

Tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados

C.A. Lobo Barrero y E. Pérez Escolano

Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad actualmente curable en, prácticamente, todos los casos iniciales de esta enfermedad, siempre que el enfermo tome correctamente tres fármacos durante 2 meses: rifampicina (R), hidrazida (H) y pirazinamida (Z), continuando 4 meses más con R + H. Esta es la pauta estándar 2 RHZ/4 RH, recomendada por la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICTER) en 1988 y actualmente en vigor¹. Determinados casos no iniciales, VIH+, resistentes a fármacos, etc., justifican que la pauta estándar 2 RHZ/4 RH deba ser modificada añadiendo nuevos fármacos de primera o segunda línea y prolongando el tiempo de tratamiento^{2,3}.

El motivo más frecuente de fracaso del tratamiento es que el enfermo no tome correctamente la medicación. Lograr el cumplimiento correcto y total del esquema terapéutico debe ser un objetivo primordial de los programas de TB, siendo imprescindible para que los mismos puedan evaluarse⁴.

A pesar de tratarse de una enfermedad curable y de contar con fármacos eficaces, que son prescritos en la mayoría de los casos correctamente en forma de "tratamientos cortos", fáciles de cumplimentar, el hecho cierto es que las tasas de cumplimiento⁵ y de curación a nivel mundial permanecen inaceptablemente bajas⁶. Los abandonos se calculan en torno al 6 y 17% para los "tratamientos cortos"^{7,8} y entre el 20 y el 50% para los de larga duración⁹.

Los incumplimientos y abandonos de tratamientos obligan al clínico a su prolongación, aumentando su carestía y yatrogenia. Y, lo que es más importante, son causa frecuente de recidivas^{10,11} y retratamientos¹² e, incluso, de la aparición de resistencias bacterianas¹³, principalmente si los fármacos se administran de forma disociada¹⁴.

El incumplimiento de la terapia de la TB es un problema anterior a la aparición del VIH, planteándose ya como uno de los factores responsables del fracaso de los programas de control de la TB¹⁵. Los tisiólogos españoles con especial dedicación al tema de la TB sana-

torial conocen, perfectamente, el alto grado de incumplimiento de algunos enfermos y recuerdan el hallazgo de mesillas de noche llenas de fármacos tras el fallecimiento o tras el alta voluntaria de aquellos pacientes con evolución tórpida, desalentados ante la perspectiva de cumplir tratamientos de 18 o 24 meses¹⁶.

La falta de adherencia a los tratamientos médicos es un problema frecuente en la práctica médica, que se hace más acusado en las enfermedades crónicas. Ha sido estudiada científicamente¹⁷ y se recomienda, con objeto de mejorarla, que las prescripciones sean siempre muy personalizadas, acompañadas de amplia información oral y escrita, todo ello completado con un seguimiento periódico hasta la fecha del alta.

Con la llegada de los "tratamientos cortos", de eficacia contrastada en España¹⁸⁻²², se tuvo la esperanza de "curar a los enfermos —como decía el doctor Guerra Sanz— antes de que éstos se cansaran de tomar los medicamentos"¹⁶. Sus deseos no se han cumplido, pues los 6 meses de los tratamientos actuales le parecen al enfermo mucho más largos que los 18 de los años sesenta.

En España carecemos de datos globales de tasas de curación y de cumplimiento del tratamiento, excepto comunicaciones puntuales de algunas áreas, que no pueden extrapolarse al resto del país. Únicamente los programas de tuberculosis de Barcelona y de la región sanitaria centro de Cataluña publican un porcentaje global de cumplimiento del tratamiento cercano al 80 y al 90%, respectivamente^{23,24}. El mayor número de abandonos se encuentra entre ex presidiarios, drogadictos y alcohólicos, siendo las causas más frecuentes de incumplimiento los olvidos, la supresión voluntaria del tratamiento sin causa justificante y las dificultades para obtener la receta²⁵.

