

Tuberculosis y Drogodependencias

CDVP. Infección y enfermedad TB

1 Mayor riesgo de infección TB

- Condiciones sociodemográficas. Estilo de vida

2 Mayor riesgo de enfermar

- Situación inmune
 - Reactivación de infección TB previa. VIH (+): 10%/año
 - Enfermedad progresiva tras infección primaria. VIH (+): 40-60%
 - Reinfeción (?)

3 Posibilidad de resistencias

- Secundarias: Mala adherencia
- Primarias: Brotes, ...

4 Mayor probabilidad de transmisión

- Estilo de vida



Relación consumo de drogas y TB

■ Mayor incidencia de tuberculosis en adictos

- Dato constatado con anterioridad a la epidemia de VIH
- No se relaciona con la droga en sí misma, la vía o la parafernalia
- Se asume como consecuencia de la convergencia de:
 - Variables sociodemográficas. Estilo de vida
 - Las alteraciones biológicas de la adicción
 - En la actualidad: La inmunodepresión por el VIH

Síndrome de Vulnerabilidad Adquirida: Madrid

	Pobreza severa⁽¹⁾	Dependencia heroína⁽²⁾	Sida⁽³⁾	Tuberculosis⁽⁴⁾
+	San Blas	Vallecas	Centro (478)	Centro (93)
	Vallecas	San Blas	San Blas (367)	Usera (81)
	Latina	Usera	Vallecas (363)	San Blas (70)
	Carabanchel	Villaverde	Usera (290)	Vallecas (62)
	Usera	Carabanchel	Villaverde (262)	Tetuan (56)
	Villaverde	Latina	Carabanchel (199)	Villaverde (49)
	Centro	Centro	Arganzuela (191)	
-	Arganzuela			

⁽¹⁾ Las condiciones de vida de la población pobre de la diócesis de Madrid. Edit. Fundación FOESSA. Cáritas Madrid 1995

⁽²⁾ Estimación de la prevalencia de la adicción a la heroína en la Comunidad de Madrid durante 1992. D. Paredes

⁽³⁾ Sida/100.000 habitantes. Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid 1996

⁽⁴⁾ TB/100.000 habitantes. Servicio de Epidemiología. Comunidad de Madrid 1994

Oficina regional acciones frente VIH/Sida

CDVP, tuberculosis y prisiones

- **En Nueva York, el tiempo encarcelado y el número de ingresos en prisión son predictores del riesgo de tuberculosis. Estudio multivariante**

Bellin EY y col. JAMA 1993

- **Con el aumento de la encarcelación de CDVP, las prisiones pueden servir para amplificar la transmisión de la tuberculosis entre los mismos, y secundariamente en la comunidad**

Skolnick AA. JAMA 1992

Tuberculosis y prisiones

Hospital General Penitenciario. Madrid. 1-93/6-94

- Aislamientos de *M. Tuberculosis*: 210
- Estudio del DNA mediante RFLP (IS-6110)
 - 73% de los pacientes agrupados en 24 brotes diferentes
 - El 40% agrupados en 3 brotes (23, 21 y 19 pacientes cada uno)
 - Españoles 94%. Hombres 97%. Edad media 31 años
 - VIH (+): 85%. Tuberculosis pulmonar: 85%. Media de CD4: 197
 - 62% de los casos de tuberculosis resultado de transmisión reciente

CDVP y transmisión de la tuberculosis

■ Barcelona: Vigilancia epidemiológica activa de TB desde 1987

- En 1993: 60 casos/100.000 habitantes
 - 24% en VIH+ ⇒ 71% en CDVP
 - 1990-1993: En el 48% de los casos VIH (+) y tinción (+)
⇒ Se logró hacer estudio de contactos

Casos secundarios de enfermedad TB (%)

	Casa	Comunidad	Total
VIH (+)	6,2	14,9	7,9
CDVP	7	18,6	9,2
No CDVP	2,8	0	2,4
VIH (-)	3,3	4,7	3,8

Transmisión de la tuberculosis en dispositivos asistenciales para CDVP

- Los dispositivos en donde se concentran pacientes drogodependientes con finalidad terapéutica de su adicción, puede convertirse en focos de transmisión de la tuberculosis si no se contemplan adecuadamente los aspectos sanitarios

CDVP, TB y VIH

Situación de Madrid

■ Alta prevalencia de consumidores de heroína

- 40.000 adictos a la heroína estimados en 1992
- Coinfección VIH 50% (40-70%)

