

El control de la tuberculosis y su relación con la epidemia de infección por VIH: recomendaciones del Plan Nacional sobre el Sida

L Guerra-Romero

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

En abril de 1999 tuvo lugar una reunión monográfica sobre la infección VIH y tuberculosis (TB) en la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), con el objetivo de establecer unas recomendaciones clínicas y de política sanitaria sobre el control de la tuberculosis, en relación con la epidemia de infección por VIH. La reunión se estructuró mediante una serie ponencias agrupadas en cuatro áreas temáticas, que fueron seguidas de sus correspondientes debates. Estas cuatro áreas fueron las siguientes: 1. Epidemiología de la coinfección VIH y TB; 2. Tratamientos frente a la TB; 3. Profilaxis frente a la TB; y 4. Programas asistenciales y de control de la TB. Un producto de la reunión ha sido un informe revisado por los miembros del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el Sida, y editado muy recientemente como Recomendaciones del mismo.

Respecto a la gran relevancia de la coinfección, puede ilustrarse con la siguiente tabla:

Tabla 1. CASOS DE SIDA CON TUBERCULOSIS. ESPAÑA 1994-1998

año	casos de sida	casos de sida con tuberculosis ¹			
		n°	%	tasa por 100.000 habitantes	descenso interanual (%)
1994	7.199	2.977	41,8	7,6	-
1995	6.870	2.610	38,4	6,7	12,3
1996	6.449	2.115	35,9	5,9	19,0
1997	4.648	1.621	35,1	4,2	23,4
1998	3.945	1.344	34,2	3,4	17,1

¹ Datos obtenidos del Registro Nacional de casos de Sida corregidos por retraso (actualización a 31 de diciembre de 1998).

En el citado informe se revisan diversos aspectos del tratamiento y la profilaxis de la TB en los pacientes con infección VIH, así como la experiencia de distintos programas basados en las terapias o profilaxis supervisados. Las conclusiones del mismo, que se expondrán con detalle en la ponencia, son las siguientes:

1. La coinfección TB-VIH tiene una marcada relevancia epidemiológica y clínica en España. Los datos de diversos registros, de informes de diferentes instituciones y de múltiples estudios objetivan el impacto notable de la interrelación de estas dos enfermedades transmisibles, tanto en el marco de la asistencia como en el de la salud pública de toda España.
2. Se recomienda la pauta convencional con tres fármacos como tratamiento de la TB inicial en pacientes VIH+. La pauta terapéutica debe incluir sistemáticamente el uso de rifampicina, o si ésta no pudiese emplearse por interacciones con los antirretrovirales, podrá sustituirse por rifabutina. En presencia de sospecha clínica o epidemiológica de resistencia a isoniacida o a otros antituberculosos, está justificado la introducción empírica de un cuarto fármaco antituberculoso. Se recomienda disponer de información sobre las resistencias a los agentes antituberculosos en España, para su empleo en la práctica asistencial en los pacientes con infección por VIH. No existe una recomendación unánime sobre la duración precisa del tratamiento, considerándose que debe ser entre 6 y 9 meses, aceptándose un mínimo de 6 meses en los casos con respuesta clínica y microbiológica favorables y siempre que se asegure una buena cumplimentación.
3. Debe hacerse un especial énfasis en el diagnóstico y en la profilaxis de la infección tuberculosa en las personas con infección por VIH. Un empleo correcto del PPD y de los otros tests cutáneos, antes

y después de la terapia antirretroviral de alta eficacia, así como una amplia interpretación de las indicaciones de profilaxis de acuerdo con los antecedentes epidemiológicos son claves para el control de la TB. La quimioprofilaxis debe realizarse en los casos que son contactos íntimos con pacientes con tuberculosis pulmonar, con independencia de sus resultados de PPD. Los casos PPD+ son, obviamente, candidatos de forma sistemática a la profilaxis. En los pacientes VIH+ y PPD-, el uso de los antecedentes epidemiológicos y de los test cutáneos facilita en cada caso individual la decisión de la indicación de profilaxis. La pauta convencional con isoniacida ha de tener una duración mínima de 6 meses, y deseable de 9-12 meses. Las pautas de profilaxis de menor duración (2 ó 3 meses) con dos antituberculosos (RIF+PZA o RIF+INH, respectivamente) constituyen unas buenas alternativas, con ventajas de índole logística y de cumplimiento; cuando se indiquen, se debe asegurar su correcta realización.

4. Las pautas de tratamiento y profilaxis supervisadas deben considerarse como el estándar de buena práctica en los casos VIH+, debiendo asegurarse su empleo muy especialmente en todos los casos con criterios pronósticos de mala cumplimentación, tanto para optimizar el beneficio individual de cada caso con TB, como para disminuir el riesgo de salud pública de transmisión de la tuberculosis.
5. Los programas de control de la tuberculosis han de ser una prioridad asistencial y de salud pública, requiriendo el respaldo de las autoridades sanitarias, los recursos apropiados, y muy especialmente, una buena coordinación interinstitucional. De esta forma, estos programas conseguirán la efectividad que inequívocamente pueden y deben lograr. En concreto, debe conseguirse la máxima coordinación entre la asistencia intra y la extrahospitalaria, los recursos asistenciales y de salud pública convencionales, los de atención a drogodependientes y los de apoyo social.