

# Las múltiples caras del control de la tuberculosis

Santiago Moreno y Javier Cobo

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud importante en España. La creencia, instalada en amplios sectores de población, de que se trata de una "enfermedad erradicada" en nuestro país dista mucho de acercarse a la realidad. Datos recientes indican que la tasa de incidencia se sitúa en torno a 35 casos nuevos de enfermedad tuberculosa al año (por 100.000 habitantes), con un rango de variación, según las comunidades autónomas, entre el 14 y el 64%<sup>1</sup>. Estas cifras se alejan enormemente de las que ostentan países de nuestro entorno y nivel económico, como Holanda, Francia, Suecia o Inglaterra, y no puede consolarnos situarnos en el rango de otros países europeos, como Portugal o Grecia.

Para justificar esta elevada incidencia de enfermedad tuberculosa no han de buscarse argumentos originales ni de aparición reciente. La infección por VIH/SIDA contribuye poco a las cifras que comentamos: tan sólo el 18% de las personas con tuberculosis activa están coinfectadas por el VIH y en algunas áreas como Galicia, con una incidencia total superior a 70 por 100.000, la tasa de coinfección es del 8%<sup>1</sup>. La inmigración tampoco ha representado hasta fechas recientes un contingente importante de casos, menos del 3% del total, aunque la realidad parece estar cambiando rápidamente en años recientes. Seguramente, la principal razón por la que en España todavía se diagnostican demasiados casos de tuberculosis es que nunca se ha realizado un programa de control riguroso y mantenido en el tiempo de alcance nacional.

El elemento esencial en un programa de control de la tuberculosis es el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de personas con tuberculosis activa, "detectar y curar a todos los tuberculosos que sea posible", en palabras de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias<sup>2</sup>. Esto implica un alto grado de sospecha por parte del personal sanitario, la disponibilidad de recursos diagnósticos a todos los niveles de atención sanitaria y, en algunas circunstancias, poder garantizar el cumplimiento del tratamiento mediante la supervisión directa del mismo. Junto con esta medida de primer orden, la prevención del desarrollo de tuberculosis mediante la administración de tratamiento para la infección tuberculosa latente y evitar la transmisión en determinados contextos pueden ser armas muy eficaces para disminuir la incidencia de la enfermedad en algunos grupos de población de alto riesgo.

El trabajo de Alsedà y Godoy<sup>3</sup> en este número de ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA refleja de manera ejemplar alguno de estos principios. Mediante un programa de estudio de contactos llevado con rigor durante un período de 7 años, se evaluaron 1.733 contactos de 355 personas con tuberculosis. Se diagnosticaron 31 casos de tuberculosis activa, 28 conversiones tuberculínicas y 763 personas con reacción tuberculínica positiva y, por tanto, presumiblemente infectadas por *Mycobacterium tuberculosis* (se excluyeron las personas con antecedentes de vacunación con bacilo de Calmette-Guérin). Esta intervención ha prevenido un importante número de nuevos casos de tuberculosis, al evitar la transmisión a partir de las personas con enfermedad tuberculosa diagnosticadas precozmente y evitar la reactivación en las personas con infección reciente. No sorprenderá que la próxima comunicación de los autores sea una disminución de la incidencia de tuberculosis en la Región Sanitaria de Lleida, tras una década de realización de esta actividad.

Debe señalarse que el desarrollo de un programa de control de la tuberculosis, que incluye el estudio sistemático y completo de contactos, no está exento de dificultades y limitaciones<sup>4</sup>. Muchos de los contactos de personas con tuberculosis activa nunca acudirán a ser evaluados y la mayoría de los que son positivos a la tuberculina en la primera visita no volverán para estudiar la conversión (sólo el 37% en el estudio de Alsedà y Godoy)<sup>3</sup>. En cualquier caso, los resultados comunicados por éste y otros grupos españoles demuestran que se trata de una estrategia rentable<sup>5</sup>, que probablemente debe ser llevada a cabo en unidades específicas de control de tuberculosis, además de constituir una actividad sanitaria de obligada realización por el sistema sanitario en el interés de familiares y convivientes de personas enfermas.

