

Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en el adulto

Autor: Portos Pereiro, Tania (Graduada en Enfermería, Due).

Público: D.U.E.s y profesionales sanitarios. **Materia:** Epidemiología, salud pública. Enfermedades infectocontagiosas. **Idioma:** Español.

Título: Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en el adulto.

Resumen

La tuberculosis (Tb) es una enfermedad conocida desde la antigüedad y, a pesar de los grandes avances en la medicina, continúa siendo un problema grave de salud a nivel mundial. En este trabajo se realiza una revisión actualizada cuyo objetivo es identificar las principales factores de riesgo del tratamiento antituberculoso desde el año 2007 hasta la actualidad. Para eso se seleccionan 15 artículos, con diferentes tipos de diseño (casos y controles, cohorte, estudios transversales y regresión logística), que estudian los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso.

Palabras clave: Abandono del tratamiento atituberculoso.

Title: Factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in adults.

Abstract

Tuberculosis (TB) is a disease known since ancient times and, despite the great advances in medicine, it continues to be a serious health problem worldwide. In this work an updated review is carried out whose objective is to identify the main risk factors of antituberculosis treatment from 2007 to the present. For this, 15 articles are selected, with different design types (cases and controls, cohort, cross-sectional studies and logistic regression), which study the risk factors associated with the abandonment of antituberculosis treatment.

Keywords: Abandonment of atituberculous treatment.

Recibido 2018-05-15; Aceptado 2018-06-11; Publicado 2018-06-25; Código PD: 096075

INTRODUCCIÓN

La Tb es una infección persistente que afecta a diversos órganos, particularmente los pulmones. El responsable de esta infección es el 'Mycobacterium tuberculosis' que, en honor a su descubridor, Robert Koch, recibe el nombre de bacilo de Koch. La infección se adquiere por la inhalación de partículas infecciosas en forma de aerosoles, que posteriormente alcanzan las vías aéreas terminales. La transmisión por vía alimentaria no es frecuente, aunque la leche no pasteurizada puede ser fuente de contagio en los países en los que la Tb es muy frecuente. [1]

Se distinguen dos tipos de Tb: pulmonar y extrapulmonar. La Tb pulmonar puede aparecer inmediatamente después de la infección. Esta variedad se conoce como infección primaria y afecta especialmente a los niños del continente africano. Cuando el niño goza de buena salud, la enfermedad puede cursar con alteraciones locales en los pulmones y ganglios. Pero si está desnutrido o sufre otras infecciones, como sida, aparecen complicaciones graves, entre las que destacan la obstrucción bronquial, derrame pleural o acumulación de líquido en el espacio comprendido entre las membranas que recubren el pulmón. [2]

Si la Tb aparece al menos dos años después de contraer la infección, se habla de enfermedad postprimaria o Tb del adulto. Esto indica que la infección permanecía latente, por lo que es más agresiva que la primaria, provoca lesiones pulmonares graves y se disemina más fácilmente por el resto del cuerpo. [2]

Los síntomas más frecuentes son el cansancio intenso; malestar general; sudoración abundante, especialmente al caer el día; pérdida de peso, y sangre en los esputos. También se puede presentar con una tos seca, persistente, con una temperatura corporal que oscila entre los 37 y 37,5 grados. No obstante, en ocasiones no aparece ningún síntoma. [2]

Cuando los bacilos entran en el organismo, se extienden y desencadenan la respuesta inmune del huésped, que puede demostrarse mediante la "prueba de la tuberculina" o de Mantoux. Esta prueba consiste en la administración

intradérmica, en la cara anterior del brazo, de un derivado proteínico del bacilo. A las 72 horas de su administración se valora la reacción local generada. [2]

Sin tratamiento, la Tb lleva irremediablemente a la muerte. Para su tratamiento se emplea una combinación de fármacos, entre los que se encuentran la isoniacida, la rifampicina, la pirazinamida, el estambutol (1ª línea) y la estreptomycin, amikacina etionamida, moxifloxacin (2ª línea). Son fármacos eficaces pero que tienen efectos adversos, por lo que su uso debe ser supervisado por un especialista. Cuando las personas enfermas no cumplen el tratamiento como se recomienda, los bacilos de la Tb pueden hacerse resistentes a los medicamentos y la Tb se vuelve mucho más difícil de tratar. [2]

En la actualidad, la Tb es una importante causa de muerte de origen infeccioso. Un tercio de la población del mundo está infectada por el bacilo de la Tb, y entre un 5% y un 10% de las personas infectadas presenta la forma activa de la enfermedad. La mayor prevalencia de la Tb se encuentra en grupos marginales, indigentes, drogadictos y con bajo nivel cultural.

