

MESA: TB y solidaridad

Moderadores: **Alberto García-Basteiro.** *Centro de Investigação em Saude de Manhiça. Mozambique.*

Milagros Moreno. *Hospital Nossa Senhora da Paz. Cubal. Servicios Clínicos. Barcelona.*

Tratamiento de la TB MDR en un entorno rural de África Subsahariana

Marisa Aznar

Hospital Universitari Vall d'Hebron. PROSICS. Barcelona

Correspondencia:

Marisa Aznar

E-mail: maznarru@gmail.com

La República de Angola se encuentra en el Sudoeste de África, tiene una población de unos 30 millones de habitantes y unos indicadores de expectativa de vida y de mortalidad infantil que se encuentran entre los peores del mundo, siendo las enfermedades infecciosas la causa de más del 50% de muertes. Es uno de los 14 países incluidos en las tres listas de la OMS de mayor carga de tuberculosis (TB): mayor carga de TB, mayor carga de TB multidrogorresistente (MDR) y mayor carga de coinfección TB/VIH. La incidencia anual estimada de TB es de 355 casos por 100.000 habitantes, estimándose 109.000 nuevos casos de TB en 2018 y 22.200 muertes por TB en el país. La tasa de éxito del tratamiento de pacientes con TB es del 25%, muy lejos del 90% recomendado por la OMS. En 2018, la OMS estimaba que 2,4% de casos nuevos y 15% de casos previamente tratados estaban infectados por una cepa de TB MDR¹.

El Hospital Nossa Senhora da Paz, situado en Cubal, un municipio de unos 250.000 habitantes de la provincia de Benguela, es un centro de referencia de tuberculosis y trabaja en colaboración con el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona desde hace más de 10 años en distintas cuestiones de ámbito sanitario. En 2013 se comenzó a dar tratamiento de segunda línea de manera empírica a aquellos pacientes que habían fracasado previamente en al menos dos ocasiones con una pauta estandarizada de 20 meses de duración en la que se incluían fármacos inyectables durante 8 meses. En 2014, a raíz de un estudio realizado en colaboración con el Hospital Vall d'Hebron, se incorporó el primer aparato *Gen-Xpert*^{2,3}, por lo que el tratamiento de segunda línea se extendió también a aquellos pacientes en quienes se detectó resistencia

a rifampicina (RIF) en muestras de esputo y en contactos de pacientes con resistencia a la RIF confirmada quienes presentaban clínica y radiología compatible con tuberculosis, pero de quienes no fue posible obtener una muestra de esputo.

Desde mayo de 2013 a julio de 2015 se inició tratamiento para TB MDR a 216 pacientes con una mediana de edad de 30 años y una coinfección por el VIH del 6%. En 88 (40,7%) pacientes el tratamiento se inició de manera empírica; 82 porque habían fracasado previamente y 6 contactos de pacientes con TB resistente a RIF. Los otros 128 pacientes iniciaron tratamiento debido a resistencia a RIF detectada por el *Xpert*. Se analizaron 125 muestras de esputo, de los cuales 101 fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) y en 92 se confirmó una infección por TB MDR.

Ciento setenta y nueve (82,9%) pacientes presentaron al menos un efecto adverso, y 2 pacientes se suicidaron durante el tratamiento. Los efectos adversos observados y sus frecuencias fueron las siguientes: hepatotoxicidad (46,8%), nefrotoxicidad (44,4%), ototoxicidad (40,7%), neuropatía periférica (31,9%), afectación psiquiátrica (21,3%), alteración gastrointestinal (23,1%), alteración dermatológica (11,6%), artralgias (6,0%), ginecomastia o impotencia (5,5%) y convulsiones (1,0%). Todos los efectos adversos se manejaron inicialmente de manera sintomática, requiriéndose la reducción de dosis de al menos un antibiótico en 42/216 (19,4%) pacientes y la suspensión temporal de al menos un antibiótico en 12/216 (5,6%) pacientes. La suspensión permanente de alguno de los antibióticos fue necesaria en 42 (19,4%) pacientes. Los efectos secundarios fueron permanentes

en 58 (32,4%) de los pacientes tras completar el tratamiento: hipoacusia en 38 (21,2%) pacientes, polineuropatía en 8 (4,5%) y ambas en 12 (6,7%) pacientes. Cincuenta y cuatro (25,0%) pacientes experimentaron al menos un efecto adverso grave.

