

# Soporte socio-económico para prevenir y curar la tuberculosis: resultados de un estudio piloto

Dr Tom Wingfield, Infectólogo/Investigador  
Lanzamiento de la red nacional de tuberculosis  
Colegio Médico, Lima, Perú, 23 marzo de 2017



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

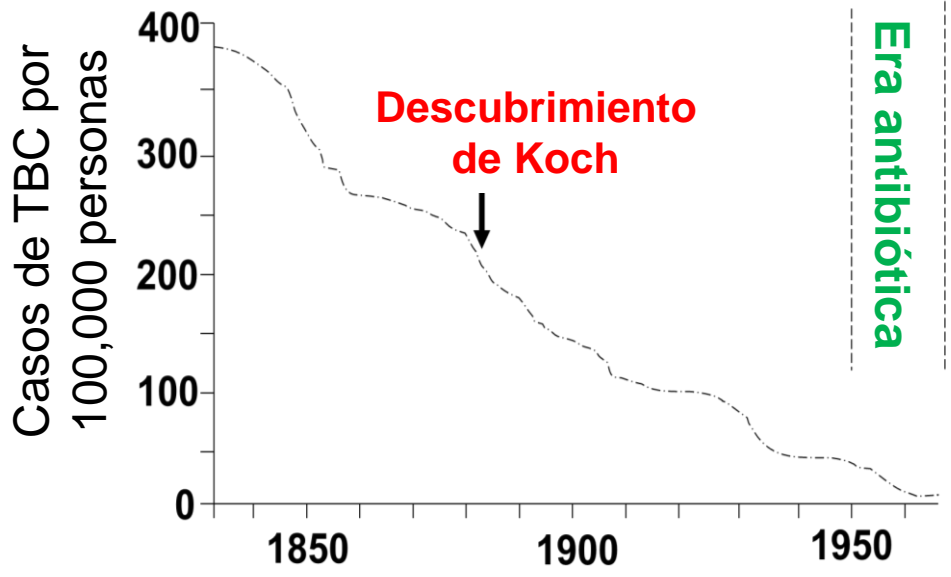
Imperial College  
London



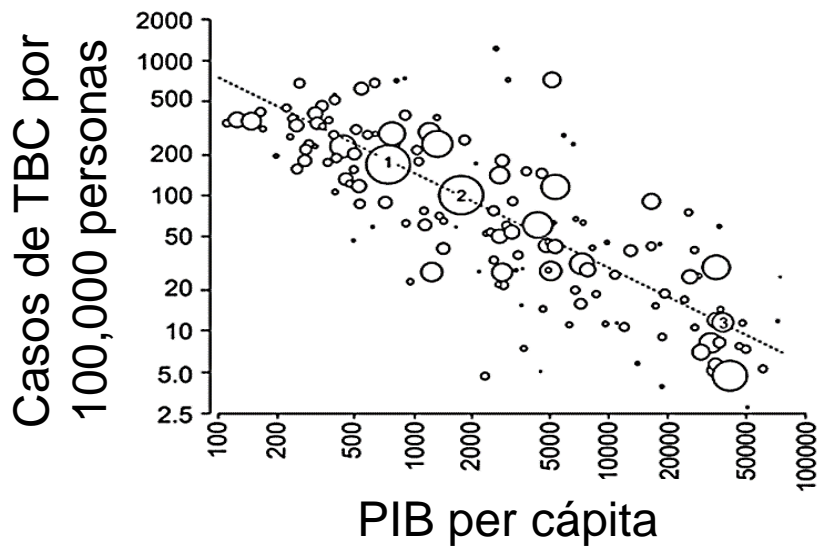
UNIVERSITY OF  
LIVERPOOL



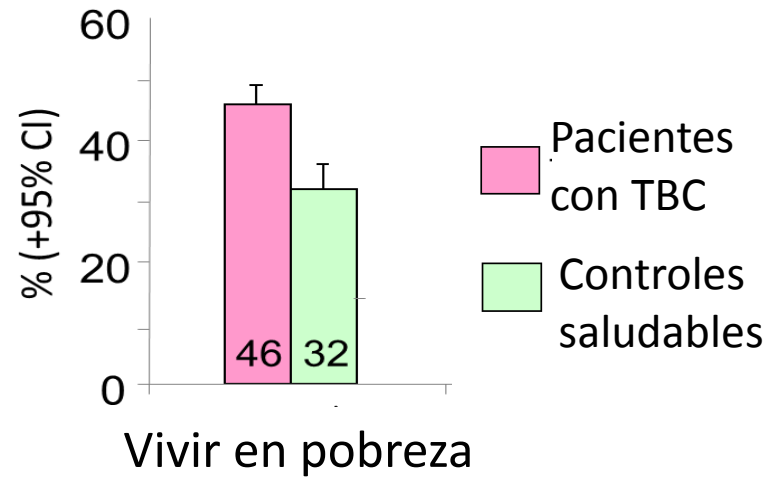
# Antecedentes: Tuberculosis y pobreza



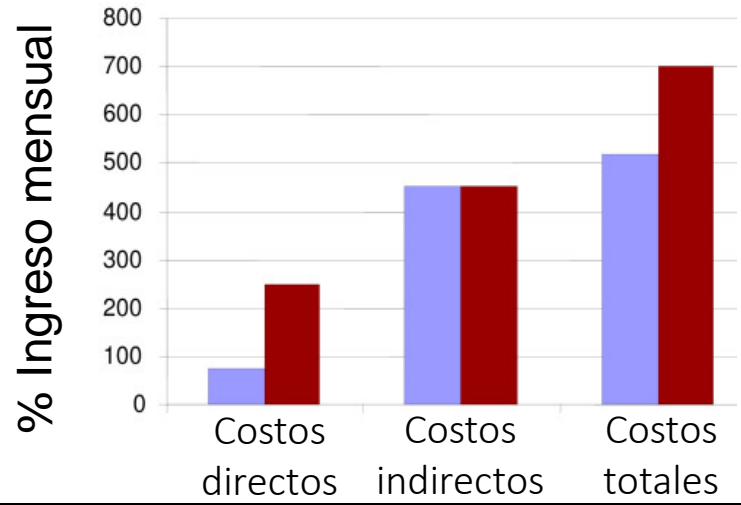
T. McKeown. London: Edward Arnold 1976



Janssens & Rieder ERJ 2008



Rocha et al. IJTL 2011 / Wingfield et al JID 2014



Mauch et al BMC Pub Health 2011

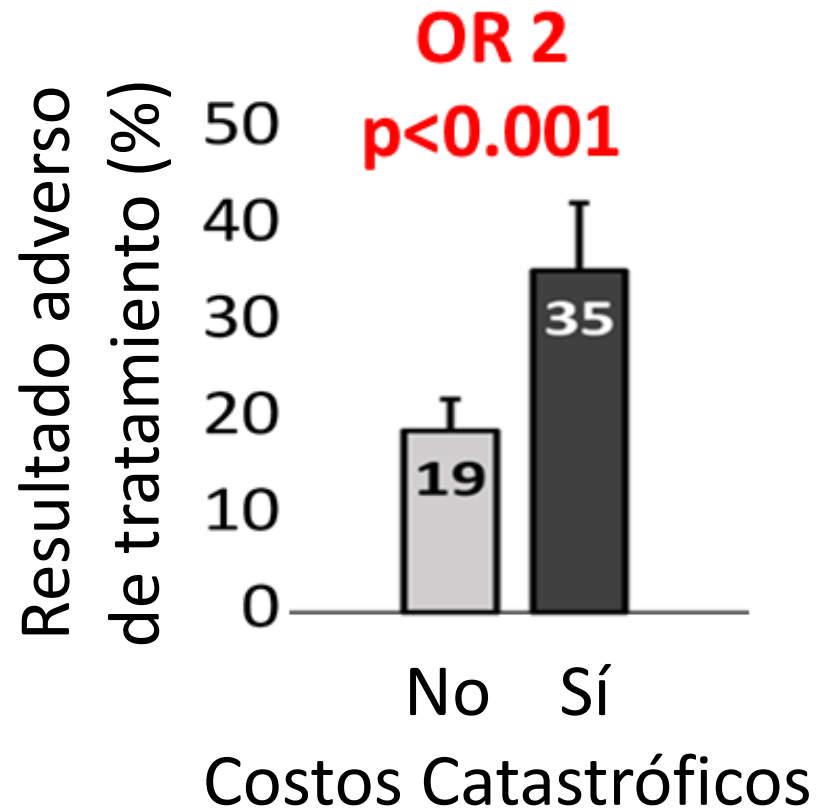


# Antecedentes: IPSYD



# Antecedentes: Costos catastróficos

Total de costos >20%  
del ingreso anual  
de la familia  
=  
Catastrófico, asociado  
con resultado de  
adverso de tratamiento  
**RESPALDADO POR OMS**



Antecedentes: “Fin de la tuberculosis”



**THE**

---

**END TB**

---

**STRATEGY**

Eliminar costos catastróficos  
Brindar soporte socioeconómico

Hipótesis,  
objetivos, y  
métodos  
del estudio

# Hipótesis

*“Soporte socioeconómico para familias afectadas por la tuberculosis incrementará la cura, prevención, y finalmente, control de la tuberculosis”*

# Objetivos

## *Objetivos primarios*

- Incrementar la iniciación de terapia preventiva con isoniazida en contactos domiciliarios

## *Objetivos secundarios*

- Incrementar el éxito de tratamiento de pacientes con tuberculosis\*
- Reducir costos catastróficos

## *Objetivos exploratorios (no se abordan aquí)*

- Reducir el stigma y depresión
- Aumentar conocimiento de TBC y empoderar
- Refinir la intervención por implementación en CRESIPT