Desde el trabajo diario en un centro de prevención y control de la TB (CPCT) (antiguo dispensario de enfermedades del tórax, ahora integrado en un equipo de neumología hospitalario), donde se diagnostican anualmente unos 60-70 nuevos casos de TB y donde se realiza, además, el seguimiento y control de tratamiento de otros 50-60 casos diagnosticados hospitalariamente, hemos evaluado anualmente nuestras cifras de abandonos. Puede comprobarse que estas cifras permanecen estables en los últimos 4 años, con tasas inferiores al 10%. Observamos, igualmente, que el 90% de estas pérdidas o aban-

Correspondencia: Dr. C.A. Lobo Barrero, Diego Fernández Herrera, 16, 11403 Jerez de la Frontera. Cádiz.

Recibido: 10-2-97; aceptado para su publicación: 1-4-97.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 588-590

donos se centran en pacientes que, como ya han señalado otros autores^{26,27}, presentan un determinado perfil de riesgo de incumplimiento, a veces no fácil de detectar¹⁵.

En nuestra consulta del CPCT el mayor número de abandonos y recidivas se concentra en reclusos, los cuales frecuentemente suprimen la medicación al quedar en libertad, aun habiendo realizado terapia supervisada durante su estancia en prisión. El grupo de toxicómanos activos, parenterales y por otras vías presenta igualmente un elevado porcentaje de incumplimiento y abandono, a pesar de haber mejorado en los dos últimos años con la implantación en nuestra área sanitaria de programas de metadona (PMM)²⁸⁻³⁰. Cuando a los factores de ex recluso y toxicomanía se suma el factor VIH+, los abandonos e incumplimientos se incrementan, siendo entonces cuando más precoz y mayor número de ellos se registran³¹.

El bajo nivel sociocultural^{6,32} del 25-30% de los pacientes es igualmente otro factor importante y responsable de incumplimientos parciales e incluso abandonos, primordialmente si incide en familias con distocia social, o de riesgo de TB, cuyas características principales son el elevado número de personas que conviven en pequeñas viviendas, con casos de TB simultáneos o muy próximos en el tiempo, diagnosticados tardíamente, con abandono precoz del tratamiento por parte del paciente, así como de las quimioprofilaxis prescritas a los contactos infectados. Es incluso frecuente que alguno de sus miembros pertenezca al grupo de toxicómanos o ex reclusos^{33,34}.

Otra causa importante de abandono del tratamiento es la insuficiente información dada al enfermo en el momento del diagnóstico. Sin ella no es posible lograr la adherencia del paciente al tratamiento y el éxito de la terapéutica⁵. Siempre es necesaria en todo paciente TB, debiendo ser exhaustiva cuando éstos presentan un claro perfil de incumplidores^{26,27}.

La información por parte del clínico ha de ser inteligible y acorde con el nivel cultural del paciente, explicándole las características de su enfermedad, su larga duración, incluso estando asintomático, la posible aparición de yatrogenia, la conveniencia de unos mínimos controles clínicos, bacteriológicos y analíticos periódicos³ y, lo más importante, la necesidad de no suspender la medicación sin consultar antes al médico. Además, debe reflejarse por escrito la periodicidad de los controles, evitando el error de la mayoría de los informes actuales, donde sólo se precisa la fecha en que pasará de una pauta inicial de 3 o 4 fármacos a tomar únicamente R + H, sin fijar la primera revisión, dando por sentado que la evolución ha de ser necesariamente buena.

En 1994 en Barcelona, con un cumplimiento del tratamiento del 79,8%, las pérdidas o abandonos se centran, al igual que en nuestra área, en toxicómanos e infectados por VIH. Para este grupo de pacientes se preconizan tratamientos directamente observados (DOT), en los que necesariamente un trabajador sanitario presencia la ingesta de la medicación antituberculosa por parte del paciente, recomendándose realizar su control en centros especializados de asistencia primaria²³.

En 1996 la OMS, con ocasión del Día Mundial de la Tuberculosis, reiteró el grave problema mundial de la TB y el fracaso de los programas, entre otras causas por los

abandonos de tratamiento. Arata Kochi aboga por la ampliación de los programas DOT, que actualmente sólo se realizan en el 10% de los casos.