El haber recibido tratamiento para la TB previamente se asoció tanto al desarrollo de efectos adversos como al desarrollo de efectos adversos graves (OR 4,89; IC del 95% 2,09-11,46; $p < 0,001$ y OR 9,99, IC del 95% 2,47-40,34; $p = 0,002$ respectivamente) y la duración del tratamiento se asoció a la aparición de un efecto adverso grave (OR 1,11 IC del 95% 1,04-1,18; $p = 0,001$). El tratamiento tuvo éxito en 117 (54,2%) pacientes y 57 (26,4%) pacientes se perdieron del seguimiento. La incidencia de efectos adversos se asoció a la falta de éxito del tratamiento (OR 1,23; IC del 95% 1,09-1,40; $p = 0,001$).

Existen muchas dificultades asociadas al tratamiento de la TB MDR en este contexto. Por un lado, no existen laboratorios en el país con capacidad de realizar cultivo de micobacterias ni antibiogramas, por lo que el seguimiento de los pacientes se realiza mediante baciloscopias, con las limitaciones que esto conlleva. Además, es difícil conseguir otros fármacos antituberculosos no incluidos en el esquema terapéutico, por lo que, en el caso de tener que suspender algún antibiótico, este no puede ser sustituido. Todo ello hace imposible individualizar los tratamientos. Por otro lado, es difícil controlar de manera adecuada los efectos adversos asociados a los fármacos antituberculosos debido a la

dificultad de encontrar fármacos adyuvantes, lo que empeora los resultados del tratamiento, por las pérdidas de seguimiento que esto conlleva. Esto se acentúa debido a otras dificultades, como son las grandes distancias que tienen que recorrer la mayoría de los pacientes hasta llegar al centro de salud de referencia y las dificultades económicas que muchos de ellos afrontan.

El trabajo presentado confirma que el tratamiento de la TB MDR con un régimen estandarizado de 20 meses de duración en el que se incluyen fármacos inyectables se asocia a una alta proporción de efectos secundarios, y que la aparición de efectos adversos se relaciona con haber recibido previamente tratamiento para la TB, así como con la duración del tratamiento. El éxito del tratamiento con este régimen es bajo y existe una alta proporción de abandonos. La incidencia de efectos adversos se relaciona con la falta de éxito del tratamiento. El manejo de la tuberculosis MDR supone un gran desafío para los profesionales, siendo las dificultades todavía mayores en medios con escasos recursos, como es el caso del HNSP en Cuba.

Bibliografía

1. WHO. Global Tuberculosis Report. 2019.
2. Rando-Segura A, et al. Drug Resistance of *Mycobacterium tuberculosis* Complex in a Rural Setting, Angola. *Emerg Infect Dis*. 2018;24(3):569-72.
3. Aznar ML, et al. Prevalence and risk factors of multidrug-resistant tuberculosis in Cuba, Angola: a prospective cohort study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2019;23(1):67-72.

TB y VIH en inmigrantes

José A. Pérez-Molina

Enfermedades Tropicales. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:

José A. Pérez-Molina

E-mail: jose.perezmolina@gmail.com

En muchos países desarrollados la incidencia de tuberculosis ha disminuido significativamente hasta niveles cercanos a los de la eliminación (menos de 1 un caso por millón de personas). La mayoría de los casos nuevos corresponden a grupos minoritarios,

siendo el de los inmigrantes y refugiados procedentes de países de alta incidencia el más numeroso. Estas personas enfrentan problemas como privaciones durante el periplo migratorio, condiciones de vida precarias en los países de acogida, estrés,

o dificultades de acceso a los servicios sanitarios, que facilitan el desarrollo de tuberculosis activa, de formas más graves de la enfermedad y la transmisión en su entorno^{1,2}.

