

Comentarios a la normativa SEPAR de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos



Comments on the SEPAR Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis

Estimado Director:

Agradecemos los acertados comentarios que el Dr. Pascual¹ ha realizado a la normativa que hemos publicado recientemente sobre el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB) con resistencia a fármacos². En su carta aborda 2 puntos que nos gustaría comentar.

Estamos totalmente de acuerdo con el primero de sus comentarios, referente a la buena actividad de los nuevos fármacos, bedaquilina y delamanid, frente a *Mycobacterium tuberculosis*. Por ello, en la tabla 3 de esta normativa², nosotros los subimos de nivel con respecto a lo que dice la OMS en sus recomendaciones de 2016³, y los incluimos en el grupo 4. Esto supone que estamos de acuerdo en que estos 2 fármacos deberían haber sido incluidos en el grupo C de la clasificación de la OMS³. Es más, ya nuestro grupo publicó un artículo en *European Respiratory Journal* en 2015, proponiendo incluso subir estos fármacos nuevos (junto con linezolid) por encima de los medicamentos inyectables de segunda línea⁴. Por qué no recomendamos de entrada pautas de tratamiento con estos fármacos no lo es tanto por su precio, sino porque pensamos que aún no hay suficiente evidencia para ello. Y así lo exponemos al encuadrarlos en el grupo 4, como fármacos muy buenos, pero aún con evidencia no suficiente. Pero al incluirlos en este grupo 4 ya estamos dando opción a que se puedan utilizar en estos esquemas de TB-MDR.

Con respecto al comentario de los esquemas acertados de TB-MDR, en la publicación de la OMS de 2016³ quedaron muchos asuntos poco claros, como los que comenta el Dr. Pascual. Por ello, y porque hubo múltiples preguntas sobre la aplicabilidad de estos esquemas en la práctica, la OMS publicó un documento posterior en el que aclaraba muchos de estos puntos controvertidos⁵. En esta publicación se estableció que la decisión de utilizar estos esquemas acertados no se debe basar en los test de sensibilidad a los otros fármacos del esquema que no sean las fluoroquinolonas o los inyectables de segunda línea. Y lo dice así porque acepta que los resultados de las pruebas de susceptibilidad a esos fármacos no son nada creíbles, ni siquiera para pirazinamida. Incluso llega a reconocer que, aunque haya una resistencia probada a pirazinamida, el clínico puede valorar el utilizar estos regímenes acertados⁵. Y el que no se puedan utilizar en las pacientes embarazadas o en TB extrapulmonar es, nuevamente, por falta de evidencia, aunque ya hay algunos países que sí los están utilizando.

Bibliografía

1. Pascual Pareja JF. Comentarios al tratamiento de la tuberculosis con resistencia. Arch Bronconeumol. 2018;54:297.
2. Caminero JA, Caylá JA, García-García JM, García-Pérez FJ, Palacios JJ, Ruiz Manzano J. Normativa SEPAR. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos. Arch Bronconeumol. 2017;53:501-9.
3. World Health Organization. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis. 2016 update. World Health Organization Document. 2016:1-59. WHO/HTM/TB/2016.04.
4. Caminero JA, Scardigli A. Classification of antituberculosis drugs: A new proposal based on the most recent evidence. Eur Respir J. 2015;46:887-93.
5. World Health Organization. Frequently asked questions about the implementation of the new WHO recommendation on the use of the shorter MDR-TB regimen under programmatic conditions. 2016. Version: 20 December 2016.

José A. Caminero^{a,b,c,*}, Joan A. Caylá^{c,d},
José-María García-García^{c,e}, Francisco J. García-Pérez^{c,f},
Juan J. Palacios^{c,g} y Juan Ruiz-Manzano^{c,h,i}

^a Servicio de Neumología, Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^b Unidad de Tuberculosis con Multi-Drogo Resistencia, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión), París, Francia

^c Programa Integrado de Investigación en Tuberculosis (PII TB) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, Barcelona, España

^d Servicio de Epidemiología, Agència de Salut Pública de Barcelona, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

^e Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^f Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^g Unidad de Referencia Regional de Micobacterias, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^h Servicio de Neumología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

ⁱ CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcamlun@gobiernodecanarias.org (J.A. Caminero).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.12.015>
0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Guías GesEPOC en ancianos: todavía camino por recorrer



GesEPOC Guidelines In The Elderly: Still A Long Way To Go

Estimado Director:

A raíz de la publicación de la versión actualizada de la guía GesEPOC¹, queremos felicitar a los autores de la misma, ya que dicha guía ha supuesto desde su publicación un antes y un después en el manejo de la EPOC en nuestro país, enriqueciéndose con la participación de nuevas sociedades científicas y aportando una visión más integral e integradora. Como en muchas otras entidades, el abordaje específico del paciente

anciano con EPOC es muy complejo, y afrontar todos los aspectos relacionados con el envejecimiento conlleva importantes dificultades. Sin embargo, creemos que alguna de las siguientes sugerencias puede ser de utilidad en posteriores revisiones del documento.

Más allá de la valoración clínica tradicional, el análisis de los síndromes geriátricos que condicionan de manera notable los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, debe incorporar una valoración geriátrica integral que incluya además de factores sociales, la presencia de circunstancias como defectos visuales o auditivos, déficits funcionales o cognitivos o alteraciones musculoesqueléticas como la sarcopenia. Estas últimas, por ejemplo, pueden condicionar la técnica inhalatoria para el correcto uso de dispositivos o la precisión diagnóstica.