Sin poner en duda la eficacia de estos programas, ampliamente contrastados y preconizados³⁵, y actualmente en vías de extensión³⁶, creemos, coincidiendo con otros autores³⁷, que no es aconsejable ni necesaria su generalización. Deben ofrecerse únicamente al grupo de incumplidores por diversas causas: su elevado coste, que se intenta abaratar con personal voluntario^{38,39}, sin resultados plenamente convincentes; la carencia de infraestructura y de personal especializado en los centros; la imposibilidad legal de obligar al tratamiento, tema debatido recientemente en reuniones de unidades de enfermedades infecciosas (Dr. Franco, Facultad de Medicina de Zaragoza, 1996).

Una alternativa a los DOT, más fácilmente realizables, son los tratamientos intermitentes y supervisados^{40,41}, también dirigidos a incumplidores, con controles bisemanales y observación directa de toma de fármacos. Se atiende al enfermo TB de forma especializada, en centros cualificados y totalmente gratuitos, e incluso se incentiva la cumplimentación con ayudas socioeconómicas⁴².

De más fácil cumplimentación aún es la pauta que el CPCT de Jerez de la Frontera realiza de forma rutinaria desde 1994, con un seguimiento semanal de los presuntos incumplidores, sin que éstos se vean obligados a tomar la medicación delante del personal sanitario. Únicamente cada 7 días el paciente (excepcionalmente un familiar) acude al centro, donde personal de enfermería entrenado le realiza una entrevista, orientada a detectar cumplimentación y yatrogenia, el test de Eidus Hamilton en orina (detección de H) y le entrega medicación suficiente para la semana. Hemos observado con esta metódica un porcentaje de cumplimentación del 96%, similar o superior a los DOT estrictamente supervisados.

Los esfuerzos y recursos, en relación al tratamiento de la TB, deben ir dirigidos a mejorar la información y la mentalización del paciente⁵ para lograr su adhesión al tratamiento⁴³, ayudándose incluso del apoyo familiar¹⁷, prescribiendo, siempre que sea posible, tratamientos cortos con fármacos asociados^{44,45}, planificando el seguimiento con la menor burocracia posible y prestando las máximas facilidades al paciente²⁵, valiéndose para ello de personal sanitario especializado, sin olvidar la coordinación con el médico de familia^{6,42,46-48}, y realizando de forma rutinaria el test de Eidus Hamilton^{49,50}, si la pauta medicamentosa incluye H.

Con estas medidas bien realizadas pueden lograrse altas tasas de cumplimiento y curación^{51,52}, sin aumento del coste y sin llegar a la "obligatoriedad" de un tratamiento estrictamente supervisado, con indicaciones muy limitadas y precisas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones de la Comisión de Tratamiento (UICTER). Régimen de quimioterapia antituberculosa. Bol UICTER 1988; 63: 64-69.
2. Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1992; 91: 24-31.