■ Comunidad con mayor incidencia de SIDA

- Relacionado con CDVP: 60-70%
- Criterio de Sida en base a tuberculosis: 42%

■ Tasa elevada de tuberculosis

- 44/100.000 H. (1995). Uno de cada tres es enfermo drogodependiente (1994)
- De las cepas estudiadas con resistencias a 4 fármacos o más, todas salvo una, procedían de enfermos CDVP y VIH (+)*

* Peña y col. Madrid. Octubre 93-Abril 94

Tuberculosis y drogodependencias

Intervenciones

- Los pacientes CDVP, y especialmente los VIH (+), constituyen un grupo diana fundamental para las intervenciones en tuberculosis

Intervenciones

■ Para evitar:

A Casos por reactivación

- Diagnóstico infección TB
- Tratamiento preventivo

B Casos de enfermedad progresiva tras infección reciente (¿reinfecciones?)

- Diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedad del caso índice
- Asegurar la curación

Adicción y red asistencial

■ Enfermo

- No acude a la red
- Donde acude, con frecuencia, escasa asistencia sanitaria
- Solución demandas concretas y urgentes
- Mala adherencia
- CDVP activo: Conflictos

■ Patología

- Dependencia + patología infecciosa + T. psíquicos + patología social + ... ⇒ muy compleja

■ Sistema

- Fragmentado y disperso. Carrera de obstáculos
- Poco atractivo. No retiene

Adicción y red asistencial

Se dice que el paciente adicto



- No acude... **Atracción/captación?**
- No hace... **Facilitar/adherencia?**
- No vuelve... **Proceso/retención?**



¿Tiene algo que ver el sistema sanitario?

Adicción y red asistencial

■ El paciente adicto:

- No acude... Atracción/captación?
- No hace... Facilitar/adherencia?
- No vuelve... Proceso/retención?

■ El problema surge cuando

- La primera vez que preocupa a la red asistencial la situación del paciente, es con motivo de un caso de TB-MR (hospital, comunidad terapéutica, ...). En los últimos 10 años:

**¿No acudió nunca a los dispositivos asistenciales?
¿No se pudo hacer Tratamiento Preventivo con TDS?**

Diagnóstico infección TB

Problemas en el paciente CDVP

- **Contactar con el paciente**
- **Biológicos: Falsos negativos del PPD**
 - En VIH (-): Anergia entre el 2-44%
 - Coinfección VIH/TB: PPD Significativo ≥ 5 mm
 - ¿Utilizar 2 mm? ¿Considerar todos como PPD (+)?
 - Estudio de anergia: ¿Estandarizado? ¿Tiene alguna utilidad?
 - Efecto "Booster": Utilidad marginal. Además, problema logístico

Diagnóstico infección TB

Qué hacer en pacientes CDVP

- **Disponibilidad diagnóstica donde acudan los drogodependientes, especialmente si se puede hacer tratamiento preventivo con TDS**
 - Dispositivos de la red de drogas
 - Otros recursos: II.PP., A. Primaria, ...
- **Poblaciones escondidas: Programas "Out-reach"**

Diagnóstico enfermedad TB

Problemas en pacientes CDVP

■ Sintomatología

- Asintomáticos
- Percepción distorsionada
- Atribuida al consumo/deprivación
- Inespecífica
- ¿Infección o enfermedad TB?

■ Frecuentemente acude con otra demanda

**Alto nivel de sospecha
Descartar enfermedad tuberculosa**

Diagnóstico de infección y enfermedad TB

Frente al esquema habitual

- La utilidad limitada del PPD, la dificultad para valorar los datos clínicos y los problemas de retención obligan a establecer además otras pautas, con las que al menos, descartemos los casos de TB pulmonar activa
 - Radiología de tórax
 - Estudios microbiológicos
 - PPD, ...

TB y adicción activa: Tratamiento

■ Tratamiento de ambas patologías

- Tuberculosis

- Tratamiento preventivo de la infección
- Tratamiento de la enfermedad

- Drogodependencia

■ Es responsabilidad de la red asistencial facilitar al paciente la realización de ambos tratamientos

TB y adicción activa: Tratamiento

■ Tratamiento de la tuberculosis

- Infección: Pauta de 12 meses con H
- Enfermedad: Pauta de 9 meses
- Facilitar y asegurar la adherencia: TDS

■ Tratamiento de la toxicomanía

- Urgente: No puede estar en la lista de espera
- Elección de tratamiento: Individualizado
- En función de:
 - Situación y preferencias del enfermo
 - Capacidad de retención de las distintas opciones

Adicción. Tratamiento de la TB

- El principal factor relacionado con la efectividad del tratamiento es la adherencia al mismo
- El consumo de drogas es un predictor de mala adherencia
 - Existe escasa información sobre los factores asociados con:
 - La retención del drogodependiente en programas de tratamiento de TB
 - La adherencia al tratamiento con tuberculostáticos