# Métodos

## *Estudio piloto aleatorio (por domiciliario) controlado de soporte socio-económico*

### *Metas*

Identificar  
TB

Prevenir  
TB

Curar  
TB

Eliminar  
TB

### *Resultados*

Contactos evaluados  
para identificar infección  
con TB o TB activa

Contactos con infección  
inicia terapia preventiva

Pacientes con TB activa  
se adhieren y cumplen  
su tratamiento de TB

Educar, informar, reducir  
estigma de personas  
afectadas por TB

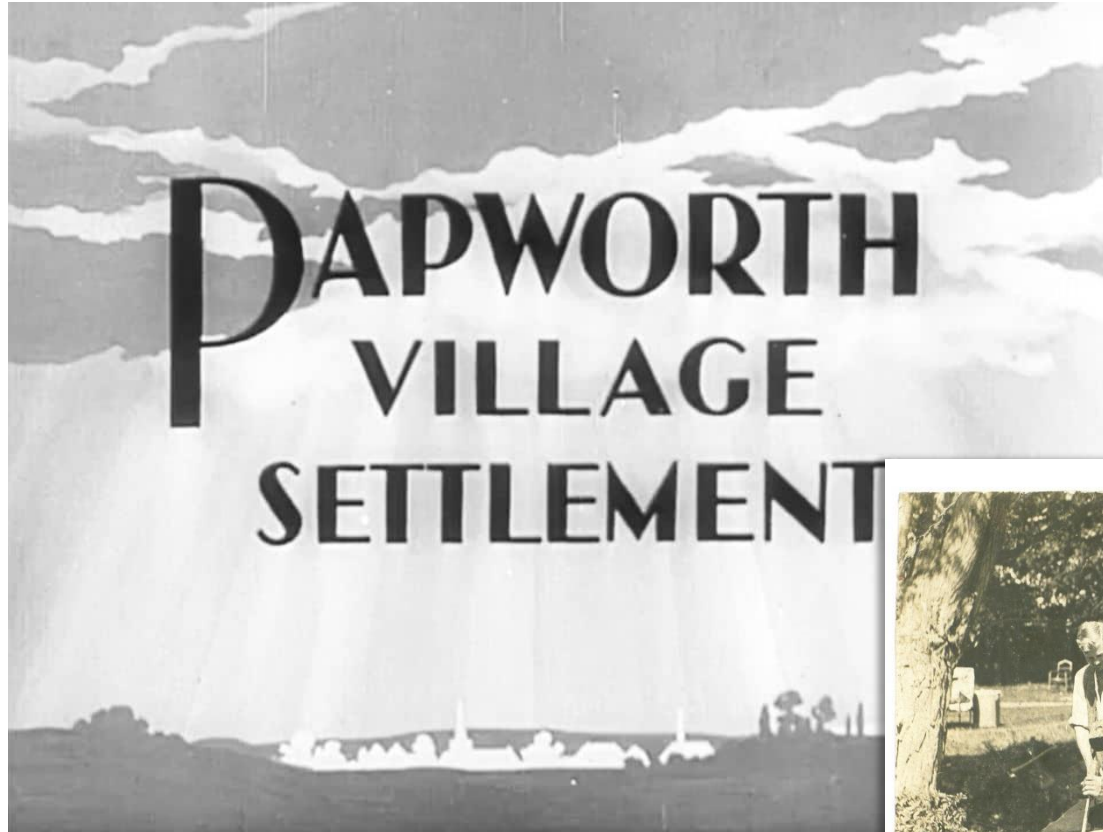
*Soporte  
Social:*

Visitas  
domiciliarias  
y  
encuentros  
participativos

*Soporte  
Económico:*

Transferencias  
bancarias  
condicionales  
a lo largo de  
tratamiento

# Soporte socio-económico: cien años de soledad



<http://film.britishcouncil.org/papworth-village-settlement>



(1918)

# Soporte social: visitas domiciliarias





# Soporte social: encuentros participativos

Primera mitad: Talleres educativos e interactivos



# Soporte social: encuentros participativos

Segunda mitad: Clubes de TB



# Soporte económico: transferencias

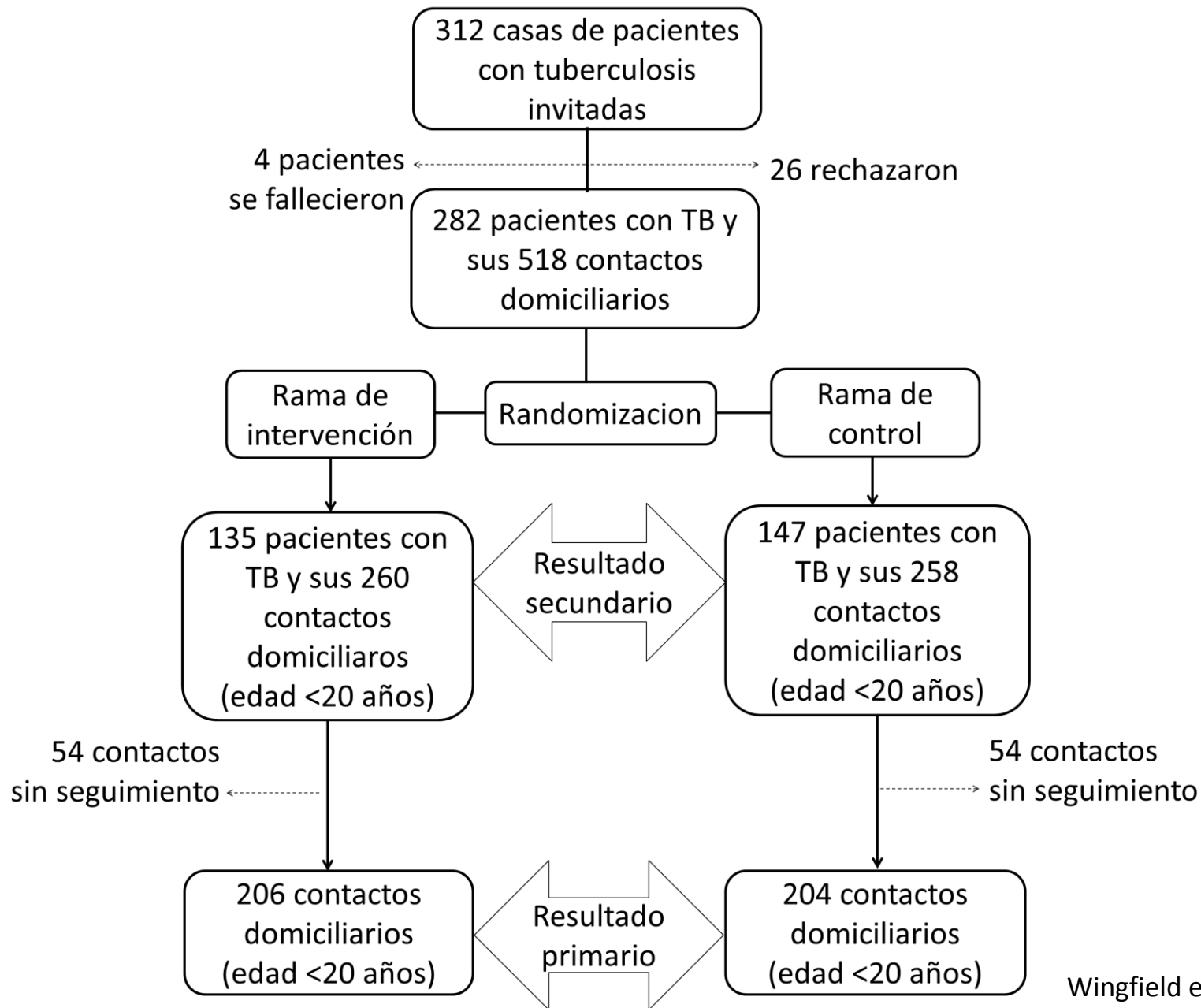
Participantes	Tamisaje por TB o TB-MDR	Adherir a tto o iniciar terapia	Participar en actividades de	Transferencia bancaria condicional
				Dólares EEUU
Paciente no o participar				0
Paciente aban de inmediato				14
Paciente se cu participa en la de soporte so				176
Paciente se cu completa toda				230
Paciente con v completa toda				266
Paciente con MD completa todas con				482