Más del 95% de las muertes por Tb tienen lugar en los países de ingresos bajos y medianos. Las comunidades pobres y los grupos vulnerables son los más afectados, pero esta enfermedad transmitida por el aire supone un riesgo para todos.[3]

Los últimos datos sobre Tb en España, correspondientes a 2011, no son malos: 6.746 casos (tasa de 14,6 casos/100.000 habitantes).

A pesar de que tenemos una de las mejores redes de asistencia sanitaria pública no logramos las cifras de otros países. [3]

TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO Y ABANDONO

En la década de los 50, se inicia el Tratamiento directamente observado (TDO). Es un conjunto de medidas sanitarias-psicológicas y una estrategia que consiste en la supervisión de la toma del tratamiento, que nos ayuda a garantizar que las personas infectadas completan el tratamiento farmacológico hasta la curación y evitar más transmisiones. Debe ser regular e ininterrumpida durante un periodo de 6 a 8 meses. Con esto se consigue la reducción de las tasas de resistencia bacteriana.

Una vez diagnosticado, el paciente entra en el ciclo de tratamiento y permanece en él hasta su curación. La Organización Mundial de la Salud inició en 1993 este ambicioso programa global contra la Tb, propugnando como estrategia clave el llamado «TDO» o tratamiento directamente observado. Constituye una estrategia coste-eficiente y ha sido propugnada como la mejor alternativa para el control de la enfermedad por parte de la OMS. [4]

El TDO consiste en el acto de dar la medicación antituberculosa, observando, en presencia física, cómo el enfermo se la toma por boca, controlando e inspeccionando posteriormente que se la haya tragado y, en su caso, inyectándola por el personal especializado y especialmente entrenado. Un tratamiento incompleto o mal realizado tiene consecuencias perjudiciales no sólo para la salud del individuo, sino también en términos de salud pública para la comunidad.

JUSTIFICACIÓN

La Tb está incrementándose en el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, debido al tratamiento inadecuado de los enfermos, la epidemia del VIH/SIDA, la resistencia a los fármacos antituberculosos, ineficientes programas de control, deterioro de las condiciones socioeconómicas, aumento de la pobreza en grupos de población y debilidad del apoyo político y económico, lo que hace necesario plantearse formas de facilitar el cumplimiento del tratamiento. Uno de los principales problemas para el control de la Tb en el mundo es el mal cumplimiento o el abandono del tratamiento farmacológico [5]

La administración del tratamiento específico para una determinada enfermedad infecciosa como es ésta y los resultados clínicos deben revisarse periódicamente. Los recortes en sanidad y la escasez de tiempo de personal asistencial hospitalario durante su jornada laboral, así como la dificultad para desplazarse a los domicilios hacen que sea complicado un seguimiento completo.[5]

OBJETIVOS

General: Realizar una revisión sistemática de la literatura científica referida a las causas de abandono del tratamiento Tb.

Específicos: Conocer la situación actual con relación al cumplimiento del tratamiento antiTb. Identificar las causas o factores relacionados con el abandono del tratamiento de la Tb.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

Se realiza una revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica sobre “Factores asociados al abandono del tratamiento de la Tuberculosis”.

Esta revisión se realizó en dos fases, Localización y Selección de estudios relevantes y Análisis de los estudios seleccionados.

2. Localización y Selección de estudios relevantes

2.1- Localización:

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos electrónicas y otras fuentes electrónicas que recopilan información importante para la investigación.

Los términos de búsqueda o Palabras Claves que se emplean son: Tuberculosis, abandono del tratamiento, no adhesión del tratamiento tuberculoso, interrupción del tratamiento o fallido, TDO.

Las bases de datos empleadas fueron: PubMed-MEDLINE, Scielo, IBECS, Google Académico.

Se utilizan documentos de fuentes primarias de investigación, como la OMS y el Ministerio de Sanidad de España.

