

Editorial

¿Es posible erradicar la tuberculosis?

Can TB be eradicated?

Luque-Márquez, R.

SANUM 2023, 7(3) 4-5

La tuberculosis (TB) es una enfermedad que acompaña a la especie humana desde hace más de 50.000 años. Esta causada por una bacteria de lento crecimiento, *Mycobacterium tuberculosis sp hominis*. Se transmite por vía respiratoria de una persona enferma a una sana, no se puede transmitir por contacto con o por consumo de productos animales (excepto las subespecies minoritarias *M. bovis*, *M. capare*, excepcionales en España), ni a través de fómites, y dispone de un tratamiento eficaz. Y, sin embargo, una vez controlada la epidemia de COVID-19, vuelve a ser la principal causa de muerte en el mundo por un agente infeccioso, causando en 2021, según la OMS, 1,4 millones de muertes en pacientes no VIH y 187000 en pacientes VIH.¹

Se ha estimado que la cuarta parte de la población mundial está infectada por la TB y que entre el 5-15% desarrollaran una enfermedad TB a lo largo de su vida, con más frecuencia si padecen otras condiciones que deterioren su inmunidad celular.

Los motivos para ello hay que buscarlas en tres causas fundamentales: a) en las características de la enfermedad, b) la complejidad del tratamiento y c) las condiciones sociosanitarias del huésped.

Los pacientes infectados permanecen asintomáticos durante muchos años, un estadio conocido como infección tuberculosa latente (ILT). La lenta progresión desde la ITL hacia la enfermedad TB descansa en el equilibrio entre el sistema inmune del huésped y el bacilo. La ruptura de ese equilibrio, como consecuencia de una inmunodepresión, relacionada con otras enfermedades concomitantes o consecuencia de un tratamiento, podría acelerar esta progresión.

La enfermedad TB es una enfermedad de larga evolución, con un periodo prolongado en que el paciente está paucisintomático, pero con capacidad de trasmisibilidad, lo que hoy se conoce como TB subclínica, que progresa hasta un estado sintomático

caracterizado por tos persistente, expectoración, fiebre, sudoración y un estado consuntivo, junto a graves lesiones pulmonares que se evidencian en las pruebas de imagen (Rx y TC). El diagnóstico se confirma por pruebas microbiológicas (baciloscopia, cultivo y técnicas de PCR). En esta fase, la alta carga bacteriana favorece su transmisión a los contactos sanos. Para su tratamiento se utilizan varios fármacos, durante 6-9 meses, con el objetivo de evitar las recaídas, constituyendo un reto para los pacientes y el personal sanitario asegurar su cumplimentación. En los últimos años se han publicado los resultados de varios ensayos clínicos con nuevas pautas que permitirían acortar la duración del tratamiento a 4 meses.² Un porcentaje importante de casos incide sobre grupos desfavorecidos y en situación de marginación social (personas "sin techo", alcohólicos, desnutridos, con infección por el VIH o inmigrantes ilegales entre otros) que se encuentran fuera del sistema sanitario, lo que dificulta su adherencia al tratamiento, a pesar de que en Andalucía disponemos de programas que lo facilitan sin coste para estos pacientes.

Según el informe de RENAVE, en 2021 se notificaron en España 3754 casos de TB que representan una incidencia de 7,61 casos por 10⁵ habitantes, con una tendencia descendente desde 2015.³ En Andalucía la incidencia se situó en 6,5 por 10⁵ habitantes, aunque esta fue superior en las provincias de Almería y Sevilla. Estas tasas se incrementaron entre 4 y 9 veces en zonas desfavorecidas. En concreto, en la ciudad de Sevilla, en los CS de Candelaria y Polígono Sur se alcanzan incidencias de 30 casos por 10⁵ habitantes en 2023. La epidemia de la COVID-19 ha conllevado, por la dificultad de los pacientes para acceder al sistema sanitario y la desviación de recursos que antes se destinaban al control de la tuberculosis, una disminución los diagnósticos y una infradeclaración de casos en 2020-21, que ha conllevado un "repunte" de casos en 2022-23.⁴