Meta de las transferencias bancarias:  
mitigar el promedio de los costos directos de la casa  
= 10% del ingreso anual de la casa  
(Wingfield et al, PLOS Medicine 2014)

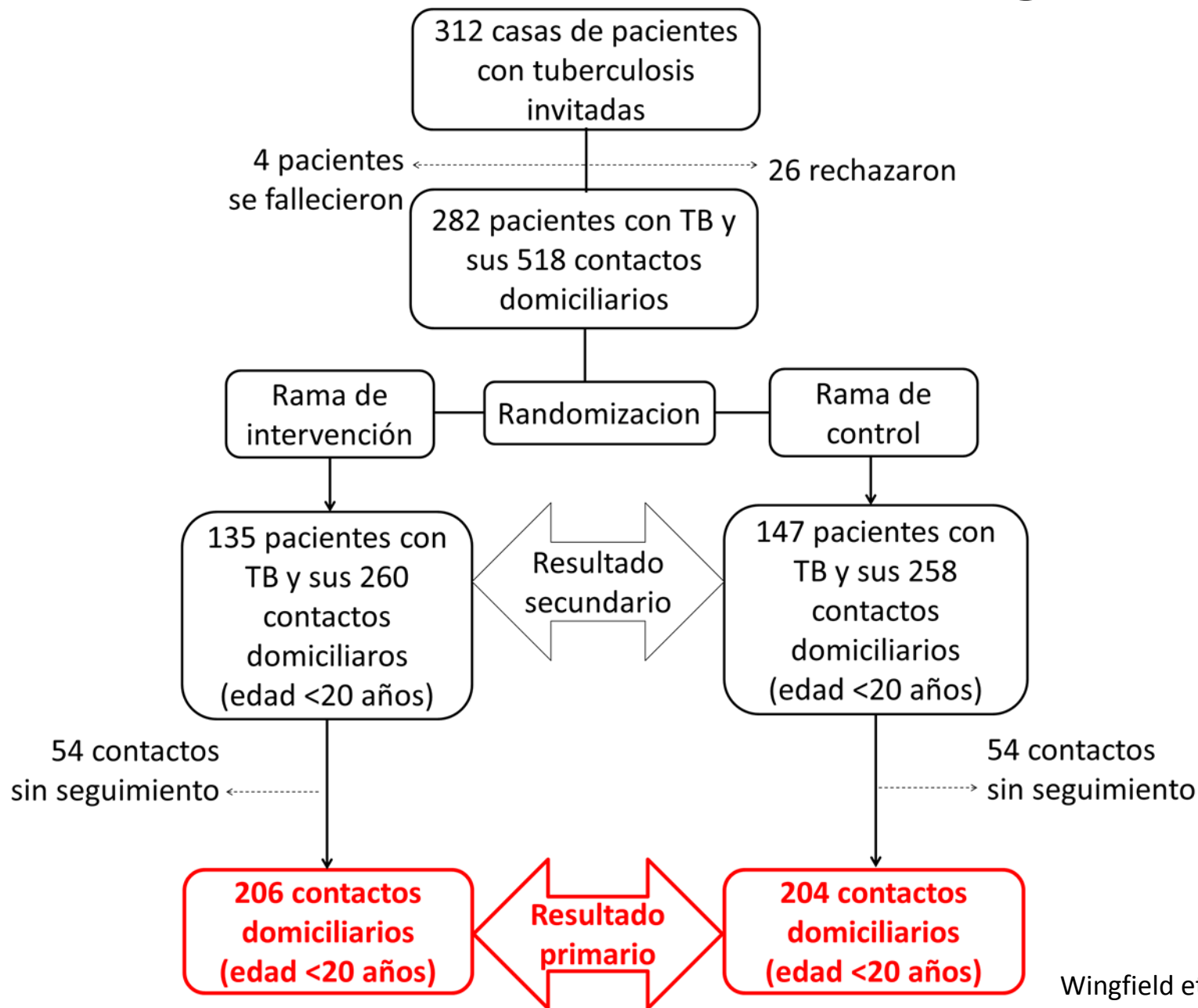


# Resultados del estudio piloto

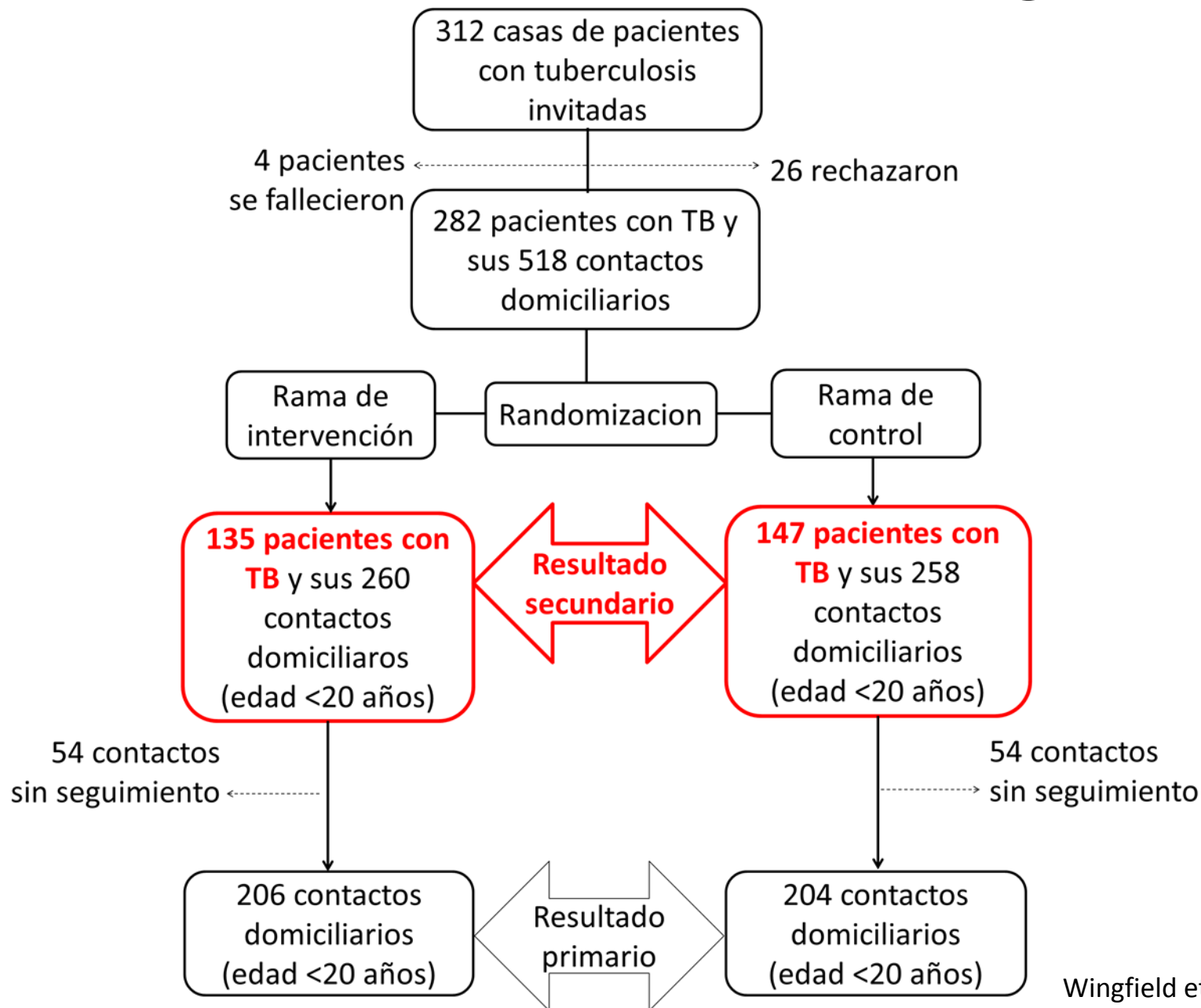
# Reclutamiento: febrero hasta agosto 2014



# Reclutamiento: febrero hasta agosto 2014



# Reclutamiento: febrero hasta agosto 2014

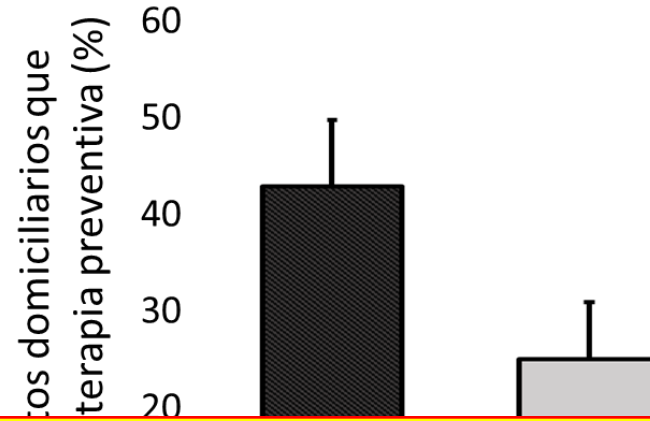


# Transferencias bancarias y encuentros

- 1123 transferencias potenciales
  - 890 (80%) completadas
  - 233 (20%) no completadas
- Total de transferencia por casa  
\$183 (de un máximo de \$230)
- >50 encuentros participativos