En España los inmigrantes con infección latente tuberculosa son en general varones jóvenes (menores de 30 años), procedentes principalmente de Bolivia, Guinea Ecuatorial, Camerún y Senegal, se diagnostican en el seno de un examen de salud y tienen una prevalencia de coinfección por el VIH del 1,8%³. En el caso de las tuberculosis activa, también hay una preponderancia de varones jóvenes, procedentes de Bolivia, Marruecos, Rumanía y Pakistán, que se diagnosticaron por presentar síntomas respiratorios o fiebre, mostrando una prevalencia de coinfección por el VIH del 7,6%³. Para la detección precoz de casos de tuberculosis entre la población migrante y para evitar la transmisión secundaria a las poblaciones de acogida, es fundamental la implementación de programas de cribado de infección latente entre los migrantes, de detección precoz de la tuberculosis y el acceso a la atención primaria¹.

La infección por el VIH está claramente sobrerrepresentada entre los inmigrantes en nuestro país: suponen un 39% de los nuevos diagnósticos (un 50% en el caso de las mujeres) cuando sólo constituyen un 10% de la población española, a lo que hay que sumar en torno a medio millón de personas que estarían en situación irregular⁴. Aunque no se disponen de estimaciones oficiales de incidencia ni prevalencia poblacionales en función del origen geográfico, diferentes estudios apuntan el mayor riesgo de infección en inmigrantes subsaharianos. Los estudios en centros de diagnóstico de ITS/VIH proporcionan algunos datos, aunque deben interpretarse en el contexto de una población con alta percepción de riesgo y dificultades para acceder a otro tipo de dispositivos. Según un informe de 2012, la proporción de personas con serología VIH positiva fue del 5,4% en subsaharianos y del 3,2% en latinoamericanos, frente al 2,4% en los españoles (Grupo EPI-VIH. Centro Nacional de Epidemiología; 2012). Otro estudio en población general que acudía a atención primaria, centrado en estimar la prevalencia de infección oculta en personas sin percepción de riesgo, encontró el doble de prevalencia en extranjeros que en españoles (0,6% vs. 0,3%), mientras que los cribados en el medio hospitalario muestran cifras del 1,7% de prevalencia en africanos^{5,6}. Aunque la respuesta al tratamiento de los migrantes con infección por VIH es superponible a la de la población general, la tasa de pérdidas de seguimiento, especialmente entre las mujeres, es mucho mayor que en la población autóctona, reflejando las dificultades que encuentran para un seguimiento adecuado de su patología⁷.

La atención a los migrantes supone un reto en muchas ocasiones, no sólo por las dificultades que tienen los profe-

sionales sanitarios, sino por los obstáculos que enfrentan los propios migrantes. La falta de servicios adaptados lingüística y culturalmente y los tabús culturales son una barrera fundamental de comunicación que hace que algunos migrantes prefieran visitar servicios dentro de su propia comunidad y no acudir a centros sanitarios. Esto es especialmente un problema cuando la confidencialidad es un factor clave, como es el caso de la tuberculosis o el VIH, donde tener que llevar un familiar o amigo que traduzca puede ser motivo suficiente para no acudir a hacerse la serología del VIH o un estudio de contactos^{6,8}. El intérprete-mediador no sólo traduce el mensaje, sino que lo adapta a las necesidades de comprensión del paciente, y es capaz de interpretar en forma y fondo la información del sujeto enfermo para hacerla comprensible al profesional sanitario. Con frecuencia son profesionales originarios de los países de donde proceden los migrantes, con formación sanitaria y conocimiento de lenguas generales vehiculares y locales. Desde un punto de vista económico, existen diversos estudios que muestran el coste efectividad de disponer de servicios de mediación intercultural en aspectos como la reducción en la frecuentación a servicios de urgencias, un mayor uso de la atención primaria, disminución de los errores médicos y la realización de pruebas diagnósticas, o un incremento en el uso de servicios preventivos⁹.

