

7 de noviembre (15,30-18 h.)

Quimioprofilaxis tuberculosa directamente observada en un programa hospitalario de dispensación de metadona

Xavier Martínez Lacasa

Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Los pacientes adictos a drogas por vía parenteral, especialmente los adictos a opiáceos, constituyen con frecuencia un colectivo donde el control de la infección tuberculosa resulta dificultoso. Estos pacientes presentan una mayor incidencia tanto de infección tuberculosa como de enfermedad y con frecuencia plantean problemas de cara al tratamiento y mucho más de cara a la cumplimentación de la quimioprofilaxis en los casos de pacientes infectados.

La propia idiosincrasia de estas personas adictas activas a las drogas provoca que no acudan a los controles para la realización del cribaje tuberculínico o bien en caso de ser positivos no acudan a los controles posteriores de control de la profilaxis en la mayoría de casos por abandono.

No es necesario recordar que estos mismos pacientes tienen con frecuencia una alta prevalencia de infección por *Mycobacterium tuberculosis* y por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) que hace que además de tener unas tasas más elevadas de infección tuberculosa, las posibilidades de desarrollar la enfermedad son mucho más elevadas que en la población general no infectada por el VIH. En este sentido algunos autores encuentran que mientras la población general tiene un riesgo de presentar tuberculosis de 5-10% a lo largo de la vida, en la población VIH positiva coinfectada el riesgo anual puede llegar a ser del 7-8% anual en pacientes coinfectados, llegando incluso a una tasa acumulada del 60%.

Todo esto nos debe estimular a desarrollar programas de control de la tuberculosis en este colectivo y si bien existen este tipo de iniciativas en nuestro país, dista de ser una situación aceptable.

Nosotros hemos tenido oportunidad de analizar este problema en nuestro hospital. Así, desde el inicio de la consulta monográfica de control de la tuberculosis en nuestro hospital en 1996 y durante un año tuvimos oportunidad de evaluar la asistencia de los pacientes adictos a drogas por vía parenteral remitidos desde el centro de desintoxicación y desde la unidad del hospital al encontrarse un mantoux positivo. Durante el año 1996 tan solo un 20% de estos pacientes remitidos a la consulta acudieron realmente y de aquellos a los que se les indicaba la profilaxis únicamente un 40% llegaban a completarla.

Ante estos resultados se decidió constituir un grupo de trabajo conjunto para el control de estos pacientes constituido por un médico internista, una enfermera experimentada de la unidad de deshabitación, una asistente social y un psicólogo. Se redactó un orden de prioridades de cara a la entrada preferente de los pacientes en el programa de metadona y se concluyó que la existencia de un PPD positivo en los posibles candidatos constituía una prioridad relativa para el inicio de metadona, siempre y cuando aceptará el cumplimiento de la quimioprofilaxis. La quimioprofilaxis tuberculosa se realizó desde 1997 hasta la actualidad de forma directamente observada en el centro de deshabitación, administrándose la isoniacida inmediatamente antes de la metadona y en presencia de la enfermera. Se utilizaron dos pautas diferentes de quimioprofilaxis con isoniacida en dependencia del régimen de administración de metadona (ya que era interesante respetar el efecto de premio que supone para el paciente disminuir el número de días que debe acudir al centro a tomar la metadona).

Una pauta de administración fue la estándar de INH 5 mg/kg/diaria y la otra INH 15 mg/kg dos veces por semana, durante 6 meses en ambos casos.

Moderadores

Rafael Rubio
Antoni Torres

Después de 2 años y medio de seguimiento han sido evaluados 120 pacientes de los cuales 36 (30%) fueron positivos a la prueba de la tuberculina con una media de edad de 30'9 años. Nuestro resultado más prometedor ha sido una tasa de cumplimiento de la profilaxis de 94% hasta la actualidad.

Creemos que la profilaxis directamente observada con administración conjunta de la profilaxis y la metadona es una herramienta útil en el colectivo de pacientes adictos a opiáceos y que deberían de hacerse esfuerzos por realizar programas de control directo tanto en este colectivo como en otros de riesgo.

