QUIMIOPROFILAXIS: SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

T. Domínguez Platas, 1. Rodríguez Blanco, T. Gómez Vizcaíno, P. Cordero Montero, P. Iñigo Naranjo, E Fuentes Otero.
Sección de Neumología. Departamento de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

A fin de conocer cómo se realizan los estudios epidemiológicos y qué quimioprofilaxis se instaura en el entorno de los pacientes que se diagnostican de tuberculosis en nuestro hospital, durante el año 1994 realizamos un estudio prospectivo encaminado a seguir a todos estos enfermos, y mediante encuesta nos informábamos de la actitud de sus médicos de familia ante la indicación de realización de los citados estudios en sus entornos, las pautas y el seguimiento de las quimioprofilaxis que se instauraban. De los 72 casos diagnosticados, tan sólo en el entorno de 32 pacientes (44,4 %) se realizaron estudios, y de ellos, sólo en 7 (9,7 %) se hizo un adecuado estudio epidemiológico y se instauró y se siguió de modo correcto la quimioprofilaxis. Por ello, podemos concluir que existe un desconocimiento de la utilidad de estos estudios, así como el método de realización de los mismos e indicaciones, dosis, duración, y monitorización de la quimioprofilaxis.

Palabras clave:

- Quimioprofilaxis.
- Tratamiento de la infección tuberculosa.

PROPHYLAXIS FOR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: CONDITION IN OUR COUNTRY.

The objective was to know both, how the epidemiological studies are done and the kind of prophylaxis for Mycobacterium tuberculosis is done in the household members of the patients diagnosed of active tuberculosis in our hospital. During 1994 a prospective study was performed to follow-up. The study consisted in a questionnaire about thebehavior of primary doctors to perform epidemiological studies, doses and duration of the drugs, and the chemoprohylaxis follow-up.

Syxti-two patients were diagnosed of active tuberculosis. Only in the environment of 32 patients(44.4%) the above mentioned studies were performed. In seven out of these patients (9.7 %) a complete epidemiological study, adequate chemoprophylaxis and suitable followup. We conclude that our knowledge about: the utility of these studies, the methods, indication of chemoprophylaxis, doses, duration and monitoring of prophylaxis, is poorly understood.

Key words:

- Prophylaxis for Mycobacterium tuberculosis.
- Treatment of tuberculosis infection.

INTRODUCCIÓN

En nuestros días y en el mundo occidental desarrollado, la tuberculosis se transmite exclusivamente desde los enfermos con lesiones pulmonares y frotis positivo a las personas de su entorno. Aunque un sólo bacilo puede desencadenar una infección, suele provocarla la inhalación repetida de partículas infecciosas; en el momento en que el bacilo se fija en el nuevo huésped y comienza a multiplicarse se inicia la infección tuberculosa primaria, situación que suele resultar asintomática y que podemos detectar, salvo situaciones especiales de anergia, mediante el viraje

de la reacción tuberculínica[1,2]. La enfermedad puede desarrollarse a continuación de la infección cuando fracasan los mecanismos que desencadenan la inmunidad adquirida; en nuestro medio se acepta que el 10% de los individuos infectados desarrollarán la enfermedad en el transcurso de su vida, porcentaje que se eleva al 50% en los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana[3].

La nueva situación de incidencia de tuberculosis, fundamentalmente asociada a los colectivos infectados por el VIH y sus entomos, existente en países donde la enfermedad había dejado de tener significación, ha hecho que en marzo y abril de 1993 la American Thoracic Society y la American Academy of Pediatrics, respectivamente, afirmen categóricamente que la detección de los individuos infectados y la terapia preventiva es efectiva en el descenso del riesgo de futura tuberculosis en adultos y niños[4].