A pesar de las ventajas evidentes de contar con estos profesionales, actualmente no existe legislación ni a nivel europeo ni a nivel nacional que conceda implícitamente el derecho a la asistencia lingüística al paciente. No obstante, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en sus Artículos 4 (derecho a la información asistencial) y Artículo 7 (Derecho a la intimidad) deja muy claras la necesidad de que la información clínica se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, así como que se respetará el carácter confidencial de los datos referentes a su salud. Estos derechos no podrían garantizarse si la persona que acude a ayudar al paciente no es un intérprete profesional, sino que es un vecino o familiar. Además de no tener formación sanitaria, no existirían garantías de que se respetara el derecho a la intimidad. Las mismas circunstancias concurren en el Artículo 8 sobre el Consentimiento Informado. Además, el Código de Deontología Médica, de obligado cumplimiento para cualquier médico en España, resalta la obligatoriedad del médico a tratar por igual a todos sus pacientes, a evitar demoras en la asistencia, a usar todos los medios a su alcance para atender al paciente y a guardar la confidencialidad, obligaciones que sin la ayuda de profesionales

de la interpretación adaptada culturalmente son muy difíciles de conseguir.

En este sentido, iniciativas como Salud Entre Culturas (SEC; www.saludentreculturas.es), una ONG que se creó en el año 2007 en el seno del CSUR de Enfermedades Tropicales del Hospital Ramón y Cajal, pretenden dar respuesta a los retos que plantea la atención a los migrantes más vulnerables. Gracias a sus programas de formación de mediadores, interpretación adaptada culturalmente en el entorno sanitario, psicología transcultural, programas de educación para la salud y campañas de cribado, SEC pretende cubrir las necesidades más inmediatas de los migrantes en materia de salud y prevención. Estos programas impactan tanto en la actividad clínica diaria, como en la prevención y educación sobre las enfermedades infecciosas más prevalentes o graves, utilizando una comunicación moderna y adaptada a la realidad cultural de los migrantes.

Bibliografía

1. Berrocal-Almanza LC, Harris R, Lalor MK, *et al.* Effectiveness of pre-entry active tuberculosis and post-entry latent tuberculosis screening in new entrants to the UK: a retrospective, population-based cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2019;3099:1-11.
2. Suárez I, Maria Fünfer S, Jung N, *et al.* Severe disseminated tuberculosis in HIV-negative refugees. *Lancet Infect Dis.* 2019;19:e352-e359.
3. Wikman-Jorgensen P, López-Velez R, Llenas-García J, *et al.* Latent and active tuberculosis infections in migrants and travellers: A retrospective analysis from the Spanish +REDIVI collaborative network. *Travel Med Infect Dis.* 2019; doi: 10.1016/j.tmaid.2019.07.016.
4. Perez-Molina JA. [Assessment of the impact of the new health legislation on illegal immigrants in Spain: the case of human immunodeficiency virus infection]. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:472-8.
5. Díaz-Menéndez M, Perez-Molina JA, Norman FF, Lopez-Velez R. Prevalencia de infección por VIH en población inmigrante asintomática. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:712-713.
6. Monge S, Perez-Molina JA. HIV infection and immigration. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34:431-8.
7. Perez-Molina JA, Rillo MM, Suárez-Lozano I, *et al.* Do HIV-Infected Immigrants Initiating HAART have Poorer Treatment-Related Outcomes than Autochthonous Patients in Spain? Results of the GESIDA 5808 Study. *Curr HIV Res.* 2010;8:521-30.
8. Ndumbi P, Del Romero J, Pulido F, *et al.* Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *Eur J Public Health.* 2018;28:451-7.
9. Jacobs EA, Sadowski LS, Rathouz PJ. The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2007;22 Suppl 2:306-311.

