

Características básicas para un buen programa de prevención y control de la tuberculosis actualmente en España

Millet JP

Servicio de Epidemiología. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Dirección Médica de Servicios Clínicos. Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Epidemiología y Salud Pública. Barcelona.

Probablemente no exista otra enfermedad infecciosa que haya tenido más impacto en morbimortalidad a lo largo de la historia de la humanidad como la tuberculosis (TB). Las condiciones de bacilo (de crecimiento lento, resistencia de su pared bacteriana, transmisión aérea, periodo de latencia extremadamente largo, clínica inespecífica y de inicio insidioso) hacen de *Mycobacterium tuberculosis* el germen ideal para expandirse de una manera silenciosa pero inexorable. La friolera de diez millones de casos y un millón y medio de muertes cada año, junto a una cuarta parte de la población mundial infectada, y por tanto, potencialmente a riesgo de desarrollar la enfermedad, lo testimonian^{1,2}. Tampoco debemos olvidar el inmenso impacto económico y emocional en las personas y familiares que la padecen, más aún cuando los que, sobre todo, la sufren son las personas de países con sistemas sanitarios precarios. Aunque los elementos para hacer frente al ignorado bacilo han de aplicarse a nivel local de cada ciudad, provincia, unidad de vigilancia epidemiológica o comunidad, para hacerle frente, debemos tener en cuenta siempre la visión global de su impacto y transmisión.

El primer e indispensable elemento de todo programa de prevención y control de la TB (PPCTB) debería ser que esté enmarcado en un sistema sanitario de salud con cobertura universal y gratuita. Este debería ser capaz de diagnosticar los casos de forma precoz, garantizar un tratamiento correcto y su seguimiento hasta la curación. Además, sobre todo en contextos de mediana y baja incidencia, es imprescindible realizar un censo y un estudio de contactos de los casos de TB en los distintos ámbitos y llevar a cabo acciones de cribado de la infección tuberculosa latente (ITL) de

las diferentes poblaciones vulnerables para prevenir la evolución a enfermedad³⁻⁶. Pero la receta no es fácil... Para que todas estas actividades puedan ser realizadas por los diferentes profesionales (epidemiólogos, clínicos, microbiólogos, personal de enfermería, agentes de salud...), deberá existir una correcta y fluida comunicación entre los actores, siempre impulsada y coordinada desde los servicios de Salud Pública local^{3,4}.

Para llevar a cabo este trabajo, la figura básica que debería existir es la del personal de enfermería especializado en Salud Pública (ESP) trabajando en las diferentes unidades de vigilancia epidemiológica (UVE) territoriales. Entre sus principales funciones, debería figurar la realización de la encuesta epidemiológica y la coordinación con la atención primaria, los hospitales y los equipos de tratamiento directamente observado (TDO), para garantizar el cumplimiento del tratamiento y el censo y la indicación del estudio de contactos. La incorporación, además, de agentes de salud comunitaria que actúen como mediadores están dando, desde hace 20 años, a nuestro PPCTB, en Barcelona, resultados muy positivos, siempre trabajando mano a mano con enfermería, las unidades clínicas de TB (UCTB) y los equipos de TDO⁷⁻¹⁰.

Uno de los grandes retos es disminuir el elevado retraso diagnóstico de la TB, que lo que hace es favorecer la transmisión comunitaria de la enfermedad. Detectar las personas con TB pulmonar cuanto antes es fundamental para iniciar el estudio de contactos, descartar nuevos casos, detectar la ITL y pautar el tratamiento. Para ello, aumentar el grado de sospecha por parte de los clínicos en los servicios de urgencias y la atención primaria, así como disponer de especialistas en el manejo clínico de la enfermedad que trabajen

de forma multidisciplinar en las UCTB de los hospitales, debería ser otro de los elementos básicos de todo PPCTB. Una comunicación fluida de las UVE con los laboratorios de micobacterias, junto a la notificación habitual de los clínicos, es también un elemento esencial para garantizar una correcta vigilancia y control de la enfermedad^{3,4,6}. Estos, además, nos deben alertar de la existencia de resistencias a fármacos de las cepas que obligarán a ajustar las pautas de tratamiento iniciadas tanto de la TB como de la ITL.

Junto al personal de ESP ubicado en las UVE, las UCTB y los laboratorios, debe poder garantizarse el cumplimiento del tratamiento de los pacientes detectados *a priori* como incumplidores o que pudieran migrar durante este y ponerles en un programa de TDO o, si lo precisan, ingresarlo en un centro de larga estancia hasta finalizar el tratamiento. En ocasiones, ante pacientes con TB pulmonar bacilífera que se nieguen a realizar el tratamiento, puede ser útil solicitar un ingreso involuntario vía judicial para evitar la transmisión comunitaria de la enfermedad. Otro elemento básico de los PPCTB en España debería ser tener establecida una buena comunicación y coordinación con los programas de TB en centros penitenciarios¹¹. En este sentido, el ingreso en prisión puede ser una buena oportunidad para realizar el cribado y el tratamiento de TB o ITL de forma correcta, evitando así reactivaciones endógenas en un futuro en un perfil de población vulnerable a desarrollar la enfermedad.

