

Necesidad del tratamiento directamente observado en la tuberculosis

Sr. Director: Recientemente, Campos et al han publicado en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA un interesante trabajo¹. Al evaluar el cumplimiento del tratamiento, los autores concluyen que existen 2 grupos diferenciados: un primer grupo mayoritario, correspondiente a la población general en el que los resultados son adecuados a los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, y un segundo grupo minoritario y marginal, caracterizado por el binomio adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) más infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), donde los resultados con el tratamiento autoadministrado son pésimos. Campos et al señalan acertadamente, además, que la inexistencia en su medio de algún modelo de tratamiento directamente observado (TDO) ha influido negativamente en los resultados globales obtenidos. Nosotros, al estudiar el tratamiento de la tuberculosis en asistencia especializada del área correspondiente al Hospital Dr. Peset de Valencia, obtuvimos conclusiones similares, destacando la variable ADVP como la que mejor predice el abandono del tratamiento². Esto significa que la recomendación de realizar un seguimiento activo y cercano del paciente tuberculoso a lo largo de la terapéutica³ es útil en la población general pero no en individuos con factores predictores de abandono, principalmente ADVP.

Trabajos como el de Campos et al¹ demuestran que en aquellas zonas donde los grupos de riesgo de incumplimiento representan un porcentaje importante de los casos, el principal obstáculo para alcanzar el objetivo consensuado en nuestro país⁴ de un cumplimiento superior al 90% no es el seguimiento inadecuado del tratamiento por parte del clínico, sino la falta de medios derivada de la inexistencia de programas de TDO.

En tuberculosis, la responsabilidad fundamental de que el tratamiento se complete con éxito no corresponde ni al paciente ni al médico que lo atiende, sino a los organismos oficiales que tienen el mandato legal de garantizar la salud pública de la comunidad⁵. Las características sociosanitarias de los grupos de riesgo de incumplimiento (ADVP, indigentes) obligan a la intervención de diversos organismos administrativos en la dotación de los recursos necesarios para la implantación de programas de TDO que sobrepasan el ámbito de un hospital o un área sanitaria. El clínico debe contar con la posibilidad de ofrecer esta modalidad terapéutica al paciente tuberculoso con factores de riesgo, considerándose, por un lado, un derecho individual del enfermo para acceder al tratamiento que mejores resultados ha demostrado y, por otro, un derecho colectivo del resto de la sociedad para protegerse de una enfermedad contagiosa.

Creemos, pues, que en nuestro país el TDO en la tuberculosis debe generalizarse como una prestación sanitaria más y superar la fase de experiencia local más o menos exitosa, máxime teniendo en cuenta que conforme las tasas de tuberculosis en España se aproximen a las de los países desarrollados de nuestro entorno, será mayor el peso porcentual de los grupos de riesgo potencialmente incumplidores.

J. Franco^a y R. Blanquer^b

^aServicio de Neumología.
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

^bServicio de Neumología.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

1. Campos F, Muñoz F, Umbría F, Méndez C, Nogales MC. Resultados del tratamiento de la tuberculosis inicial en el área sur de Sevilla en un período de 5 años (1994-1998). Arch Bronconeumol 2001; 37: 177-183.
2. Franco J, Inchaurrega I, Plaza P, Blanquer R, Camarena JJ, Artero A et al. Tratamiento de la tuberculosis en asistencia especializada. Arch Bronconeumol 1997; 33 (Supl 1): 33.
3. Caminero JA. Proyecto de un programa nacional de control de la tuberculosis para España. Med Clin (Barc) 1998; 110: 25-31.
4. UITB, TIR, GESIDA. Documento de consenso sobre la prevención y control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1999; 113: 710-715.
5. Sbarbaro JA. Directly observed therapy: Who is responsible? Clin Chest Med 1997; 18: 131-133.