Otra herramienta útil para disminuir los casos nuevos de tuberculosis es la prevención del desarrollo de enfermedad en personas con infección latente. Hasta recientemente, las indicaciones de quimioprofilaxis (o tratamiento de infección tuberculosa latente, como se ha propuesto) tenían en cuenta el riesgo de desarrollo de enfermedad tuberculosa y, en ausencia de un riesgo significativo, la ausencia de riesgo de toxicidad significativa con isoniacida. En su más reciente propuesta para Estados Unidos, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) proponen indicaciones dirigidas sólo a las personas que tienen riesgo elevado de reactivación de la infección latente<sup>6</sup>. No está claro si en la situación de la tuberculosis en nuestro país, las normas propuestas por el organismo americano deberían ser asumidas como se proponen. En este sentido no se han elaborado recomendaciones propias.

Correspondencia: Dr. S. Moreno.  
Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal.  
Ctra. Colmenar Viejo, km 9. 28034 Madrid. España.  
Correo electrónico: smoreno.hrc@salud.madrid.org

Manuscrito recibido el 01-04-2003; aceptado el 01-04-2003.

Hay, por otro lado, otros aspectos de la quimioprofilaxis de la tuberculosis que han sido motivo de investigación y debate intensos. Los artículos de Portilla et al<sup>7</sup>, y de Rivero et al<sup>8</sup> en este número ilustran algunos de ellos. Se ha discutido y propuesto con énfasis la posibilidad de realizar no sólo tratamientos directamente supervisados de la tuberculosis, sino también profilaxis supervisada. Los centros de administración de metadona a usuarios de drogas ofrecen en muchos casos una posibilidad próxima a lo óptimo para este grupo de personas que, infectadas o no por VIH, son con frecuencia candidatos a profilaxis. En el trabajo de Portilla et al<sup>7</sup> se evalúan precisamente dos pautas de isoniácida, una diaria y otra intermitente, administradas bajo supervisión directa a usuarios de drogas en un Centro de Prevención de Drogodependencias. Los datos muestran que con cualquiera de las dos pautas el porcentaje de retención en el programa fue muy elevado y los días de pérdida de dosis fueron escasos. Deberíamos aprender de ésta y otras experiencias similares y no desaprovechar la oportunidad que los centros de deshabitación ofrecen para realizar tratamientos/profilaxis supervisados. No podemos permitirnoslo.

Por otro lado, los pacientes con infección por VIH se encuentran a riesgo máximo de desarrollo de tuberculosis, si están coinfectados por *M. tuberculosis* y son candidatos obligados a la administración de isoniácida<sup>6</sup>. El hecho de que muchos de estos pacientes desarrollen anergia cutánea debido a la inmunodepresión progresiva cuestionó durante una época la necesidad de administrar profilaxis a los pacientes anérgicos, por temor a que se tratase de pacientes infectados sin posibilidad de ser diagnosticados. Algunos estudios observacionales así lo sugerían<sup>9,10</sup>. Sin embargo, varios ensayos clínicos, incluyendo el de Rivero et al<sup>8</sup>, concluyen que la administración de profilaxis a personas infectadas por VIH y anérgicas no contribuye a disminuir la incidencia de tuberculosis<sup>11,12</sup>. El estudio de Rivero es el único realizado en nuestro país y especialmente relevante por ese motivo. Con una impecable metodología de evaluación, se muestra que la tuberculosis se desarrolla en 3 de cada 100 pacientes-año de las personas que no reciben ninguna profilaxis y que esa incidencia es similar a la alcanzada con diferentes pautas de profilaxis.