Referencias

- Etkind S C. Contact tracing in Tuberculosis. En *Tuberculosis. A Comprehensive International Approach*. Ed Reichman L B and Hershfield. Marcel Dekker, Inc. New York, Basel, Hong-Kong, 1993:275-89.
- Snyder DC, Antonio E, Mohle-Boetani JC, Fallstadt, Lee R., Chin DP. Tuberculosis Prevention in Methadone Maintenance C. Effectiveness and costeffectiveness. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:178-87.
- Havir F V, Bames P F. Tuberculosis in patients with Human Immunodeficiency Virus infection. *N Engl J Med* 1999; 5:367-73
- CDC. Prevention and Treatment of Tuberculosis among patients infected with Human Immunodeficiency Virus: Principle of Therapy and Revised Recommendations. *MMWR* 1998;47(No. RR-20):1-58

Tratamiento de la infección tuberculosa en los centros penitenciarios

Núria Teixidó

Centre Penitenciari Quatre Camins. Barcelona
18109ntp@comb.es

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo y especialmente en los países subdesarrollados. Su vinculación con la pobreza, la marginación y la emigración, ha adquirido mayor importancia en las dos últimas décadas, debido a la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana que ha empeorado la situación, ya que aumenta la reactivación de las infecciones tuberculosas latentes y favorece el desarrollo de la enfermedad en los infectados recientes.

En la población penitenciaria existe una elevada prevalencia de infección tuberculosa e infección por el

VIH ya que el colectivo penitenciario presenta graves e importantes deficiencias en materia de salud asociadas al consumo de drogas por vía parenteral. Se trata en general, de una población desestructurada, marginal, con muy bajos recursos económicos, con falta de hábitos higiénicos y dietéticos, muy poca relación con los recursos sanitarios y bajo nivel cultural, que conlleva una falta de medidas de educación y un frecuente incumplimiento del tratamiento prescrito. A estos problemas se les asocia, en ocasiones, las características de determinados centros donde existen insuficiente ventilación, masificación de internos y un gran número de traslados que constituyen un factor de riesgo para la exposición de los casos de TBC¹.

El alto porcentaje de UDVP y la elevada prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas asociadas (infección por el VIH, hepatitis, ETS) ha propiciado que las instituciones penitenciarias adquieran un importante papel preventivo y curativo en beneficio no sólo de la población reclusa y del personal laboral de los centros, sino también de la sociedad en general, dado que en las mismas, a pesar de ser instituciones cerradas, existe un importante movimiento de personas - entrada y salida de internos, de personal laboral, voluntaria, vis a vis que son las visitas íntimas de los internos con su pareja o familia.- a través del cual podría propagarse la enfermedad al resto de población.

Desde 1985 en las instituciones penitenciarias de Catalunya se lleva a cabo el Programa de Prevención y control de la Tuberculosis, que de forma progresiva con la detección precoz, el tratamiento y estudio de contactos, ha conseguido que la distribución anual de casos de tuberculosis haya ido disminuyendo progresivamente desde 1994 en el que se declararon 237 hasta los 32 que llevamos en lo que va de año (fig.1) Estas cifras demuestran la eficacia del programa y especialmente del tratamiento directamente observado (DOT) que ha hecho que la tasa de cumplimiento haya pasado del 56,5% en 1991 al 90% en 1998.

La infección tuberculosa en la población penitenciaria ha sido históricamente muy elevada. La prevalencia actual es del 51.6% lo que representa un alto índice de población susceptible de desarrollar la enfermedad, y que hace preciso instaurar el tratamiento de la infección tuberculosa (TIT)².

Los requisitos previos para el inicio de la TIT son: descartar TB activa, el que se haya efectuado antes una TIT correcta, el riesgo de hepatotoxicidad y la valoración de las posibles interacciones medicamentosas.

Pautas de tratamiento de infección tuberculosa

En la actualidad se describen dos pautas de tratamiento para la infección tuberculosa, en virtud de la duración de la misma. Así, hablamos de pauta larga cuando administramos Isoniacida durante un periodo de 6 a 12 meses a dosis de 5 mg/Kg/día hasta un total de 300 mg/día. Frente a ella, existe la pauta corta, en la que se administra Rifampicina a dosis de 10 mg/Kg/día con un máximo de 600 mg/día, asociada a Pirazinamida a dosis de 20-25 mg/Kg/día durante dos meses².

En la población penitenciaria de Catalunya, y siguiendo el Programa de Prevención y control de la tuberculosis, se ha recomendado y prescrito el tratamiento de la infección tuberculosa a todos aquellos internos susceptibles de seguir el mismo. Si bien, no se ha podido supervisar la toma de dicha prescripción, a excepción de los centros con menor número de internos e infectados, como son los centros de jóvenes y mujeres. Dónde se tratan una media de 6 a 7 casos al mes.