El período de búsqueda se acotó entre los años 2007 y 2013, ya que la búsqueda requiere que sea lo más actual posible en los últimos estudios realizados. Por tanto, se han seleccionado los artículos de interés de los seis últimos años. Se tiene en cuenta toda la información de fuentes primarias, dado que muchos de sus datos son estudios científicos, importantes para esta revisión.

La búsqueda de datos se completó a partir de documentos seleccionados en manuales, textos o tomos.

2.2- Selección de Estudios

Se establecen unas normas básicas para la selección de artículos o documentos que son los siguientes:

- Criterios de inclusión: Se seleccionan artículos originales y revisiones que contienen el título citado o palabras clave usadas en la búsqueda. Se tienen en cuenta todos los artículos independientemente de su idioma.
- Criterios de exclusión: Se eliminan los artículos que no incluyen las definiciones apropiadas. Se excluyeron cartas, chats, comentarios, opiniones personales, estudios de más de seis años de antigüedad y los estudios en edad pediátrica.

Tras una búsqueda y lectura intensiva de documentos y artículos se han eliminado 11 por no cumplir los criterios de selección. Muchos de ellos no presentaban resultados de porcentaje de tratamiento fallido, otros no especificaban la edad de la población estudiada, en otros no se sabía el tipo de estudio empleado o no indicaban detalladamente las causas de la no adherencia al tratamiento. Se excluyeron las revisiones y los estudios cualitativos.

Han sido seleccionados aquellos estudios de tipo cuantitativo que hayan realizado un análisis de múltiples variables. Se reflejan distintos tipos de diseño metodológico (estudios de casos y controles, transversales, estudios de cohorte prospectivo y retrospectivos).

En cuanto a las poblaciones estudiadas, se han seleccionados los estudios que incluyen a pacientes de 15 a 50 años o más, de ambos sexos, incluyendo casos de VIH positivo y baciloscopia positiva.

PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso de búsqueda permitió identificar 67 documentos y artículos, de los cuales, después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron en un primer momento 27. Después de un análisis más minucioso, se excluyeron 14 investigaciones, al considerar que no cumplían exhaustiva y satisfactoriamente con los criterios de elegibilidad. Como resultado de este proceso de análisis, se han seleccionado finalmente 15 artículos pertinentes al tema que se investiga y considerados adecuados desde el punto de vista metodológico. En algunas de las fuentes consultadas, no se ha podido tener acceso al texto completo.

RESULTADOS

- Estudios de casos y controles: los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.
- Estudios transversales: miden a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado. [7].
- Estudios de cohortes: se hace una comparación de la frecuencia de enfermedad (o de un determinado desenlace) entre dos poblaciones, una de las cuales está expuesta a un determinado factor de exposición o factor de riesgo al que no está expuesta la otra. [8].
- Regresión logística: es un tipo de análisis de regresión utilizado para predecir el resultado de una variable categórica en función de las variables independientes o predictoras. Es útil para modelar la probabilidad de un evento ocurriendo como función de otros factores. [6], [9], [10].

Se seleccionaron 15 artículos realizados en países de ingresos bajos, medios y altos. Los documentos y artículos seleccionados corresponden a diversos países de diferentes continentes. Del continente asiático hemos incluido cuatro países (República de Corea, Rusia, India, China), dos Europeos (España y Francia). En España, las ciudades elegidas han sido Madrid, Bilbao y Granada. Dos norteamericanos (Estados Unidos y Canadá) y tres de lengua hispana (México, Bogotá y Buenos Aires). Por último, un país Africano (Kenia).

Muchos de los estudios corresponden a países con economías de ingresos medios y bajos, como son Bogotá, México, Buenos Aires, India y Kenia. Otras investigaciones, como las realizadas en EE.UU, o inclusive China, Rusia y Francia se pueden considerar países de ingresos más altos.

Las poblaciones estudiadas son adultos entre 15 y 50 años o más. Ha sido elegido este rango porque, según la OMS, es el grupo de edad con mayor riesgo de sufrir Tb, afectando principalmente a la población del género masculino. Los artículos elegidos se realizaron entre los años 2007 y 2013.

El principal factor de riesgo es el consumo de alcohol promovido por la pobreza o falta de una vivienda fija que sería una segunda causa importante a destacar. Estas dos afectan a la mayoría de países destacados. Los varones son los principales afectados con una media de 30 años. Tanto Corea como Rusia destacan que los efectos adversos tienen una importante relevancia en el abandono del TDO. [6], [7], [8], [9], [10].