SEPAR Solidaria

Julio Ancochea

Hospital La Princesa. Madrid.

Correspondencia:

Julio Ancochea

E-mail: j.ancochea@separ.es

Uno de los valores más preciados de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) es la solidaridad.

SEPAR SOLIDARIA se creó hace ahora 11 años, al igual que SEPAR Pacientes (mediante la firma del "Compromiso de Barcelona" con Albert Jovell y el Foro Español de Pacientes y la creación de la Aulas Respira), SEPAR Comunicación (Aula Oeste), SEPAR Futuro, SEPAR Mujer, ... además del Plan Estratégico de SEPAR (realizado con la consultora ANTARES Consulting). Fue un periodo (2006-2009) realmente ilusionante, fructífero y cargado de futuro.

SEPAR Solidaria no es una ONG, no dispone de infraestructura propia y se "autofinancia" gracias al compromiso, generosidad y espíritu solidario de su Comité y los socios y amigos de SEPAR. Nace de la reflexión de que una Sociedad Científica, además de sus fines puramente científicos y profesionales, tiene un "compromiso social". La Neumología es especialmente sensible a este compromiso, dado que se desarrolla desde la Tisiología. Sí, la Tuberculosis es "una epidemia de injusticia" que siempre ha azotado a los colectivos más desfavorecidos desde el punto de

vista social y sanitario, a los pobres de los países pobres y también a los pobres de los países ricos.

Estado actual de los proyectos de SEPAR Solidaria:

1. Proyecto Respira Solidaridad.

Desarrollo del Área de Respiratorio de la Unidad Clínico- Docente de Ciudad Sandino (Nicaragua). Convocatoria y resolución de 3 becas anuales Respira Solidaridad (bolsas de viaje para estancias de 4 semanas de duración). Es nuestro proyecto decano, ha cumplido 10 años y en él han participado más de treinta socios de SEPAR (neumólogos, cirujanos torácicos, enfermeras y fisioterapeutas).

2. Plataforma HUMAN "100 veces menos humos" (Humo de leña en zonas andinas).

Proyecto finalizado en Umbita (Colombia) que se ha hecho sostenible con la colaboración del Gobierno Colombiano. En la actualidad, se está evaluando la posibilidad de poner en marcha y financiar un proyecto de similares características en Jesús de Machaca, departamento de La Paz (Bolivia).

3. Alianza Sáhara-Salud.

Proyecto promovido por SEPAR Solidaria y las Universidades Públicas madrileñas, en colaboración con otras entidades y SSCC para la formación y capacitación de los profesionales sanitarios saharauis que se encuentran trabajando en los campamentos de refugiados en Tindouf. En los últimos años se han programado 4 cursos teórico-prácticos de formación de una semana de duración, adquiriéndose distinto material fungible e inventariable. Convocatoria y reciente resolución de 3 becas SEPAR (bolsas de viaje para impartir cursos teórico-prácticos de 1 semana de duración). Proyecto en fase de consolidación, abierto y activo, en el que necesitamos "otros aliados" para seguir avanzando.

4. Proyecto ZAMBORA.

Proyecto finalizado. SEPAR Solidaria participó activamente en el proyecto ZAMBORA. España y el Hospital Nacional de Zambia (UHT), en colaboración con el Ministerio de Salud de este país africano, destinado a mejorar la salud respiratoria y el control del asma en Zambia.

5. RED contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS). Iniciativa promovida por SEPAR, a través de SEPAR Solidaria, la Organización Médica Colegial y Cruz Roja Española. En ella participan además la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICTER), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y otras SSCC y entidades públicas y privadas.

La Red TBS es en la actualidad uno de los proyectos más activos de SEPAR Solidaria. Tres grandes áreas de actividades.

- Cinefórum solidario dirigido a la ciudadanía.
- Actualización en tuberculosis para profesionales sanitarios.
- InformaTB para comunicadores.