El fármaco de elección como terapia preventiva es la isoniacida, dada su eficacia, bajo costo, fácil administración y buena tolerancia. Los ensayos controlados llevados a cabo con este fármaco han demostrado sobradamente su capacidad para evitar tanto la implantación de la infección, como el desarrollo de la enfermedad en el sujeto ya infectado[5]. Desde un punto de vista teórico, el efecto de la isoniacida podría consistir en la inhibición del desarrollo micobacteriano, de manera que el germen sería incapaz de desencadenar fenómenos patológicos en el huésped, sin que se pueda descartar que dicha inhibición tuviera un carácter temporal, para después recuperar su capacidad patógena. Sin embargo, también podría ser que los gérmenes no sufrieran una inhibición, sino que fueran eliminados por el fármaco en tal proporción que las defensas orgánicas del infectado podrían controlar el resto[6].

Nuestra impresión era que en nuestro medio estos extremos referentes a la eficacia de realizar estudios epidemiológicos y tratamiento preventivo en los contactos de enfermos tuberculosos, cuando así estuviese indicado, debían no ser tan conocidos como sería de desear, ya que interrogando sobre este extremo a pacientes que habían sido diagnosticados y tratados de tuberculosis pulmonar en centros de atención primaria e incluso algunos servicios hospitalarios, lo habitual era comprobar que en un alto porcentaje de casos estos estudios no se habían llevado a cabo. Por ello decidimos poner en marcha un estudio prospectivo a fin de conocer la situación real.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 1994 hemos realizado un seguimiento de todos los enfermos diagnosticados de tuberculosis en nuestro hospital.

Para llevar a cabo nuestro proyecto repartimos unas fichas con el ruego de ser cumplimentadas por los servicios del hospital que habitualmente diagnostican y tratan tuberculosis: medicina interna, pediatría, enfermedades infecciosas y neumología. En estas fichas se recogían datos de filiación de los pacientes, características de la enfermedad y tratamiento indicado. Además, se hizo la común indicación de recomendar por escrito a los médicos de familia de estos enfermos el desarrollo de estudios epidemiológicos en sus entornos, sin dar ninguna norma concreta sobre cómo realizar estos estudios en cuanto a exploraciones, indicación de quimioprofilaxis y pautas de la misma. En un plazo máximo de 60 días después del alta hospitalaria, en una consulta de revisión o contactando con los pacientes, interrogábamos sobre la realización del estudio de contactos, las exploraciones realizadas, los resultados de éstas y las indicaciones, pautas y seguimiento de las quimioprofilaxis instauradas.

RESULTADOS

En el período de tiempo citado, se diagnosticaron 72 casos de tuberculosis en el ámbito de nuestro hospital. El grado de colaboración en la cumplimentación de la fichas repartidas por los distintos servicios no podemos calificarlo de muy bueno, ya que revisando periódicamente los archivos de microbiología y anatomía patolólogica del hospital detectamos 12 pacientes (16,6%) con diagnóstico de tuberculosis de distinta localización que no nos fueron comunicados; por otra parte, y a pesar de las recomendaciones, a 29 de los enfermos en ningún momento se indicó la realización del estudio epidemiológico en sus entornos. Por ello sólo a 43 de los pacientes se les indica el citado estudio; y de estos últimos, por distintos motivos, se realiza exclusivamente a 32 (44,4%); por lo que restan 40 pacientes (55,6%) en los que no se indica o no se realiza el estudio.

Los motivos esgrimidos por los 11 enfermos a los que se indicó el estudio pero no se realizó, como hemos apuntado, fueron muy variados, pero entre ellos llama la atención: la negativa del médico de familia a realizar dichos estudios, la ausencia de tuberculina en algunos centros de salud y la negativa de los interesados o familiares próximos.

En el grupo de 40 pacientes a los que no se indica o no se realiza el estudio (Figura 1), 22 pacientes presentaban formas pulmonares de la enfermedad, 7 pacientes presentaban formas pleurales, 9 pacientes presentaban formas extratorácicas, y en 2 de los pacientes la enfermedad estaba diseminada. Es interesante destacar que 10 de los enfermos del grupo estaban afectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