Cada comunidad debe definir desde qué ámbito coordina las diferentes actividades, pero desde los PPCTB, se debería conocer bien el perfil de su población y cómo afecta y se distribuye la enfermedad en el territorio. Los profesionales de salud pública responsables del programa de TB deberán estar bien alertas a las necesidades de incorporación de otros actores conforme cambian con el tiempo las necesidades de su población y el perfil de los afectados. Por ello, es importante mantener una relación fluida con los sistemas de salud e informar a los proveedores de servicios sobre la necesidad de incorporar nuevos actores o funciones. Finalmente, para que un programa de TB se mantenga de forma eficiente, es fundamental incorporar las actividades de investigación (básica, epidemiológica, ensayos clínicos, etc.) y evaluar la efectividad de las diferentes intervenciones llevadas a cabo.

En países de mediana y baja incidencia, el perfil de población que presenta más dificultades para el control de la TB suelen ser personas sin techo, inmigrantes o personas con problemas de drogadicción, etc. Se les suele asociar mayor retraso diagnóstico, incumplimiento del tratamiento y mayores dificultades para

realizar el estudio de contactos. Sobre estos colectivos vulnerables, la realización de estrategias de cribado de TB e ITL debería ser también un elemento básico dentro de un PPCTB. En estos casos, incorporar nuevos actores como servicios sociales y sus equipos de calle será fundamental, además, para realizar una intervención social junto a la sanitaria que permita dotar a la persona de una mayor estabilidad que vaya más allá de completar el tratamiento y curar la enfermedad. Otros retos futuros que se nos plantean pasan por mejorar la coordinación externa entre comunidades autónomas y países para seguir mejor los casos y tratamientos de pacientes con una alta movilidad, incorporar nuevos fármacos a los PPCTB (bedaquilina, delamanid, pretomanid, rifapentina...) y nuevas técnicas diagnósticas para el diagnóstico de TB e ITL.

Todo este complejo y completo entramado de actores y circuitos requiere una organización y recursos humanos y económicos. Por ello, diferentes instituciones reclaman desde hace años la creación de un Plan Nacional para la prevención y el control de la TB en España, que dote de recursos necesarios para llevar a cabo estas imprescindibles iniciativas de forma coordinada y organizada. Mientras esperamos este plan, la voraz pandemia de la enfermedad del coronavirus de 2019 (COVID-19) ha irrumpido en nuestras vidas con fuerza, amenazando con afectar, en muchas ocasiones, a los ya débiles PPCTB y, por tanto, poniendo en jaque el control de la TB tanto en nuestro contexto como a nivel mundial.

CORRESPONDENCIA

Joan-Pau Millet

E-mail: juampablomillet@gmail.com

jmillet@aspb.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis Report 2019. [Internet]. WHO; 2019. Disponible en: www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe. [Internet]. ECDC, WHO; 2020. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TB-Surveillance-report_24March2020.pdf
3. Caylà JA, Orcau A. Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem. *BMC Med.* 2011;9:127.

4. Mejoras en el control de la TB en grandes ciudades. [Vídeo]. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mE1nZn3bCmE&t=23s>
5. Prats-Uribe A, Brugueras S, Comet D, Álamo-Junquera D, Ortega Gutiérrez L, Orcau À, Caylà JA, Millet JP. Evidences supporting the inclusion of immigrants in the universal healthcare coverage. *Eur J Public Health*. 2020;30(4):785-7.
6. Millet JP, Moreno A, Fina L, del Baño L, Orcau A, García de Olalla P, et al. Factors that influence current tuberculosis epidemiology. *Eur Spine J*. 2013;22(Suppl 4):539-48.
7. Rodrigo T, Casals M, Caminero JA, García-García JM, Jiménez-Fuentes MA, Medina JF, et al. Factors Associated with Fatality during the Intensive Phase of Anti-Tuberculosis Treatment. *PLoS One*. 2016;11(8):e0159925.
8. Ospina JE, Orcau A, Millet JP, Sánchez F, Casals M, Caylà JA. Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health*. 2012;12:158.
9. Brugueras S, Orcau À, Millet JP, Espinosa L, de Andrés A, Gorrindo P, et al. Tuberculosis clinical units improve contact tracing. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20(12):1572-9.
10. Jové N, Masdeu E, Brugueras S, Millet JP, Ospina JE, Orcau À, et al. Threats and Interventions During the Treatment of Tuberculosis in an Inner-city District. *Arch Bronconeumol*. 2020:S0300-2896(20)30179-4.
11. Marco A, Solé N, Orcau A, Escribano M, del Baño L, Quintero S, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in inmates recently incarcerated in a men's prison in Barcelona. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012;16(1):60-4.