3. Vidal R, Rey R, Espinar A, De March P, Melero C, Pina JM et al. Tratamiento y retratamiento de la tuberculosis. Normativas SEPAR. Arch Bronconeumol 1996; 32: 463-474.
4. Bellin E. Failure of tuberculosis control. JAMA 1994; 271: 708-709.
5. Menzies R, Rocher I, Vissanjee B. Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. Tubercle 1993; 74: 32-37.
6. Dick J, Van der Walt H, Hoogendoorn L, Tobias B. Development of a health education booklet to enhance adherence to tuberculosis treatment. Tubercle 1996; 77: 173-177.
7. Brändli O, Haegi V, Villiger B, Bohn W, Baumann HR, Zäch R. Kurzzeittherapie der Lungentuberkulose mit einer fixen Kombination von Isoniazid, Rifampicin und Pyrazinamid. Schweiz Med Wschr 1989; 119: 229-305.
8. Coombs DL, O'Brien RJ, Geiter LJ. USPHS tuberculosis short-course-chemotherapy trial 21: effectiveness, toxicity, and acceptability. The report of final results. Ann Intern Med 1990; 112: 397-406.
9. Cunes WD, Snider DE Jr. Enhancing patients compliance with tuberculosis therapy. Clin Chest Med 1989; 10: 375-380.
10. Hong-Kong Chest Service/Tuberculosis Research Centre, Madras/British Medical Research Council. A controlled trials of 2-month, 3-month, and 12-month regimens of chemotherapy for sputum-smears-negative pulmonary tuberculosis. Results at 60 months. Am Rev Respir Dis 1984; 130: 23-28.
11. Singapore Tuberculosis Service/British Medical Research Council. Long-term follow-up of a clinical trial of six-month and four-month regimens of chemotherapy in the treatment of pulmonary tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1986; 133: 779-783.
12. Espinar Martín A, Pina Gutiérrez JM, Miret Cuadras P. Tuberculosis pulmonar: retratamiento. Arch Bronconeumol 1983; 19: 258-268.
13. La tuberculosis a Catalunya. Butlletí Epidemiològic a Catalunya 1996; 17: 160-162.
14. Nunn P, Felten M. Surveillance of resistance to antituberculosis drugs in developing countries. Tubercle 1994; 75: 163-167.
15. Addington W. Patients compliance: the most serious remaining problem in the control of tuberculosis in the United States. Chest 1979; 76 (Supl): 741-743.
16. Guerra Sanz FJ. Los neumólogos y la tuberculosis. Rev Enf Tórax 1984; 33: 47-62.
17. Galperin J. Cómo entender la adherencia a tratamientos. Medifam 1994; 4: 213-216.
18. Rey Durán R, Guerra Sanz FJ. Clinical trial of short-course chemotherapy regimens (8 months) in patients with newly detected pulmonary tuberculosis. Bull IUAT 1979; 54: 30-31.
19. Carreras J, Ramos A, Rey Durán R. Tratamientos cortos en tuberculosis inicial (6 meses). Resultados a los 10 años de seguimiento. Arch Bronconeumol 1989; 25 (Supl 1): 25-35.
20. Miret P, Balada E. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con una asociación de isoniazida y rifampicina más pirazinamida durante seis meses. Rev Enf Tórax 1979; 109: 28-32.
21. Vidal R, De Gracia J, Fite E, Ruiz J, Vizcaya M, Riba A. Comparación entre dos pautas de 6 y 9 meses en el tratamiento inicial de 569 tuberculosis respiratorias. Arch Bronconeumol 1986; 22 (Supl 1): 51-53.
22. Sauret J, Heredia JL, Cornudella R. Resultados de dos pautas de 6 meses en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Med Clin (Barc) 1987; 89: 177-179.
23. Caylá JA, Galdós-Tangüis H, García de Olalla P, Brugal MT, Jansá JM, Miranda PSC. La tuberculosis en Barcelona. Informe 1994. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1995.
24. Miret Cuadras P, González Fernández P, López Sanmartín JL, Pina Gutiérrez JM. Memoria 1994. Evolución del período 1990-1994. Regió Sanitària Centre. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1995.
25. Crespo R, Valdés L, Bobé I, Caylá JA. Dificultades percibidas por el paciente tuberculoso para cumplir el tratamiento. Aten Primaria 1992; 9: 260-262.
26. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 1.311-1.320.
27. Pozsik CJ. Compliance with tuberculosis therapy. Med Clin N Am 1993; 77: 1.289-1.301.
28. Muga R, Egea JM. Sida y drogadicción: es la hora de la metadona. Med Clin (Barc) 1994; 102: 657-658.