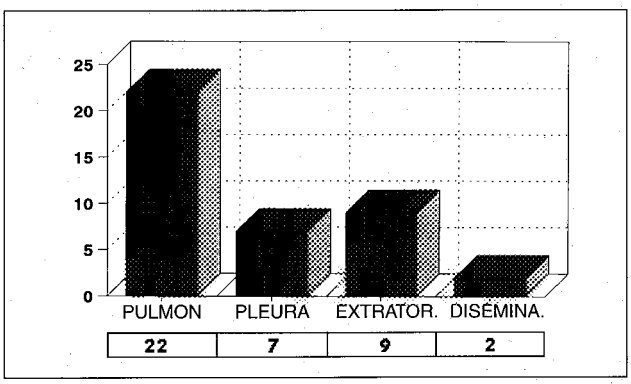

Fig. 1 *Estudios no hechos: 40 (55,6%).*

De los 22 pacientes con formas pulmonares de la enfermedad y estudios no hechos (Figura 2), 14 pacientes tenían bacilos en la extensión directa de esputos; 3 pacientes presentaron reiteradamente negativas las extensiones directas de esputos, pero aparecieron bacilos en la extensión del broncoaspirado obtenido por endoscopia; de los 5 pacientes restantes, en 4 de ellos se obtuvo el diagnóstico

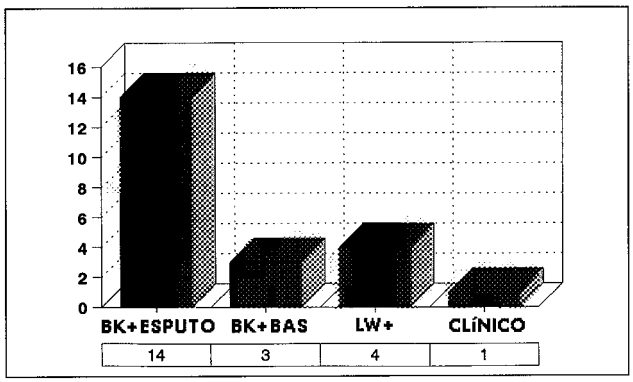

Fig. 2. *Formas pulmonares sin estudio: 22.*

por los cultivos de Lowenstein, y en 1 de los pacientes el diagnóstico fue clínico.

En los entornos de los 32 enfermos en que sí se realiza el estudio (Figura 3), encontramos que las cosas se hacen de un modo correcto en 7 de ellos (9,7% del total de la muestra); en el entorno de 15 enfermos se realiza una quimioprofilaxis correcta en contactos en los que estaba indicada, pero claramente debieron repetirse algunos test tuberculínicos, inicialmente negativos, e instaurarse alguna quimioprofilaxis más; en los entornos de los 10 enfermos restantes existieron grandes lagunas en la indicación, dosis y tiempo de duración de la quimioprofilaxis.

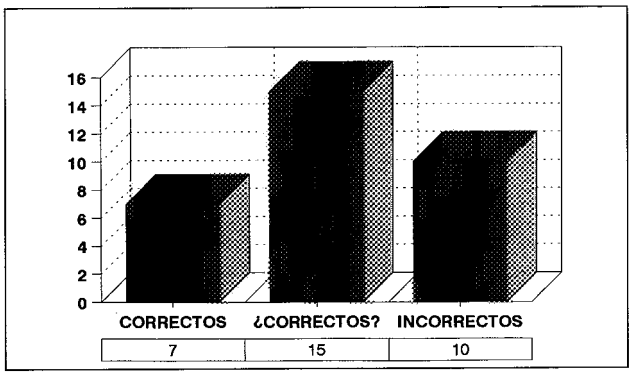

Fig. 3. *Estudios realizados: 32 (44,4%).*

DISCUSIÓN

Desde la primera descripción de la utilización de la isoniacida con intención profiláctica[5] han sido muchos y variados los argumentos tanto en pro como en contra de esta técnica, así como los criterios de su indicación y el tiempo de duración. Por todo ello desde 1969 organizaciones internacionales han controlado ensayos en países desarrollados con criterios uniformes de indicación y tiempo de administración del fármaco, con resultados incuestionables en cuanto al valor preventivo de la isoniacida[7].

Los principales argumentos en contra de la indicación de la quimioprofilaxis con isoniacida son la potencial toxicidad del fármaco y el prolongado espacio de tiempo que ha de ser administrada para conseguir los efectos deseados, sobre todo al considerar que la posibilidad de enfermar los infectados está en tomo al 10%. En los estudios descritos se puede apreciar que la afectación hepática por la isoniacida no es despreciable, pero ésta sólo existe durante su administración, mientras que el riesgo de enfermar del infectado, si bien es más elevado en los primeros 5 años, se mantiene durante toda la vida[8,9].