El consumo de drogas (alcohol o sustancias tóxicas) puede llevar a la infección del VIH. Y tres estudios demuestran que la inmigración es un factor de riesgo importante donde el tratamiento no tiene una continuidad progresiva. [9].

Los países con porcentajes más altos de abandono del TDO son Estados Unidos, con un 54%, seguido de Corea con un 44,2% y por último, con un 33%, India. Quizás es debido a que en estos países la mezcla de razas, pobreza o la falta de una vivienda habitual repercuten en una mayor incidencia de esta enfermedad en la población. [6] y [9]

Los países donde el abandono farmacológico es menor son México con un 4,2%, seguido de Rusia con un 4,3% y Francia con un 4,9%, llegando así a un mejor cumplimiento del tratamiento y abordando la Tb [7].

Nueve estudios [7, [8], [9], [10], evaluaron que la principal causa de abandono del tratamiento de la Tb es el consumo de diferentes drogas, sobre todo alcohol. El abuso de sustancias es frecuente entre los pacientes con Tb y las dificultades en el tratamiento de esta población de pacientes aumentan la transmisión de la enfermedad. La prevalencia del abuso de sustancias entre los pacientes con Tb es mucho mayor que la prevalencia de otros factores de riesgo establecidos para la Tb. Este importante indicador de riesgo permite identificar un grupo específico al que se debe prestar especial atención en el transcurso del régimen terapéutico. Sin duda, el consumo de drogas no es un problema de fácil solución. La identificación de estos factores de riesgo permitirá comprender mejor la compleja problemática del abandono del tratamiento antituberculoso y ayudará a orientar las actividades de control de la Tb.

El segundo factor de riesgo más relevante es la pobreza, tal como recogen 6 estudios [10]. Debido a la estrecha conexión entre pobreza y Tb, es necesario combatir la pobreza para disminuir la prevalencia de la Tb. Los pacientes siguen viviendo hacinados, no se alimentan bien, o abandonan y/o toman un tratamiento irregular debido a la necesidad de trabajar. En estas circunstancias, el acceso a la seguridad social siempre se hace mucho más complicado y, por tanto, el seguimiento y continuación del tratamiento es mucho más dificultoso. [10]

Por ello, se considera que la pobreza es un factor de riesgo de abandono del tratamiento, con el consecuente incremento de la posibilidad de que se vuelva un paciente multidrogo-resistente.

Cinco estudios [7], [10] evalúan que otra causa común de abandono son los síntomas de efectos adversos. Todos los pacientes a tratamiento deben de tener conocimiento acerca de los síntomas de reacciones adversas graves. En algunos casos, la incomodidad y las reacciones a medicamentos pueden persistir y deberán ser toleradas para asegurar el éxito del tratamiento. En otras ocasiones, los eventos adversos son graves y se tomará en consideración si están poniendo en riesgo la vida del paciente.

El VIH [10], está claramente relacionado con el uso de drogas y la marginalidad, especialmente en las zonas con peores indicadores socioeconómicos. La combinación de la infección por el VIH con la Tb es letal, pues la una acelera la evolución de la otra. Un individuo infectado a la vez con el VIH y el bacilo tuberculoso tiene más probabilidades de contraer la Tb activa. La coinfección de Tb y VIH se asocia a la carencia de domicilio fijo [7], [8]. Aunque, el TDO se le puede administrar en la consulta o su centro ambulatorio habitual.

Pacientes con antecedentes de prisión o en prisión en la actualidad, en ocasiones tienen tendencia a consumir cualquier tipo de droga (alcohol o sustancias tóxicas) u tengan relaciones sexuales sin protección. Todas estas condiciones son propicias para las enfermedades infecciosas crónicas, como son la Tb y el VIH, que a su vez lleva al abandono previo del tratamiento tuberculoso.

Por último, los inmigrantes son un grupo de riesgo. Las pérdidas de seguimiento de los pacientes durante el tratamiento de la Tb constituyen un problema significativo en la población inmigrante. En estos trabajos destaca una elevada tasa de pérdidas durante el seguimiento. El menor tiempo de seguimiento de la Tb tras completar el TDO entre los inmigrantes puede estar motivado por la necesidad de la población inmigrante de incorporarse a la vida laboral.

