Saunders MJ, Evans CA.  
Poner fin a la tuberculosis a través de la prevención (Editorial)  
*New England Journal of Medicine* 2019;380(11):1073-1074.  
Open access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30865803>

La tuberculosis mata a más personas que cualquier otra infección. Durante muchos años, se supuso que el diagnóstico y el tratamiento efectivos de las personas con enfermedad tuberculosa sintomática evitarían el contagio lo suficiente como para controlar la enfermedad. Sin embargo, varios estudios han demostrado que, aunque los programas de tuberculosis han resultado en reducciones rentables de la mortalidad, tales esfuerzos no han tenido un efecto detectable en la incidencia global de la enfermedad.

Existe consenso en que los ambiciosos objetivos mundiales para poner fin a la epidemia de tuberculosis solo tendrán éxito con la inversión en intervenciones específicas para la prevención de la tuberculosis. La terapia preventiva contra la tuberculosis (es decir, el tratamiento para la infección tuberculosa latente asintomática) es altamente efectiva, especialmente en personas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en quienes reduce el riesgo de muerte en un tercio, con o sin terapia antirretroviral actual. Sin embargo, los regímenes preventivos actuales requieren varios meses de medicación. La aceptabilidad y la adherencia se ven aún más desafiadas por la escasa vinculación entre la prestación de atención del VIH y la tuberculosis y por los temores infundados de causar resistencia a los medicamentos. En parte por estas razones, de los aproximadamente 30 millones de personas con infección por VIH que son elegibles para la terapia preventiva contra la tuberculosis, menos de 1 millón la recibió en 2017.

En este número del Journal, Swindells y colegas informan los resultados de un ensayo aleatorizado multipaís que compara 1 mes de isoniazida diaria más rifapentina con 9 meses de isoniazida diaria solo para prevenir la tuberculosis y la muerte en personas con infección por VIH. El régimen de 1 mes no fue inferior al régimen de 9 meses tanto en personas que tenían infección latente de tuberculosis como en aquellas que no tenían infección latente. Además, el régimen más corto tenía más probabilidades de completarse y tenía tasas más bajas de eventos adversos. Estos datos muestran que la tuberculosis puede prevenirse eficazmente con un régimen de 1 mes y se suman al creciente número de alternativas a la monoterapia con isoniazida tradicional para prevenir la tuberculosis. Estas alternativas incluyen isoniazida y rifapentina administradas semanalmente durante 3 meses, 3 meses diarios de isoniazida y rifampicina y 4 meses de monoterapia diaria con rifampicina.

Aunque existe evidencia de la posible relación costo-efectividad de los regímenes que contienen rifapentina para prevenir la tuberculosis, el costo de la rifapentina puede ser una barrera importante para la implementación en los entornos de bajos ingresos donde ocurre la mayor parte de la tuberculosis. Dada la abundante evidencia Para la eficacia de los regímenes que contienen rifapentina, se debe apoyar y ampliar la promoción para reducir el costo de este medicamento para mejorar el acceso de los pacientes que tienen más probabilidades de beneficiarse.

A nivel mundial, la gran mayoría de los casos de tuberculosis ocurren en personas sin infección por VIH, por lo que el régimen de terapia preventiva de 1 mes deberá reevaluarse en otras poblaciones. Los contactos recientes de pacientes con tuberculosis tienen un riesgo particularmente alto de contraer la enfermedad, pero con poca frecuencia se prescribe terapia preventiva. Sin embargo, los análisis de modelos sugieren que el tratamiento más efectivo de los contactos, incluida la alta cobertura de detección y terapia preventiva, debería reducir sustancialmente la carga de tuberculosis a nivel de la población y evitar una gran proporción de enfermedades y muertes infantiles causadas por tuberculosis. Identificación de contactos y hogares que corren el mayor riesgo de contraer tuberculosis y, por lo tanto, se puede priorizar para las intervenciones, es probable que mejore en gran medida su impacto y rentabilidad. Se ha demostrado que dicha identificación es posible utilizando datos clínicos y sociodemográficos fácilmente recopilables. Sin embargo, existe una necesidad urgente de herramientas equivalentes para la estratificación del riesgo para identificar a los miembros de la comunidad que están en alto riesgo de tuberculosis a pesar de que tienen sin contacto conocido con pacientes. Idealmente, tales herramientas serían no invasivas y no requerirían pruebas cutáneas de tuberculina o el uso de ensayos de liberación de interferón-γ, ya que tales pruebas están limitadas por barreras operativas y son malos predictores de la enfermedad tuberculosa.

Mejorar la brevedad, la aceptabilidad y la seguridad de la terapia preventiva es importante y potencialmente tener un efecto importante. Sin embargo, dicha terapia debe considerar en el contexto de que se cree que varios miles de millones de personas, entre una cuarta parte y un tercio de la población mundial, tienen infección tuberculosa latente asintomática y, por lo tanto, corren el riesgo de progresión una enfermedad tuberculosa sintomática. Es probable que los intentos de prevenir la tuberculosis sean más eficientes y también más socialmente justos, si se integran con los intentos de fortalecer el diagnóstico y la cura de la tuberculosis. Además, los estudios mencionados anteriormente que tienen éxito que los programas de tuberculosis no han tenido ningún efecto detectable sobre la incidencia de la tuberculosis, también han detectado cómo la incidencia de la tuberculosis aumenta cuando los países se empobrecen y tienen problemas cuando la pobreza disminuye. Las intervenciones socioeconómicas para la reducción de la pobreza, como las transferencias de efectivo, han reducido las tasas de tuberculosis a nivel regional y mundial y han mejorado los resultados de la tuberculosis. Por lo tanto, los intentos de aumentar la calidad de la terapia preventiva deben integrarse con los aspectos socioeconómicos. Intervenciones para facilitar el acceso equitativo a la salud atención al mismo tiempo que aborda los determinantes sociales que impulsan la epidemia de tuberculosis.

Los formularios de divulgación proporcionados por los autores están disponibles con el texto completo de este editorial en NEJM.org.

De la División de Enfermedades Infecciosas e Inmunidad, Imperial College London, y Wellcome Trust Imperial College Center for Global Health Research, Londres; e Innovación para la Salud y el Desarrollo, Laboratorio de Investigación y Desarrollo, Universidad Peruana Cayetano Heredia, e Innovación por la Salud y Desarrollo, Asociación Benéfica PRISMA, Lima, Perú.