La eliminación de la TB se planteó, por primera vez, en 1990 dentro de la iniciativa Wolfheze promovida por un grupo de expertos de la OMS y de la UNION. En 2013 la OMS estableció que la TB dejaría de ser una “amenaza para la salud” si su incidencia disminuía a menos de un caso por millón de habitantes. En 2014, la estrategia End TB de la OMS definió que se podría acabar con la TB si se reducía su incidencia en un 90% para 2035 (junto a una reducción de la mortalidad del 95%), un objetivo posible para países de baja incidencia (menos de 10 casos por 10⁵ habitantes). Se definieron una serie metas y se instó a que los países destinasen recursos orientados a este fin. Para alcanzar este objetivo, era necesario una caída anual de la incidencia del 4-5% hasta 2020, del 10% hasta 2025 y del 17% hasta 2035, sin embargo, la pendiente de caída actual es del 1,5-2%.⁵

El impacto negativo de la pandemia de la COVID-19 sobre la TB ha motivado, a nivel mundial, una infra-declaración de nuevos casos del 18% en 2020 con respecto a 2019, que se refleja en un aumento en el número de casos no diagnosticados y en un posible aumento de la transmisión comunitaria. La guerra de Ucrania, los conflictos bélicos en países con alta prevalencia de TB y la crisis energética han potenciado este impacto. Ello ha ralentizado la pendiente decreciente del control de la TB y ha obligado a replantear estos plazos, por lo que no será posible alcanzar el nivel de pre-erradicación, definido como 10 casos por millón de habitantes, para esta fecha.⁵

La erradicación de la TB sólo es posible si eliminamos su reservorio, lo que implica curar a todos los pacientes con enfermedad TB. Para ello es necesario un abordaje multidisciplinario en el que se integren agentes sanitarios, agentes sociales, recursos públicos y voluntad política.

La principal intervención para reducir la progresión de ITL a enfermedad TB es el tratamiento preventivo de la ITL, para lo que disponemos de pautas acortadas de 3-4 meses con una eficacia del 60-75%. Son necesarias estrategias centradas en el paciente con una búsqueda activa de casos y estudio de contactos, cobertura universal de salud y protección social para grupos desfavorecidos, nuevos regímenes con nuevos fármacos que permitan acortar la duración del tratamiento y facilitar su cumplimentación, y vacunas más eficaces que protejan a los más vulnerables (población infantil) en países de alta prevalencia. Además, debemos reducir el impacto que el diagnóstico de esta enfermedad supone en la economía familiar de los pacientes de países pobres o de grupos desfavorecidos.

La pandemia de la COVID-19 nos ha enseñado que la diseminación de las infecciones no tiene fronteras. Las rápidas vías de comunicación y los flujos migratorios contribuyen a su rápida expansión, por lo que infecciones que, en otros periodos de la historia, habían permanecido localizadas en determinadas áreas geográficas, alcanzan rápidamente el otro extremo del mundo. Acabar con la tuberculosis no es solo luchar contra una enfermedad, y no podremos conseguirlo si nos olvidamos de los determinantes socio-sanitarios que la acompañan. Por ello, los programas para la erradicación mundial de la TB deben tener en cuenta que este objetivo sólo será posible, cuando también se consiga en poblaciones con alta prevalencia y con escasos recursos para afrontar el coste de esta enfermedad.

Los principios de solidaridad, equidad y eficiencia deberían hacer reflexionar a los países ricos que, si se quiere eliminar la TB de su entorno, deberán invertir recursos para el control de esta enfermedad en los países pobres.

Bibliografía

1. Global Tuberculosis Report 2022. WHO 2022.
2. Migliori GB; Dowdy; Denholm JT; D'Ambrosio L; CentisR. The path to tuberculosis elimination: a renewed vision. *Eur Respir J* 2023; 61: 2300499. doi.org/10.1183/13993003.00499-2023.
3. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2021. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica).
4. Luque R, Caballero MM, Briones B, González V y Medina JF. Comité Organizador de la 6ª Jornada sobre tuberculosis en Sevilla. RESUMEN DE LAS VI JORNADAS DE TUBERCULOSIS EN SEVILLA. *BES* 2023; 28: 1-2
5. TRUNCATE-TB Trial Team. Treatment strategy for rifampin-susceptible tuberculosis. *N Engl J Med*. 2023; 388:873-887

Rafael Luque Márquez.

Especialista de Medicina Interna –
Enfermedades Infecciosas.
Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas,
Microbiología y Parasitología (UCEIMP).
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla. España.