CONCLUSIONES

- El porcentaje de pacientes que abandona el tratamiento de la Tb es significativo, entre un 4,2% de mínimo en México, llegando hasta un 54% en Estados Unidos. El abandono no sólo tiene consecuencias perjudiciales para el propio paciente, sino también para el resto de la población, debido al alto riesgo de contagio y extensión de la enfermedad.
- El consumo de distintas drogas, primordialmente el alcohol es, sin duda, la principal causa de abandono del tratamiento. El frecuente abuso de sustancias provoca dificultades en el tratamiento de la población, provocando así una mayor transmisión de la enfermedad y riesgo de resistencia a los fármacos.
- La segunda causa de abandono es el bajo nivel socioeconómico. Es clara y evidente, siendo los grupos de poblaciones con peores condiciones de vida los que presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad y de presentar peores resultados en cuanto a adherencia y cumplimiento del régimen terapéutico.

- Los efectos adversos del tratamiento son considerados causas importantes del abandono de los fármacos. El paciente se siente incómodo o molesto debido a los efectos secundarios del fármaco y decide no continuar con su tratamiento.
- El VIH en la Tb representa un riesgo importante que ocasiona deterioro en la calidad de vida. Se puede llegar a la muerte debido al aceleramiento de la enfermedad. Muchos pacientes con VIH abandonan el tratamiento por no notar algún beneficio debido a su deterioro.
- El abandono es mayor en los pacientes extranjeros que en los nativos, (sobre todo en el sexo masculino). A pesar de la mejoría en los resultados, aún son necesarias medidas que incrementen el cumplimiento y el control epidemiológico de la enfermedad, como mejorar la coordinación sanitaria en caso de desplazamiento y dirigir estrategias para el cumplimiento del tratamiento entre personas que no conviven con sus familiares.

Bibliografía

1. Murray Patrick R, Rosenthal Ken S. Microbiología Médica. El Sevier Science. Cuarta Edición.pg,361. 2002. ISBN: 84-8174-610-X
2. Tú web de salud DMedicina.com. Madrid, 2009. (Consulta el 21/06/2013) Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/tuberculosis>
3. Navarro García, J.F. la Tuberculosis en España: bien necesitamos mejorar.2013. (consulta el 13/05/2013); Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/31/actualidad/1364747686_925743.html
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Informe mundial de la salud. 2012. (consulta el 13/05/2013). Disponible en: <http://www.who.int/es/>
5. Aracel y Castañaza Ruano, Dina. Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras de los distritos de salud del área de Jutiapa, acerca de los cuidados al paciente que está bajo (TDO) del programa de tuberculosis. 2009. (Consulta el 20/06/2013).Disponibleen: <http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Dina%20Aracely%20Casta%C3%B1aza%20Ruano.pdf>
6. Gopi P.G; Vasantha M; Munivandi M. Risk factors for non adherence to directly observed treatment (DOT) in rural tuberculosis unit, South India. Indian Journal of Tuberculosis. 2007. (consulta el 12/06/2013); Disponible en: <http://medind.nic.in/ibr/t07/i2/ibr07i2p66.pdf>
7. Parsyan Amen E, Saukkonen Jussi. Predictors of failure to complete treatment for latent tuberculosis infection. The Journal of infection.Vol.54 nº3. p.262-266. 2007. (consulta el 11/06/2013). ISSN : 0163-4453. Disponible en: <http://www.refdoc.fr/Detailnotice?cpsid=18561048&traduire=fr>
8. Sáenz Barbero Belén, Blasco Hernández Teresa. Antituberculosis treatment default among the immigrant population: mobility and lack of family support. Gaceta sanitaria. Vol 23, supplement 1, 2009. (Consulta el 22/05/2013); p.80-85. Disponibleen: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003100>
9. Soler Rangel L, García Viejo M.A. Analysis of population attended in a tuberculosis unit in Madrid. Evolution and impact of immigration from 1997 to 2006. Rev Clín Esp, Vol 209, Issue 10. 2009. (Consulta el 22/05/2013); Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256509726311>
10. Fernández-Plata Mª del Rosario. Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles. Rev Inv Clínica 2011. (Consulta el 24/05/2013); 63 (1): 39-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn111g.pdf>