



Puntualizaciones acerca de la Normativa SEPAR sobre prevención de la tuberculosis

Sr. Director: Agradecemos mucho la revisión crítica y los comentarios a la Normativa sobre la prevención de la tuberculosis de Pina et al, ya que nos han obligado a reconsiderar los puntos que consideran discutibles.

El primer tema en que están en desacuerdo es en las dosis de rifampicina (R) e isoniacida (H) en la quimioprofilaxis secundaria (QS) o tratamiento de la infección tuberculosa (TIT) con pautas intermitentes. En primer lugar hay que decir que estas pautas intermitentes son muy poco utilizadas en nuestro país, sobre todo con R, ya que sólo estarían indicadas en contactos de enfermos con resistencia a la H y en circunstancias muy especiales en que no puedan hacer una pauta diaria de 4 R.

Estamos de acuerdo en que la dosis de R que se suele recomendar es de 600 mg, pero en los tratamientos intermitentes el fallo en alguna toma y/o una absorción defectuosa haría ineficaz el tratamiento. Con una dosis de 900

mg sería más fácil conseguir la eficacia, y sólo con la remota posibilidad de que aumentara algo el muy infrecuente *flu like syndrom*. De todas maneras podemos aceptar cambiar "900 mg" por "de 600 a 900 mg".

La dosis de 15 mg/kg con un máximo de 900 mg de H en QS intermitente está recomendada por la American Thoracic Society (ATS) tanto en el tratamiento como en la profilaxis intermitentes^{1,2}.

En cuanto a la duración de la QS con H, es un tema muy polémico que pronto se solucionará al utilizar de forma habitual las pautas más cortas con dos fármacos, que tienen un mejor cumplimiento y, por tanto, son más efectivas. En la normativa norteamericana de 1994 se recomendaba una duración de 6 meses, al igual que en el Consenso Español de 1992 y en las recomendaciones de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB)³. Sin embargo, en la normativa de la ATS de 2000 ya se aconseja una duración de 9 meses. El cambio se apoya en una reevaluación teórica de Comstock⁴ de los datos de dos trabajos de la década de 1960, uno de ellos únicamente en personas con lesiones fibróticas no tratadas en que hay una eficacia preventiva del 69% con 6 H y del 93% con 12 H, y otro estudio en que se analiza sobre todo la dosis total tomada de H. Con esta modificación no está de acuerdo la British Thoracic Society (BTS) en sus últimas recomendaciones⁵, y tampoco una reciente conferencia de consenso española. Nos sigue pareciendo más recomendable una duración de 6 meses, igual a la del tratamiento del caso índice y con una efectividad muy similar⁵. No obstante, puede ampliarse de 6 a 9 o 12 meses en casos individuales cuando el médico prescriptor lo considere oportuno, ya que menos de 6 meses no es recomendable y más de 12 no es necesario.

Por otra parte, la normativa de la ATS de 2000², en que se basan Pina et al, tiene varios puntos criticables. En primer lugar, cambian el nombre de la quimioprofilaxis por TIT latente con el argumento de que la palabra "tratamiento" es más coercitiva para convencer al enfermo de que tenga una buena adherencia, pero en muchos casos puede ser negativa para ciertos contactos sanos que pueden pensar que están enfermos y necesitan aislarse. Además, el apellido "latente" creemos que es innecesario. Por estos motivos mantenemos la utilización de ambos sinónimos (QS o TIT).

También preconizan una pauta corta alternativa con dos fármacos: R y pirazinamida (Z), 2 RZ, que está demostrando una inaceptable frecuencia de toxicidad hepática grave si no se siguen controles muy frecuentes⁶; en cambio, ni se nombra la pauta con 3 RH preconizada por la BTS⁵ por ser igual de efectiva, mejor tolerada y de más cómoda administración.

Finalmente, queremos remarcar que el futuro de la QS o el TIT deberá basarse en pautas cortas, ya que es utópico que individuos asintomáticos cumplan tratamientos preventivos de 9 o más meses, superiores al tiempo de tratamiento de los enfermos, y teniendo en cuenta además que la probabilidad de desarrollar la tuberculosis en la mayoría de estas personas es baja.

R. Vidal y Grupo de Trabajo del Área TIR de la SEPAR

1. ATS. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149: 1359-74.
2. ATS. Targeted tuberculin testing and treatment of latent TB infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:S221-S47.
3. 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;112:151-6.
4. Comstock GW. How much isoniazid is needed for prevention of tuberculosis among immunocompetent adults? *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:847-80.
5. Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000. *Thorax* 2000; 55:887-901.
6. CDC. Fatal and severe liver injuries associated with rifampicin and pyrazinamide in treatment for latent tuberculosis infection. *MMWR* 2002;51:998-99.