

Día Mundial de la Tuberculosis UITB / SOCAP (2005)

*Tratamiento inicial de la
Tuberculosis con 4 fármacos*

Dr. Rafael Vidal Pla
Servicio de Neumología
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

TRATAMIENTO DE LA TBC

Normas básicas

- Mínimo de 3 fármacos nunca utilizados y ante los que no haya resistencias
- Mínimo de 6 meses
- Cumplimiento correcto
- Mínimo de intolerancia y toxicidad

CURACIÓN DE MÁS DEL 95% DE ENFERMOS

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ACTUAL

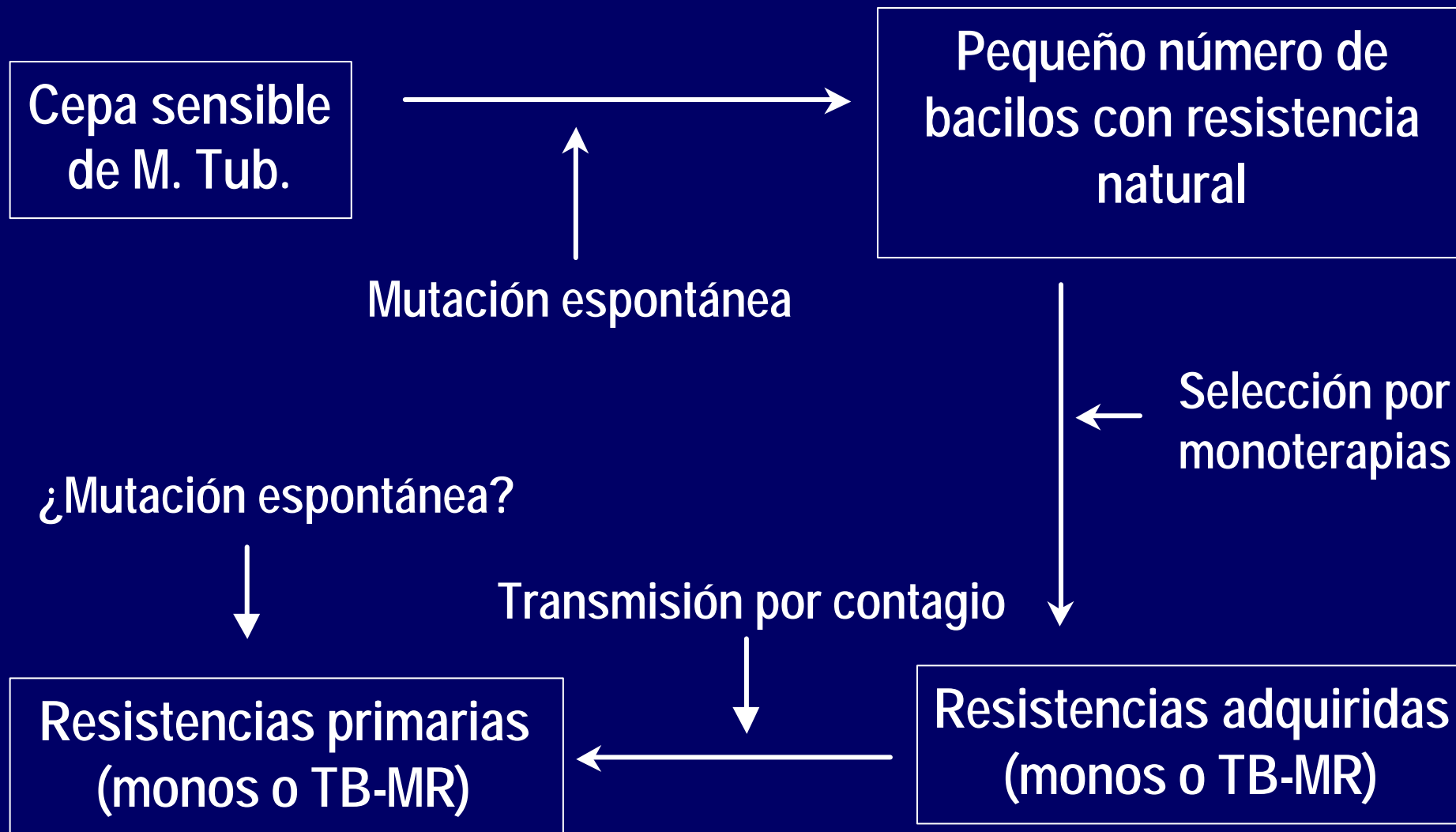
Tuberculosis iniciales

- 2RHZE / 4RH 96-99%
- 2RHZ / 4RH 96%

Recomendaciones: ATS, UICTER, SEPAR

Resistencias a fármacos

Mecanismos de aparición



RESISTENCIAS A FARMACOS ANTI-TBC HUVH (1995-97 / 1997-2002)

	1995-97 (%)	1997-2002 (%)
R. Primarias	5,7 (n = 1535)	9,2 (n = 1427)
R. Secundarias	20,5 (n = 214)	20,1 (n = 442)

*N. Martín. Servicio Microbiología.
Lab. Supranacional de Referencia (OMS)*

EPIDEMIOLOGIA DE LA TBC

Ciudades Europeas (2000)

Ciudad	Tasa (%0.000)	Resistencias a H (%)	TB-MR (%)	Extranjeros (%)
Copenhague	35	10	< 1	50-75
París	45	0-4	< 1	25-50
Atenas	15	5-9	3-5	0-25
Milán	25	10-14	5-10	25-50
Amsterdan	25	10-14	< 1	50-75
Londres	35	5-9	2-3	50-75
Barcelona	40	3-5	1	30-50

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TBC

España 2002

- Incidencia 30 ‰.000
- Curación 74 - 85 %
- Resistencias primarias
