servicios de recién nacidos, sino mediante el desarrollo de estrategias que tienda a modificar las actitudes de los médicos respecto a dicha vacunación, con un conocimiento previo de las razones para tales actitudes.

e) La accesibilidad de los pacientes diagnosticados de TB a los medicamentos necesarios.

REUNION TECNICA SOBRE
"TUBERCULOSIS EN NIÑOS"

PROGRAMA

Introducción y presentación de la metodología de trabajo.

Dr. Hugo Mendoza

Epidemiología de la tuberculosis

Dra. Sonia Valdez

Immunología de la tuberculosis

Dr. Fernando Batlle Pérez

Discusión

Respuesta a la tuberculina

Dr. Erwin Cruz Bournigal

Cálculo de riesgo de infección

Dr. Jorge Sansary Warner

Bases para el diagnóstico en la tuberculosis pulmonar en el niño.

Dra. Georgina Pérez Cairo

Discusión

Meningitis tuberculosa

Dr. Jesús Feris Iglesias

Esquema de tratamiento en la tuberculosis

Dra. Lidia de la Hoz

Vacunación con BCG. Situación actual y cobertura

Dr. Jorge Sansary Warner

Programa para el control de la tuberculosis en la República Dominicana

Dr. Jorge Sansary Warner

Análisis, conclusiones y recomendaciones

PATROCINIO

UNICEF

OPS

Nestlé Dominicana

Banco Antillano