29. Elk R, Graboowski J, Rhoades H, Spiga R, Schmitz J, Jennings W. Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients behavioral interventions. J Subst Abuse Treat 1993; 10: 371-382.
30. Selwyn PA, Feingold AR, Iezza A, Satyadeo M, Colley J, Torres R et al. Primary care for patients with immunodeficiency virus (HIV) infection in a methadone treatment program. Ann Intern Med 1989; 111: 761-763.
31. Rey Durán R. Profilaxis y tratamiento de la coinfección tuberculosis/VIH. Arch Bronconeumol 1991; 28: 51-54.
32. Johanson E, Diwan VK, Huong ND, Ahlberg BM. Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. Tubercle 1996; 77: 178-183.
33. Caylá JA, Jansá JM. Sida y tuberculosis: confluencia de una nueva epidemia y una vieja endemia. Arch Bronconeumol 1992; 28: 21-26.
34. Lobo Barrero CA, Pérez Escolano E, Peña P. Microepidemia familiar de tuberculosis. Neumol 1993; 5: 27-32.
35. Iseman MD, Cohn DL, Sbarbaro JA. Sounding board. Directly observed treatment of tuberculosis. We can't afford not to try it. N Engl J Med 1993; 328: 576-578.
36. Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis. Documentos Técnicos de Salud Pública. Xunta de Galicia, 1995; 13: 103.
37. Nardell EA. Beyond four drugs. Public Health policy and the individual patient with tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 2-5.
38. Dick J, Shoeman JH, Mohammed A, Lombard C. Tuberculosis in the community: 1. Evaluation of volunteer health worker programme to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. Tubercle 1996; 77: 274-279.
39. Dick J, Schoeman JH. Tuberculosis in the community: 2. The perceptions of members of a tuberculosis health team towards a voluntary health worker programme. Tubercle 1996; 77: 380-383.
40. Caminero Luna JA. Evaluación de una pauta de tratamiento antituberculoso completamente intermitente y supervisada, de administración dos veces por semana. Arch Bronconeumol 1996; 32: 113.
41. Broquetas Doñata JM. Tratamientos intermitentes. Dificultades en el tratamiento de los asociales: mendigos y presos. En: Vidal Pla R, De March Ayuela P. Monografías clínicas en Neumología. Barcelona: Doyma, 1992; 103-111.
42. De March Ayuela P. ¿Dónde tratar a nuestros tuberculosos? Arch Bronconeumol 1989; 25: 249-251.
43. Chan SL, Wong PC, Tam CM. 4-, 5- and 6 month regimens containing isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and streptomycin for treatment of pulmonary tuberculosis under program conditions in Hong Kong. Tubercle 1994; 75: 245-250.
44. Chaulet P, Boulahbal F. Essai clinique d'une combinaison en proportions fixes de trois médicaments dans le traitement de la tuberculose. Tubercle 1995; 76: 407-412.
45. Cowie RL, Brink BA. Short course chemotherapy for pulmonary tuberculosis with a rifampicine-isoniazid-pyrazinamide combination tablet. S Afr Med J 1990; 77: 390-391.
46. Marsh D, Hashim R, Hassain N, Hussain N, Igbol Z, Irfanullah A et al. Front-line management of pulmonary tuberculosis: an analysis of tuberculosis and treatment practices in urban Sindh, Pakistan. Tubercle 1996; 77: 86-92.
47. Rothe TB, Karrer W. Short course therapy of pulmonary tuberculosis doctor's compliance. Tubercle 1996; 77: 93-97.
48. Werhane MJ, Snukst-Torbeck G, Schrufnagel DE. The tuberculosis clinic. Chest 1989; 96: 815-818.
49. Eidus L, Hamilton EJ. A new method for the determination of n-acetylisoniazid in urine of ambulatory patients. Am Rev Respir Dis 1964; 89: 587-588.
50. De March Ayuela P, Espinar Martín A, Gatón Rosón A, Pina Gutiérrez JM, Rey Durán R, Vidal Plá R, Grupo de Trabajo TIR. Quimioprofilaxis antituberculosa. Recomendaciones SEPAR. Arch Bronconeumol 1992; 28: 270-278.
51. Gavira R, Gómez F, Otero MJ, Barrueto M, Domínguez-Gil A. Seguimiento del tratamiento antituberculoso. Rev Clin Esp 1994; 194: 677-681.
52. Campos Rodríguez F, Muñoz Lucena F, Umbría Domínguez S, Hernández Borge J, Villagómez Cerrato R. Resultado en el tratamiento de 371 casos de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, utilidad de una consulta monográfica. Arch Bronconeumol 1996; 32 (Supl 2): 45.