 - H 3,7 %
 - R 0,8 %
 - MR 0,6 %

TBC RESISTENTE A H

Uso de tratamientos cortos habituales

Tipo TBC	Fracaso	Recaídas a los 2 años
Sensible	0	5%
Resistente a H	0	13%*

*74% adquirieron resistencia a R

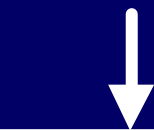
Mitchinson. 1986.

TRATAMIENTO TBC RESISTENTE

Importancia seguir antibiograma

2091 TBC → tto habitual

↓
79 fracasos o recaídas (2,7%) Mismo RFLP



Antibiograma

Inicio

Recaída

17 Sensibles

30 MR → 30 MR

32 Resistencias → 11 MR (56%)

a H o S

Resistentes a H

Riesgo fracaso: OR 4,9

Riesgo recidiva: OR 3,3

Quy (IJTLD 2003;7:631-6)

TRATAMIENTO TBC RESISTENTE

Importancia seguir antibiograma

59 TBC ← tto habitual

↓
Fracaso

Antibiograma

Inicial

Fracaso

Mismo RFLP

31 Sensibles

4 Monoresistentes

13 Resistencias

11 MR (84,6%)

a H o R

15 MR

15 MR

Yoshiyama (IJTLD 2004;8:31-8)

TBC RESISTENTE A H

Recaídas

Tratamiento con 2RHZS/4RH

Enfermos

61

Recaídas

5 (8,2%)

Tratamiento recomendado

2RHZE /10RE

RECAÍDAS TRAS TRATAMIENTO

Enfermos sensibles y resistentes iniciales a H

Pauta	Sensibilidad H	nº pacientes	Recaída
2RHZS / 4RH 0	Sensibles	1415	71 (5,02)
2RHZE / 4RH	Resistentes	84	6 (7,14)

Mitchinson. Eur Respir J 2005.

TBC por cepas distintas simultáneas (Sudáfrica)

- 19% tenían cepas sensibles y MR
- 57% de los MR (Beijing) tenían cepas sensibles simultáneas.

Warren RM. Blue J 2004;169:610-14.