Experiencia en el Centre Penitenciari Quatre Camins

El centro penitenciario Quatre Camins fue inaugurado en 1989. Se trata de un centro de penados cuya población está constituida por 1300 internos aproximadamente, varones en su totalidad, con una media de edad de 25-35 años, con un porcentaje muy elevado de usuarios de drogas por vía parenteral 44,5% provenientes en su mayoría de zonas económicamente deprimidas.

Desde su inicio, se ha llevado a cabo el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar consiguiendo un descenso continuado en el número de casos de tuberculosis declarados, 77 en 1994 frente a los 5 que llevamos en lo que va de año (fig.2). No obstante, los buenos resultados del tratamiento de la enfermedad, el descenso del número de casos, la no aparición de microepidemias y resistencias, se observan que la infección tuberculosa se mantiene elevada, a pesar incluso, de que existe una menor tasa de incidencia en los nuevos ingresados.

El tratamiento de la infección tuberculosa no ha sido tan efectivo como el de la enfermedad debido a una serie de factores relacionados con el propio interno, con los profesionales sanitarios, con el tratamiento e incluso con las características de la propia institución.

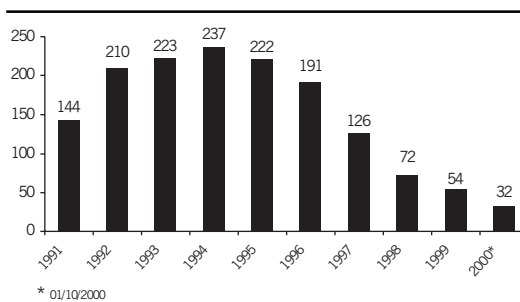


Figura 1. Evolución anual del número de internos afectados por tuberculosis

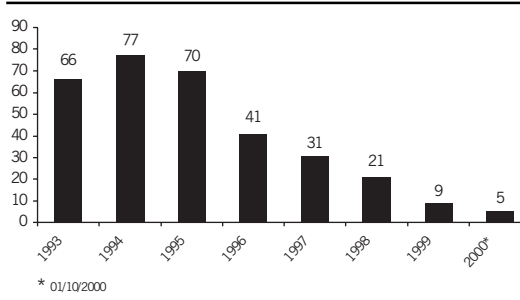


Figura 2. Evolución anual de los casos de tuberculosis declarados en el CP de Quatre Camins

El colectivo UDVP esta constituido por personas inmaduras, impulsivas, con actitudes transgresoras, necesitados de gratificaciones rápidas, poco perseverantes y con baja resistencia a las frustraciones, cuyo único móvil consiste en eliminar el síndrome de abstinencia y no siendo capaces de valorar la importancia del TIT a largo plazo.

El cumplimiento del programa presenta también problemas a nivel del personal sanitario del centro entre los que destacan la deficiente relación médico-enfermo, que se caracteriza por ser jerarquizada e institucionalizada, a la organización asistencial que permita la comunicación y la confianza, y evite la presión asistencial y problemas regiminales. Los frecuentes cambios del equipo asistencial producen alteraciones de la relación. Todo ello puede llegar a producir una disminución de la motivación y la aparición del síndrome del burnout.

A ello debe sumarse los problemas producidos por ser un tratamiento de larga duración, la aparición de reacciones yatrogénicas e interacciones medicamentosas, el elevado número de comprimidos que deben ingerir los pacientes en tratamiento antirretroviral. Además, el sistema penitenciario se caracteriza por presentar una alta movilidad, recambio de internos y elevado número de reingresos.

Todo ello hace que muchos pacientes se nieguen a tomar la medicación, y muestren un gran rechazo de los tratamientos preventivos^{3,4}.

Finalmente, en nuestro centro, desde el pasado mes de abril se ha iniciado el tratamiento de la infección tuberculosa, dentro de un estudio de evaluación de dos pautas de quimioprofilaxis antituberculosa en coinfectados por VIH y M. Tuberculosis. En estos seis meses nos hemos encontrado que, el número de casos susceptibles de ser sometido a tratamiento es inferior al esperado por diversas razones entre las que podríamos destacar la TBC anterior, TIT previa, hepatopatía importante y sobre todo porque debemos contar con la **voluntariedad** del paciente y existe una baja predisposición.