No debemos, por último, olvidar el riesgo de transmisión nosocomial de la tuberculosis. Paradójicamente, el propio sistema sanitario que lucha para erradicar la enfermedad puede contribuir, en ocasiones, a su difusión. Los brotes de tuberculosis nosocomial, algunos producidos por microorganismos multirresistentes y que afectaron hospitales de nuestro país, parecen hoy una pesadilla lejana<sup>13</sup>. Aquella experiencia nos enseñó que la

transmisión nosocomial es una amenaza real y que nuestras estructuras no estaban, y seguramente no están, preparadas para evitarla. La lección aprendida obliga a disponer de estrategias eficientes que permitan diagnosticar precozmente y aislar a los pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis, si han de ingresar en un hospital<sup>14</sup>.

Existe inquietud en España con el problema de la tuberculosis. Numerosos grupos clínicos y epidemiológicos son capaces de generar datos de enorme relevancia para conocer el problema en nuestro medio y sus potenciales soluciones. Una parte de la Administración se ha sensibilizado con el problema, pero no parece que esta parte sea suficiente y, sin duda, los recursos destinados no lo son. España no puede permitirse mantener las cifras de tuberculosis que se reflejan en todos los estudios y deben ponerse en marcha programas de control de la enfermedad que contemplen todas sus caras.

### Bibliografía

1. Grupo de Trabajo del PMIT. La tuberculosis en España: Resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1999.
2. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis guide for high prevalence countries. 2nd ed. Paris, 1993.
3. Alsedà M, Godoy P. Estudio de contactos de enfermos tuberculosos en un área semiurbana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:281-6.
4. Grupo de Estudio de Contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de consenso sobre el estudio de contactos en los pacientes tuberculosos. *Med Clin (Barc)* 1999;12:151-6.
5. Solsona J, Caylà J, Bedía M, Mata C, Clavería A. Eficacia diagnóstica del estudio de contactos de enfermos tuberculosos en un distrito urbano de alta prevalencia. *Rev Clin Esp* 2000;200:412-9.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *MMWR* 2000; 49(RR-6):1-51.
7. Portilla J, Jordá P, Esteban J, Sánchez Payá J, Merino E, Boix V. Tratamiento directamente observado de la infección tuberculosa latente: estudio comparativo de dos pautas con isoniácida. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:293-5.
8. Rivero A, López Cortés L, Castillo R, Lozano F, García MA, Díez F, et al. Ensayo clínico aleatorizado de tres pautas de quimioprofilaxis para prevenir tuberculosis en pacientes infectados por el VIH con anergia cutánea. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:287-92.
9. Selwyn PA, Sckell BM, Alcabes P, Friedland GH, Klein RS, Schoenbaum EE. High risk of active tuberculosis in HIV-infected drug users with cutaneous anergy. *JAMA* 1992;268:504-9.
10. Moreno S, Baraia-Etxaburu J, Bouza E, Parras F, Pérez Tascón M, Miralles P, et al. Risk for developing tuberculosis among anergic patients infected with HIV. *Ann Intern Med* 1993;119:194-8.
11. Gordin FM, Matts JP, Miller C, Brown LS, Hafner R, John SL, et al. A controlled trial of isoniazid in persons with anergy and human immunodeficiency virus infection who are at high risk for tuberculosis. *N Engl J Med* 1997;337:315-20.
12. Whalen CC, Johnson JL, Okwera A, Hom DL, Huebner R, Mugenyi, et al. A trial of three regimens to prevent tuberculosis in Ugandan adults infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1997;337:801-8.
13. Guerrero A, Cobo J, Fortún J, Navas E, Quereda C, Asensio A, et al. Nosocomial transmisión de *Mycobacterium bovis* resistente a 11 drogas en people with advanced HIV-1 infection. *Lancet* 1997;35:1738-42.
14. Cobo J, Oliva J, Asensio A, Navas E, Cobo ME, Sánchez García F, et al. Predicting tuberculosis among HIV-infected patients admitted to hospital: Comparison of a model with clinical judgment of infectious diseases specialists. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001;20:779-84.