¿ TRATAMIENTO CON 3 o 4 FÁRMACOS? H. U. Vall d'Hebron (n=1500)

RESISTENCIAS PRIMARIAS

- H 3,8%
 - R o Z 1%
-
- 4,8%

MICOBACTERIOSIS

- Kansasii, Avium, Xenopi, etc 3,5%

M. bovis

0,3%

Total resistencias primarias a 1 fármaco de la pauta RHZ 8,6%

Tratamiento M. Ambientales y M. Bovis

M. Ambientales:

$R + E + \text{¿H?} + Cl$

M. Bovis:

$R + H + E$

Siempre hay resistencia a Z

Thorax 1998;53:536-548

BTS Guidelines

Chemotherapy and management of tuberculosis
in the United Kingdom: recommendations 1998

Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society*

Tratamiento recomendado TBC inicial

Joint Tuberculosis Committee de la British Thoracic Society

1. Tratamiento inicial → 2RHZE / 4RH

2. "El 4º fármaco puede ser omitido si hay bajo riesgo de resistencia a la H".

2RHZ / 4RH

3. Meningitis TBC → 2RHZE / 10RH

Eur Respir J 1999; 14: 978–992
Printed in UK – all rights reserved

Copyright ©ERS Journals Ltd 1999
European Respiratory Journal
ISSN 0903-1936

ERS TASK FORCE

Tuberculosis management in Europe

Recommendations of a Task Force of the European Respiratory Society (ERS), the World Health Organisation (WHO) and the International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) Europe Region.

Task Force of ERS, WHO and the Europe Region of IUATLD

Writing members: G.B. Migliori, M.C. Raviglione, T. Schaberg, P.D.O. Davies, J.P. Zellweger, M. Grzemska, T. Mihaescu, L. Clancy, L. Casali

Tratamiento recomendado TBC inicial (Europa)

OMS y ERS Task Force

1. - Casos nuevos con ZN +
- Casos ZN (-) con lesiones extensas
- Formas extrapulmonares graves

2. - Casos nuevos con ZN (-) con
lesiones poco extensas
- Formas extrapulmonares menos graves

2RHZE / 4RH
(RHZS)

2RHZ / 4RH

Tratamiento recomendado TBC inicial (EEUU)

American Thoracic Society / Infections Diseases Society

1. 2RHZE / 4RH

Grado de evidencia

En VIH + → A (II)

En VIH - → A (I)

2. Si no hay resistencias puede excluirse el E

MMRW 2003;52 (RR-11).

Resistencias primarias Situación en EEUU (1990)

	New York*	EEUU**
R. Primarias	23%	14,2%
Multirresistencias (H + R)	7%	3,5%

**Frieden. NEJM 1993.*

***Beck-Sogué. JAMA 1992.*

Tratamiento TBC en EEUU (1990) 28 centros con más de 250 TB/año

Pauta Terapéutica	Adultos	Niños
H R	20%	60%
H E	2%	3%
HRZ o HRZE	76%	37%
Fármacos combinados	23%	6%
Tratamiento supervisado	10%	10%

Lef DR. Blue J 1993.

Toxicidad por Etambutol

Estudio oftalmológico mensual* (n=908)

	Fase inicial (2m)	F. Continuación (10 m)
Sospecha inicio toxicidad	0	12
Neuritis óptica	0	2

*Test Ishihara, fondo ojo, campimetría

Conclusiones

Tratamiento TBC inicial

Fase inicial

1. 2RHZE
2. En casos con poca densidad bacilar o con resistencias muy improbables 2RHZ

Si antibiograma sin resistencias o a los 2 meses

Retirar E

Conclusiones

Tratamiento TBC inicial

Fase continuación

1. Si no hay resistencias o no hay antibiograma

4RH

2. Si hay resistencias →

Retratamiento

Conclusiones

Tratamiento TBC inicial

2RHZE / 4RH

En preparados con varios fármacos en la misma pastilla

*A mi buen amigo Rafael Vidal,
por su forma de ser y por tantas
enseñanzas que me ha transmitido
en este campo.*

**Guía
de la
Tuberculosis
para
Médicos Especialistas**

[Signature]
Jun. 2003

2003

José A. Caminero Luna

**Unión Internacional Contra la Tuberculosis
y Enfermedades Respiratorias
(UICTER)
68 boulevard Saint Michel, 75006
París – Francia**