En cuanto a las pautas de tratamiento cabe destacar que la pauta corta precisa de un número muy elevado de comprimidos e interfiere con la metadona por lo que es altamente rechazada la medicación. La pauta de tratamiento prolongado presenta el inconveniente de la hepatotoxicidad y del abandono del mismo de los pacientes.

Todo ello conduce a los profesionales que, ante la duda del seguimiento total del tratamiento por parte del interno, el mismo ya no se inicie.

A pesar de lo expuesto, creemos que nuestros esfuerzos deben orientarse en el sentido de instaurar el TIT y mejorar la adherencia al mismo para evitar los abandonos del tratamiento por parte de los pacientes.

Consideramos de vital importancia desarrollar y llevar a cabo programas de información y educación multidisciplinarios a los internos, seguir motivando al personal sanitario y plantear a la industria farmacéutica la necesidad de presentaciones de más fácil administración.

Bibliografía

1. Martín V, Brugos M, Valcárcel I, *et al.* Prevalencia de tratamiento de la infección tuberculosa en una prisión provincial. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:361-6.
2. Gordin F, Caisson R, Matts J, *et al.* A randomized trial of 2 months of rifampin and pyrazinamide versus 12 months of isoniazid for the prevention of tuberculosis in HIV-positive, ppd+ patients. *JAMA* 2000;283: 1445-50.
3. Barca D, Carrero A, Rodríguez Arias M, Rojo R, Vázquez R, Martínez F *et al.* Reclusos y tuberculosis. Rechazo a la quimioprofilax. *Rev Rol Enf* 1999;22(2):156-8.
4. Romero S, Vaquero M, Gallego R, Aguilera MD, de Celis JM, Barquín E, Zurita R, *et al.* Valoración de cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa por la población reclusa del centro penitenciario de Jaén. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:391-9.

Quimioprofilaxi en usuarios de drogas coinfectados: experiencia de los Centros de asistencia sociosanitaria (CAS)

Lluís Torralba

Pla d'Acció de Drogues. Barcelona
torralba@imsb.bcn.es

Situación

A lo largo del año 1999 el número de usuarios de drogas ilegales diagnosticados de tuberculosis en nuestra ciudad ha sido de 62, hecho que representa el 10.5% del total de casos de tuberculosis -590-. 17 personas han estado o están en prisión (27.4%) y 54 son HIV+ (87.1%). Su localización fue pulmonar en 53 de los 62 casos y 20 eran bacilíferos.

La tasa de cumplimiento del tratamiento ha sido del 83.9%, siendo el de la población general del 83.7%.

Planteamiento inicial teórico

Existen suficientes evidencias científicas para garantizar que la quimioprofilaxis es eficaz, pero la cuestión es *¿cómo* conseguir que sea realmente efectiva en este perfil de población (toxicómanos)? Los supósitos que hay que contemplar para evaluar este propósito son:

- Mecanismos de diagnosis. ¿Con que frecuencia hay que repetir el PPD?
- Criterios de indicación: HIV+ i PPD de 5mm. o más./ PPD>10mm i HIV +
- Contraindicaciones farmacológicas.
- Controles de seguimiento.
- Criterios de retirada de la pauta farmacológica.
- Criterios de seguimiento.

Planteamiento real

Dificultades para demostrar la efectividad:

La coordinación médico médico entre dos recursos con sobrecarga de trabajo:

- Los CAS no pueden prescribir antirretrovirales por lo que los pacientes HIV+ son derivados sistemáticamente al hospital de referencia.
- El paciente tratado por el HIV con antirretrovirales por un médico infectólogo de un hospital ¿debe ser asumido por el médico del CAS para su QP?

- Hay que definir qué mecanismo de coordinación es el más efectivo.

¿A qué profesional recae la responsabilidad de la prescripción de la quimioprofilaxis?

- Nosotros creemos que en el caso de HIV+ y PPD³ 5mm debe ser asumida por la unidad de infecciosas del Hospital de referencia.
- En los pacientes con PPD > de 10 mm y HIV+ la prescripción debe ser asumida por los CAS..

Como garantizar el cumplimiento

La pauta supervisada de quimioprofilaxis aprovechando los programas de mantenimiento de metadona

Dificultades para conseguir la cobertura total

1. Dificultades de coordinación
2. Dificultades de los CAS para trabajar con diferentes pautas farmacológicas respecto a las utilizadas en los hospitales.