Not y  
 Failed  
 Achieved  
 Achieved opti

# Iniciación de terapia preventiva

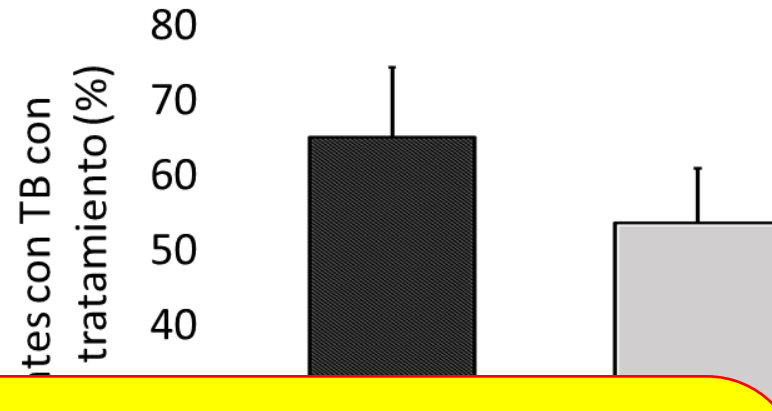


**11,000 contactos  
más iniciarían  
terapia preventiva**

Análisis	OR (95% IC) Valor P	2.2 (1.4-3.3) <0.001
Análisis ajustado	aOR (95% IC) Valor P	2.2 (1.1-4.1) 0.02



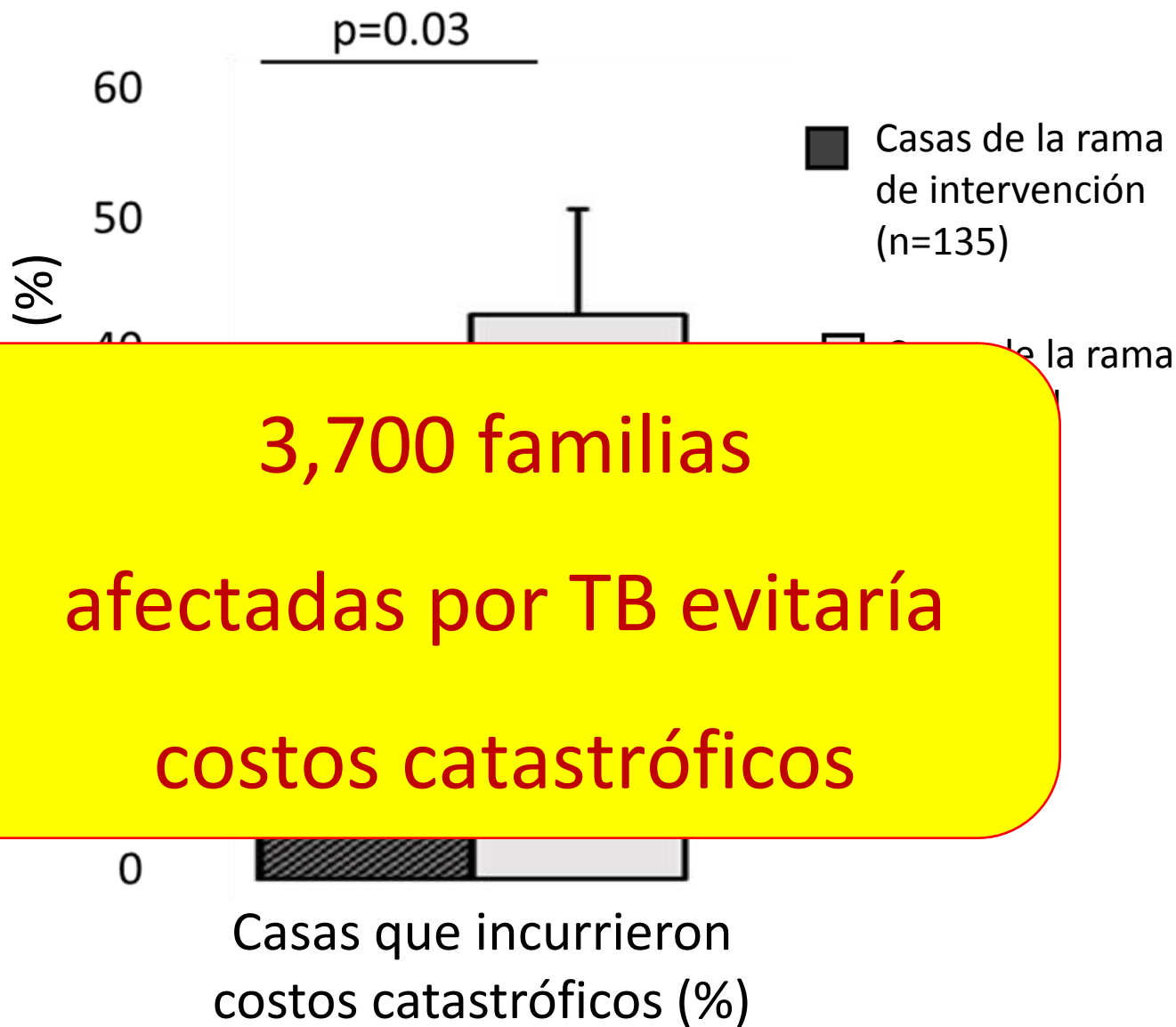
# Éxito de tratamiento (intención de tratar)