Adicción. Tratamiento de la TB

Adherencia al tratamiento

■ Madrid. Dos hospitales generales

- Pacientes evaluables con enfermedad TB y VIH (+): 225

El 31% de los drogodependientes activos abandonaron el tratamiento con tuberculostáticos

Tratamiento de la tuberculosis

■ Tratamiento directamente supervisado

- Para paciente con infección y enfermedad TB
- Asegurar la toma del 80% de la medicación
- Pauta diaria o intermitente
- Facilitadores: Unidosis, ...
- ¿Dónde?: Donde acuda el enfermo
 - Consulta de metadona, Centro de Salud, ONG, P.I. Jeringuillas, comunidad terapéutica, ...

Interacciones farmacológicas

- Hay que tener siempre en cuenta la posibilidad de interacciones cuando se utilizan varios fármacos
- Esta situación es habitual en pacientes en tratamiento de:
Adicción, tuberculosis e infección VIH
 - Metadona
 - Rifampicina e isoniacida
 - Inhibidores de la proteasa
 - Antifúngicos
 - Hidantoínas, ...
- Consultar con expertos

Tratamiento de la drogodependencia

■ Problemática de base

- Los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (las drogodependencias)

Son "enfermedades tratables"

- Position Statement on Substance-Related Disorders
 - Am. J. Psychiatry 1996
- ¿Realmente se considera un enfermo al drogodependiente?

Enfermedad TB y adicción activa

- **En esta situación, un objetivo fundamental del tratamiento de la drogodependencia debe ser:**
 - Facilitar la cumplimentación del tratamiento tuberculostático
 - Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) son los que consiguen el mayor grado de retención del paciente

Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)

Tratamiento de la tuberculosis

■ Pacientes CDVP con tuberculosis en PMM

- Cumplimentaron al menos 6 meses de tratamiento con tuberculostáticos

Quimioprofilaxis con isoniacida: 89%
Tratamiento de enfermedad TB: 100%

Metadona y tuberculosis

- **La utilización de metadona en los pacientes con tuberculosis presenta peculiaridades diferenciales respecto a otros programas de metadona**
 - Presencia de una enfermedad transmisible
 - Metadona como facilitadora del tratamiento con tuberculostáticos
 - Interacciones farmacológicas, ...

Rifampicina y metadona

- La rifampicina induce el metabolismo hepático (p-450) de la metadona, disminuyendo sus niveles plasmáticos

⇒ Síndrome de Abstinencia a Opiáceos: S.A.O.

- Riesgo: Abandono del tratamiento con tuberculostáticos
- Es recomendable que el tratamiento farmacológico de la dependencia lo realice un médico experto y familiarizado en la atención de drogodependientes

PMM: Seguimiento clínico de la patología médica

■ <u>Tratamiento en PMM</u>	<u>Antes</u>	<u>Durante</u>
● Seguimiento (media)	37,3 meses	14 meses
● Consumo heroína	100%	13%
● Seguimiento clínico	20%	82%
● Profilaxis I.O.	50%	93%
● T. antirretrovirales	28%	75%
● Enfermedad TB	17 casos	0

53 pacientes seguidos en la unidad VIH del área 4 incluidos en PMM paliativo.
A. Antela y M. J. González. Madrid. Julio 93-Diciembre 95

Enfermedad TB y adicción activa

■ **Cómo se cuida a un enfermo con:**

- Tuberculosis activa y dependencia a la heroína y otras drogas
- Y además "sin techo", trabajo, recursos económicos, apoyo familiar, ...

¿Es efectivo el abordaje farmacológico sin el apoyo social?

- ## ■ **El papel del Trabajador Social en la atención del paciente con TB es fundamental, tanto desde la perspectiva individual como de la Salud Pública**

Enfermedad TB y adicción activa

Ingreso hospitalario

- **Tratamiento de la enfermedad TB**
- **Tratamiento de la drogodependencia**
- **Problemas**
 - En algunos centros no se utiliza metadona
 - Altas voluntarias
 - Al alta: ¿Dónde y cuándo recibe el paciente el tratamiento con metadona? Problemas de coordinación, listas de espera, ...
 - Trabajo Social: ¿Suficiente personal? ¿Trabajo por programas? ¿Qué funciones desempeña el trabajador social?, ...

Colaboración/coordinación

- **Asistencia primaria y asistencia especializada**
- **Red asistencial para drogodependientes**
- **Salud mental**
- **Servicios sociales**
- **Instituciones penitenciarias**
- **Organizaciones no gubernamentales, ...**