En los tiempos que corren, discutir la utilidad y la oportunidad de la quimioprofilaxis nos parece fuera de lugar; y no es mal ejemplo el contemplar cómo en países como los Estados Unidos de América desde 1989, y por parte de su organismo de salud pública, se viene poniendo en marcha un "Plan para la eliminación de la

tuberculosis". Plan que pretende conseguir sus fines en un plazo de 20 años basándose fundamentalmente en tres líneas de actuación, la primera de las cuales no es otra que la realización de screening tuberculínicos a la población considerada de riesgo y el tratamiento preventivo con isoniacida de los infectados que se detecte[10].

En nuestro país, la sociedad científica que agrupa a neumólogos y cirujanos torácicos publicó en 1987 una normativa recomendada para el diagnóstico y tratamiento de la infección tuberculosa[11]; esta normativa es la que hemos considerado "patrón" en nuestro trabajo al valorar como "correctos" los estudios de los entornos de los enfermos y las quimioprofilaxis que se instauraban, si bien el test tuberculínico lo consideramos positivo por encima de 5 milímetros de induración según recomendación para nuestro entorno de posterior publicación`. Con estos parámetros podemos apuntar, como conclusiones de nuestro estudio, que en nuestro medio existe una evidente relajación en la indicación de este tipo de estudios epidemiológicos, o desconocimiento de su importancia, ya que sólo se realizó en el entorno del 44,4% de los enfermos que diagnosticamos de tuberculosis durante el año 1994; dándose la circunstancia de que el 77,3% de los pacientes con formas pulmonares de la enfermedad y cuyos entornos no fueron estudiados, presentaban bacilos en las extensiones directas de esputos o aspirado bronquial, situación ésta especialmente mencionada en las recomendaciones para la investigación de contactos[4,12]. Hemos podido detectar, además, un cierto desconocimiento del método de realización de estos estudios y de los criterios de indicación, dosis, duración y seguimiento de la quimioprofilaxis; ya que estos extremos se realizaron correctamente tan sólo en el entorno del 9,7% de los enfermos que diagnosticamos.

BIBLIOGRAFíA

1. Dannenberg A. Inmune mechanisms in the pathogenesis of pulmonary tuberculosis. Rev Infect Dis 1989; 11: 5369-

5378.

2. Pesanti EL. The negative tuberculin test Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 1699-1709.

3. American Thoracic Society. Diagnostie standars and classification of tuberculosis Am Rev Respir Dis 1990; 142:725-735.

4. American Thoracic Society. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 1359-1374.

5.Ferebee SH. Controled chemoprophylaxis trials in tuberculosis. A gener review Adv Tuberc Res 1970; 17: 28-106.

6. Conistock GW, Baum C, Snider DE. Isoniazid prophylaxis among Alaskan esquimos: A final report of the bethel isoniazid studies. Am Rev Respir Dis 1979; 119: 827-830.

7. lUAT. Efficacy of varius durations of isoniacid preventive therapy for tuberculosis Bull. WHO 1982; 60:555-564.

8.Farer L.S. Chemoprophylaxis Am Rev Respir Dis 1982; 125: 102-107.

9. Tsevat J, Taylor WC, Wong JB, Pariker SG. Isoniazid for the tuberculin reactor: Take it or leave it. Am Rev Respir Dis 1988; 137: 215-220.

10. Hadler JL. Control of tuberculosis en Friedrnan L.N. editor: Tuberculosis: Current concepts and treatment. Boca Raton; CRC Press, 1994: 307-333.

11.Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre el tratamiento de la enfermedad y la infeccion tuberculosa. Barcelona; Ediciones Doyma S.A., 1987: 14~26.

12.Pina Gutiérrez JM. Intradermorreacción Tuberculínica en Caminero Luna JA. editor: Tuberculosis Madrid, Gráficas Letra S.A.; 1992:51-61.