**3,500 pacientes con TB  
más tendría éxito de  
tratamiento**

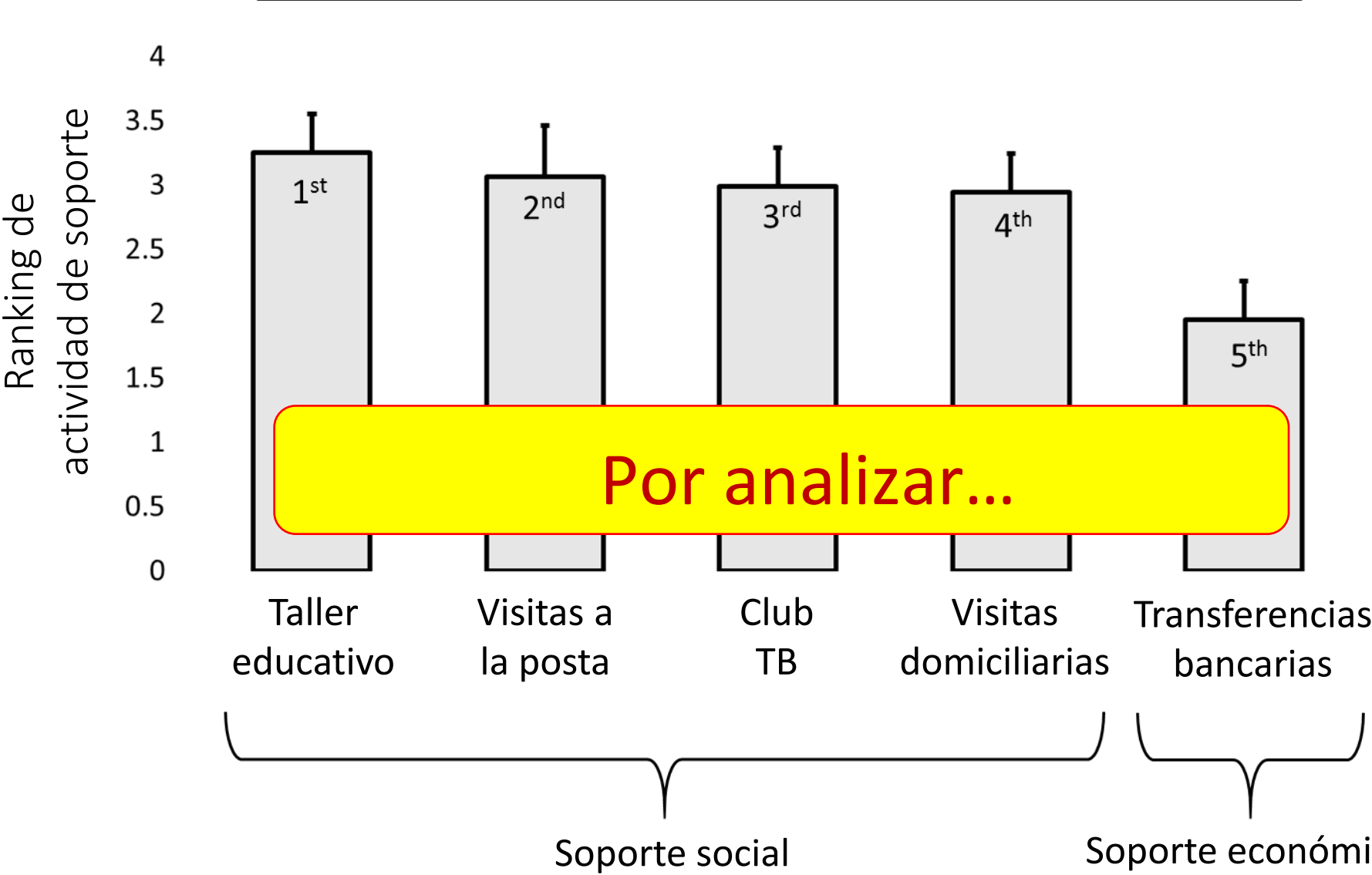
Proporciones	n % (95% CI)	64 (56-72)	53 (45-61)
Probabilidad de éxito de tratamiento	OR (95% CI) Valor P	1.6 (1.0-2.6) 0.05	

# Mitigación de costos catastróficos



# Retroalimentación de participantes

p<0.0001



Conclusiones  
y  
implicaciones  
más amplias

# Conclusiones

- Una intervención novedosa socio-económica para familias afectadas por TB resultó factible en un difícil entorno
- Se aumentó la iniciación de terapia preventiva
- Se aumentó el éxito de tratamiento
- Se mitigaron (parcialmente) los costos catastróficos
- Retroalimentación sugirió que se valoraron todas las actividades de la intervención, en especial la parte social
- La intervención se refinó para ser evaluada en CRESIPT



# Implicaciones más amplias



## *Dentro del campo de TB:*

- CRESIPT: Community Randomized Evaluation of a Socioeconomic Intervention to Prevent TB
- Base de evidencia por “Fin de la tuberculosis”
- Ampliación de la herramienta para medir los costos de pacientes con TB en conjunto con la OMS (¿en Perú?)

