

ANTECEDENTES

La falta de un diagnóstico preciso para la TB infantil es un factor importante de la gran carga de TB no diagnosticada en niños.

La incapacidad para el diagnóstico preciso de TB en niños tiene implicaciones importantes para los pacientes y los médicos en entornos con recursos limitados y contribuye a la exclusión de los niños de la investigación de medicamentos esenciales para TB.

En niños con síntomas de TB, puede identificarse Mtb a partir de especímenes biológicos que no son de esputo; sin embargo, los métodos para la detección de Mtb en estos especímenes alternativos no han sido optimizados.

El aislamiento de ADN libre de células Mtb en orina y/o plasma muestra una gran promesa para el uso en el diagnóstico de TB.

OBJETIVOS

1. Proporcionar información crítica para el desarrollo y uso de una herramienta de diagnóstico de bajo costo, rápido, sencillo y sumamente preciso, que ayude a los médicos a realizar un diagnóstico microbiológico en niños que presenten signos y síntomas sugestivos de TB.



MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio prospectivo de cohorte y estudio transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

- 600 niños Sintomáticos Respiratorios.
- 500 adultos anónimos con/sin síntomas respiratorios.
- 600 Adultos con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar Activa.

PROCEDIMIENTOS DE ESTUDIO

- Aplicación de Consentimiento Informado.
- Colección de muestras de esputo, aspirado gástrico, inducción de esputo, sangre, heces, hisopado bucal y orina.
- Radiografía de tórax.
- Digitalización de radiografías.
- Aplicación y lectura de PPD.
- Peso y Talla.
- Prueba rápida de VIH (previa consejería pre y post test).
- Seguimiento de BK, Cultivo y Prueba de Sensibilidad.
- Evaluación neumológica (niños).
- Registro de formularios.

CRONOGRAMA

-Inicio de enrolamiento: noviembre 2014
-Termino de enrolamiento: febrero 2018

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

> PARTICIPANTES NIÑOS

Edad <15 años.
Buscar atención en un EESS que participa en el estudio.
Cumplir con los criterios para el enrolamiento.
Tener un contacto adulto con TB.
Firmar un CI/AI, además la del Padre/Apoderado

> PARTICIPANTES ADULTOS

Edad mayor de 18 años.
Buscar atención en un EESS que participa en el estudio.
Tener un diagnóstico de TB pulmonar activa.
Tener resultados de BK (+) o BK (-) en microscopía de esputo.
No haber iniciado el tratamiento de TB.
Estar dispuesto a realizarse una prueba rápida de VIH.

TABLA 1.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN POR GRUPO ETAREO NIÑOS

Criterios	0 - 4 años	5 - 10 años	11 - 14 años	Total
Tos >14 días	300	239	73	612
Fiebre >7 días	4	2	5	11
Pérdida >5% Peso	3	0	0	3
Ina adecuado crecimiento	1	0	0	1
Fatiga/cansancio/sueño injustificado > 15 días	13	23	11	47
Niños < 60 días de edad con otras patologías respiratorias	0	0	0	0
TOTAL	321	264	89	674

TABLA 2.
ENROLADOS POR GRUPO ETAREO

Grupo Edad	Continúan	Retirados	Total
0 - 4 años	283	22	305
5 - 10 años	236	10	246
11 - 14 años	77	0	77
TOTAL	596	32	628

META ALCANZADA



Niños:

- Retiros/inubicables: 32
- Diagnostico de TB: 133/628
- Iniciaron tto: 121/133

Adultos:

- Retiros/inubicables: 17
- BK (+) 300/ BK (-) 228

TABLA 3.
ENROLAMIENTO REALIZADO

Actividad	Realizado	Meta
Enrolamiento de menores de 15 años	628	600
Enrolamiento de adultos con diagnóstico de TB	528	600
Enrolamiento de adultos con o sin síntomas		

AVANCES



FEASIBILITY OF THE STRING TEST FOR TUBERCULOSIS DIAGNOSIS IN CHILDREN BETWEEN 4 AND 14 YEARS OLD.

148 niños

intentaron la prueba de cuerdas, el 34% se tragó la cápsula con éxito. La viabilidad fue mayor entre los niños de 11 a 14 años que en los niños de 4 a 10 años (83% frente a 22% respectivamente, $p < 0,0001$). La prueba de cuerdas fue mejor tolerada que la AG en ambos grupos de edad; sin embargo, los tutores y los niños mayores informaron tasas más altas de voluntad de repetir la AG que la prueba de cuerdas (86% frente a 58% en niños; 100% frente a 83% en tutores).

En 9 niños con un cultivo de esputo positivo, 6 tuvieron un cultivo de cuerdas positivo. Los niños con un cultivo de aspirado gástrico positivo también tuvieron un cultivo de cuerdas positivo.

<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-018-3483-0#citeas>