Experiencia en detección y tratamiento de los pacientes diagnosticados de infección tuberculosa latente

M^a Pilar Estrada Laza

CAP Casc Antic. Ciutat Vella. Barcelona
capcasantic@meditex.es

Introducción

La detección precoz de una patología es tarea primordial de todos los profesionales sanitarios. En el caso de las enfermedades transmisibles es mayor su importancia, porque el retraso diagnóstico aumenta el riesgo de infección en la comunidad.

El diagnóstico precoz de infección tuberculosa latente y su correcto tratamiento, impide el paso a enfermedad activa con sus graves consecuencias.

En nuestro centro de trabajo, situado en un distrito de alta prevalencia de enfermedad tuberculosa (Tasa de Incidencia de 117,8 / 100.000 habitantes en 1999) pusimos en marcha en 1995, un Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Inicialmente nuestro principal objetivo fue la detección y control de los enfermos tuberculosos. Durante estos años hemos conseguido disminuir las tasa de incidencia a 69,54 /100.000 habitantes en 1999. Es por ello, que decidimos dirigir nuestros recursos hacia lo que creemos es el futuro en el control de la Tuberculosis: El diagnóstico y tratamiento de los pacientes infectados. Desde hace 2 años se lleva a cabo en nuestro centro un Protocolo de detección de pacientes infectados y enfermos de Tuberculosis en los llamados Grupos de Alto Riesgo de padecer infección o enfermedad. Así mismo, realizamos cribaje tuberculínico dentro del apartado de Actividades Preventivas al grupo de población menor de 35 años en su primera visita al centro. Hacemos especial hincapié en el diagnóstico de infección tuberculosa latente en niños y adolescentes con cribajes tuberculínicos a los 6 años (en las escuelas) y a los 15 años. Todo ello encaminado a detectar el mayor número de posible de pacientes infectados e impedir que desarrollen la enfermedad.

Fuentes de detección de pacientes diagnosticados de infección tuberculosa latente. CAP Casc Antic

- Detección precoz en Grupos de Riesgo
- Actividades Preventivas (1^a Visita)
- Cribaje tuberculínico a los niños de 6 años (Escuelas de Ciutat Vella)
- Cribaje tuberculínico a los adolescentes a los 15 años.

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999
Nº Pacientes	21	21	18	32	26
QP1				11	2
QP2	21	21	18	21	24
Estudio de Contactos	10 (47,61%)	8 (38%)	4 (22,2%)	13 (40,6%)	6 (23%)
VIH (+)	3 (14,28%)	3 (14,28%)	1 (5,5%)	2 (6,2%)	0
Fin Tratamiento	14 (66,6%)	17(80,9%)	15 (83,3%)	29 (90,6%)	19 (73%)
Perdidos	5 (27,77%)	4 (19%)	3 (16,6%)	3 (9,3%)	6 (23%)
Cambio de domicilio					1(3,8%)
Exitus	2 (11,11%)				

Tabla 1.
Pacientes en tratamiento con QP. Años 1995-99

Diagnóstico y control del tratamiento

La accesibilidad y proximidad de la población general a los Centros de Atención Primaria, confiere a este nivel asistencial un lugar privilegiado para la detección de estos pacientes. No aprovechar la afluencia masiva de que "gozan" nuestras consultas diariamente para realizar una actividad preventiva en esta patología supondría desaprovechar la posibilidad de tratar una patología que produce todavía hoy en día una importante morbi-mortalidad.

Los pacientes diagnosticados de infección tuberculosa latente, son remitidos al Dispensario de Diagnóstico y Control de la TBC, donde son evaluados por un especialista que instaura el tratamiento. Desde su diagnóstico, se realizan controles en ambos centros según las pautas marcadas en nuestro programa con lo que se consigue un incremento en la adherencia al tratamiento.

En la Tabla 1 se exponen los resultados en cuanto a cumplimiento de tratamiento con QP de 1995 a 1999.

Referencias

- Conferencia Nacional para el Control de la Tuberculosis en España: Grupo de trabajo sobre Tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1992;98: 24-31.
- Guia per a la prevenció i el control de la Tuberculosis. *Quaderns de Salut Pública*. 4 Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1992.
- Protocolos para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Atención Primaria. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1994.
- Documento de Consenso sobre el Estudio de Contactos en los pacientes tuberculosos. Grupo de estudio de Contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). *Med.Clin (Barc)* 1999;112: 151-6.
- "Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection" ATS.CDC. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2000;161: 8221-49.