## *Más allá de la TB:*

- Refinar esquemas nacionales de transferencias bancarias existentes (ej JUNTOS) para ser más “sensibles” a TB
- Adaptar intervenciones por otras enfermedades



# ¡Muchas gracias!

# ¿Preguntas?

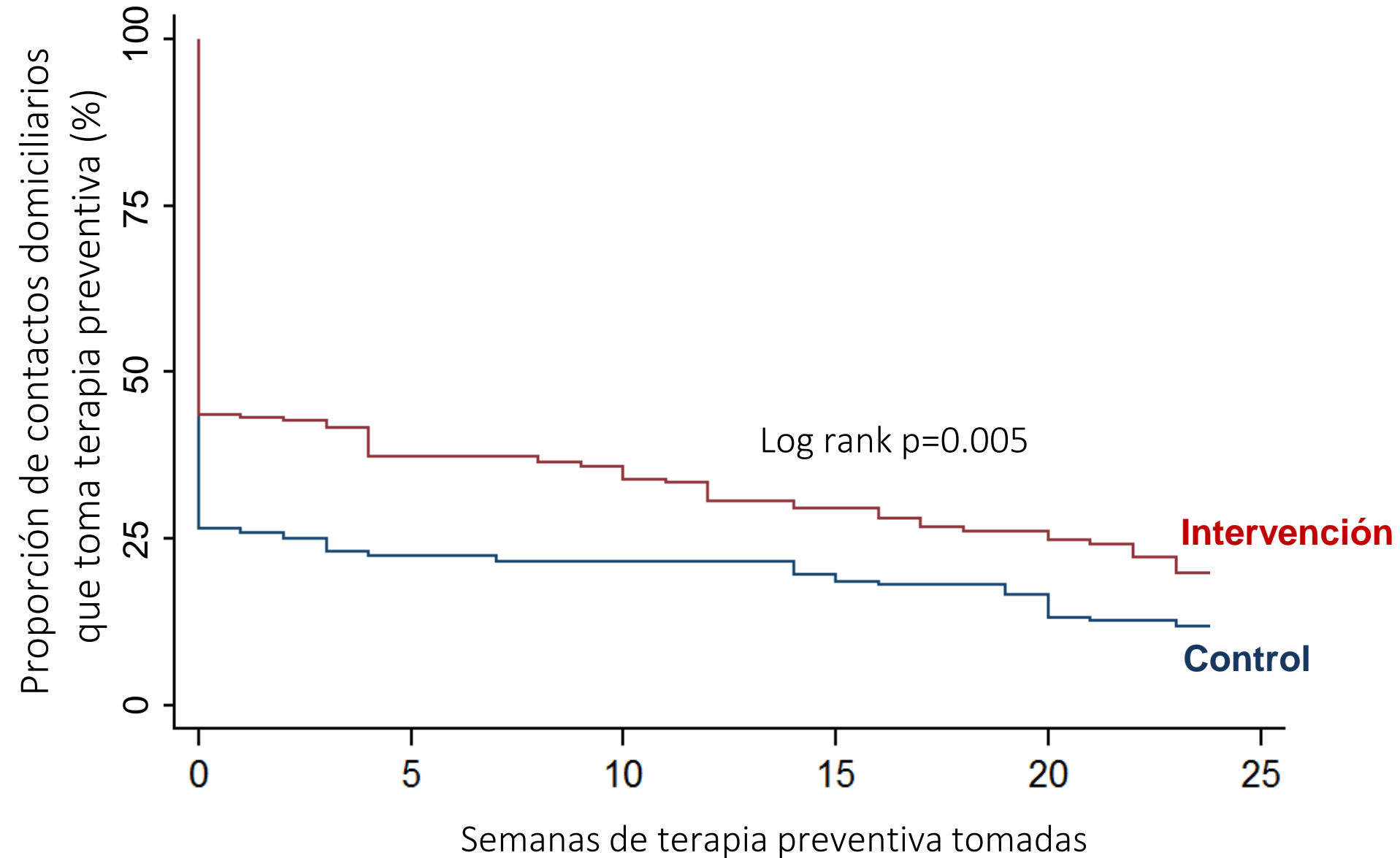
Agradecimientos:  
OMS, equipo IPSYD,  
Programa Nacional  
de TB de Peru, y las  
familias afectadas por  
tuberculosis



Correos: [T.E.Wingfield@liv.ac.uk](mailto:T.E.Wingfield@liv.ac.uk) / [carlton.evans@ifhad.org](mailto:carlton.evans@ifhad.org)

*Agradecemos el apoyo financiero de MRC, FIND, DFID-CSCF, Bill & Melinda Gates Foundation, WHO, Wellcome Trust, The Sir Halley Stewart Trust, NIH, University of Liverpool & IFHAD: Innovation For Health And Development*

# Iniciación de terapia preventiva



# Resultado de tratamiento de TB

Resultado de tratamiento	Todas casas (n= 282)		Casas de rama intervención (n=147)		Casas de rama control (n=147)	
	No.	% (95% CI)	No.	% (95% CI)	No.	% (95% CI)
Curado	126	45 (39–51)	71	53 (44–61)	55	38 (30–45)
Tratamiento completo	39	14 (9.8–18)	16	12 (6.3–17)	23	16 (9.7–22)
Falla de tratamiento	1	0.5 (0–1.5)	0	0 (0)	1	0.5 (0–1.1)
Fallecido	11	4.0 (1.6–6.2)	5	4.0 (0.48–6.9)	6	4.0 (0.84–7.3)
Abandono	48	17 (13–21)	22	16 (10–23)	26	18 (11–24)
No evaluado	57	20 (15–25)	21	16 (9.4–22)	36	25 (17–32)