Múltiples acciones desarrolladas en los últimos años, incluyendo Cinefórum Solidario en diversas instituciones penitenciarias, Jornadas de Actualización en TB en colaboración con la OMS, foros de trabajo con periodistas sanitarios, contactos con la Presidencia del Gobierno y Ministerio de Sanidad para la modificación del RD 16/2012, la gratuidad del tratamiento en colectivos desfavorecidos y la elaboración de un Plan Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

6. Proyecto HORIZONTE.

Proyecto compartido entre SeparSolidaria y la Fundación Mundial de Bronoscopias en apoyo de las necesidades docentes y material endoscópico en Nicaragua y otros países de Centroamérica, en colaboración con la Federación Centroamericana y del Caribe de Neumología y Cirugía Torácica. Tras un primer curso impartido en el hospital Militar de Managua, SeparSolidaria convocó diversas Becas SEPAR para el Programa Horizonte y el desarrollo de un Curso-Taller Centroamericano en Nicaragua, Honduras y El Salvador enfocado a actualizar técnicas de Neumología Intervencionista, asistir a exploraciones en directo de técnicas no habituales y practicar las nuevas técnicas en modelos animales. Se consiguió la donación de material endoscópico a través de la FMB.

7. OTRAS ACTIVIDADES:

- SEPAR Solidaria News: boletín informativo cuatrimestral que tiene como objetivo informar de todas las actividades y noticias relacionadas con SEPAR Solidaria.
- Participación el Congreso Nacional SEPAR, en la Semana de la Solidaridad de la UAM y en el Día Internacional de los Derechos Humanos.
- Organización anual de conciertos Solidarios con el Sáhara "La mirada de un sueño", con la participación de cantautores y distintos grupos musicales, cuya recaudación se destina a la población infantil saharai a través de IUNDIA-UNICEF y la Oficina de acción Solidaria de la UAM.
- Renovación de la colaboración con la Asociación de Síndrome de Down de Andújar (Jaén).
- Apoyo económico y campaña de ayuda humanitaria, a través del Fondo de Emergencia de Médicos Sin Fronteras (MSF), destinada a los barrios de la ciudad de

Mocoa (Colombia) destruidos tras el alud y las fuertes lluvias de marzo de 2017.

8. PREMIOS:

- Premio DIARIO MÉDICO a la Red TBS y "Las Mejores Ideas" en la categoría de Mezenazgo y Solidaridad (2017).
- Reconocimiento Congreso SEMERGEN, 2017.
- Premio SEMG a la Solidaridad, 2018
- Premio Albert Jovell al compromiso solidario.

Por otra parte, SEPAR Solidaria ha venido realizando otros proyectos propios:

- Formación en Cooperación al Desarrollo (Cursos PreCongresos SEPAR y Curso "on line", en colaboración con la Universidad Internacional de Andalucía)
- Colaboración anual con la Asociación Síndrome de Down de Jaén y provincia desde el año 2010.
- Ayudas SEPAR a los damnificados del terremoto de Chile.

- Proyecto "100 veces menos Humos" (Umbita, Colombia) (proyecto "estrella") (2013).
- Ayudas SEPAR a los damnificados del tifón Haiyán (Filipinas) (2014).
- Ayudas SEPAR a los damnificados del terremoto de Nepal (2015).
- Campaña de ayuda humanitaria y apoyo económico a los refugiados sirios y víctimas de catástrofes humanitarias y de conflictos armados a través del Fondo de Emergencias de Médicos sin Fronteras (MsF) (2015).
- Ayudas SEPAR a los afectados de las inundaciones y corrimiento de tierras en el sur de Colombia (MsF) (abril, 2017).

SEPAR Solidaria no es una ONG ni algo accesorio. Es algo relevante, una iniciativa que prestigia a SEPAR, le da un valor añadido y la convierte en un referente en el contexto del resto de Sociedades Científicas.