
MESA ESPONTÁNEA III

Jueves, 16 de octubre de 2008
15:00 a 17:00

Tuberculosis: una enfermedad emergente en España

Moderan: Joan Caylà e Ildelfonso Hernández

BROTOS DE TUBERCULOSIS EN BARCELONA (2002-2007)

A. Orcau, P. Gorrindo, A. Botia, C. Elias, I. Badosa, M. Sanz, J.E. Ospina, J.A. Caylà, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Describir las características de los casos a los que no se ha hecho estudio de contactos (ECC) y de los índices con casos secundarios Describir los brotes de Tuberculosis (TB) detectados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de los casos detectados por el Programa de TB de Barcelona entre 2002 y 2006. La relación entre los factores sociodemográficos, clínicos, bacteriológicos y la realización de ECC y/o la aparición de casos secundarios se analizaron por regresión logística. Se realizó un estudio descriptivo de los brotes detectados entre 2002 y 2007 estudiando la evolución temporal, el ámbito de aparición y las características de los casos índices y secundarios.

Resultados: Se detectaron 2.322 casos de TB. La proporción de casos con ECC realizado fue del 70% (84% en bacilíferos). Los factores predictores más importantes de no hacer ECC fueron tener más de 64 años (OR: 5,6; IC 95%: 3,6-8,5), una localización extrapulmonar (OR: 10 IC 95%: 7,4-13,4), ser usuario de drogas inyectadas (OR: 4,1 IC 95%: 2,7-6,1) y ser indigente (OR: 8,5 IC 95%: 5,3-13,6). Los principales factores asociados a la detección de casos secundarios en TB pulmonar fueron un retraso diagnóstico mayor de 60 días (OR: 2 IC 95%: 1,3-30) y ser BK+ (OR: 3,6 IC 95%: 2,3-5,4). Se detectaron 180 brotes de TB, entre 17 y 42 por año. El total de enfermos fue 438 (15% del total). Hubo 135 brotes (75%) de 2 casos y 29 (16%) de 3. La mayoría se detectaron en el ámbito familiar, 127 (70%) y el 92% ocurrieron entre personas del mismo país de origen.

Conclusiones: Se debe mejorar el ECC en pacientes con edad avanzada, en colectivos de riesgo y en las formas clínicas menos contagiosas. Se detectaron más casos secundarios en pacientes bacilíferos y con mayor retraso diagnóstico. Los brotes de TB son muy frecuentes en nuestro medio y su estudio permitirá mejorar las actividades de control de la enfermedad.

TUBERCULOSIS RESISTENTE EN ESPAÑA

N. Martín Casabona, et al

Servicio de Microbiología, Hospital Vall d'Hebron.

Antecedentes/objetivos: Conocer si el incremento de la tuberculosis resistente, que se detecta en el ámbito mundial, se refleja en los datos españoles y si el cambio demográfico que registra España está teniendo influencia en la resistencia.

Métodos: Se han revisado las publicaciones españolas sobre resistencias de los últimos 10 años (desde 1997) citados en Medline que incluyan más de 100 pacientes, analizando los porcentajes de resistencias primarias y adquiridas globalmente y en autóctonos e inmigrantes. También se investigó el grado de participación de las Comunidades Autónomas en el Global Project on Antituberculosis Drug Resistance surveillance de WHO/IUATLD (GPADR).

Resultados: Al intentar establecer una comparación entre los datos publicados se evidenciaron los siguientes problemas: 1) la falta de uniformidad en la presentación de los datos; 2) no se diferencia entre pacientes nuevos y pacientes previamente tratados; 3) en ocasiones, el cálculo de resistencias no es correcto; 4) no se incluyen controles de calidad externos. Considerando estas limitaciones, los porcentajes de resistencia oscilan, en pacientes nuevos, para H del 1,8- 5,3%; para R 0,2-1,7%; para E 0,2- 4,5%; para S del 1,3-7,2% y para Z del 0,8-3%. En los pacientes previamente tratados, la resistencia varía en H del 4,4- 30,5%; en R del 0-19,6%, en E del 0-7,5%, en S del 0-27,3% y en Z del 0-8,7%. Cuando se incluyen inmigrantes el porcentaje de las resistencias se incrementan. En España, sólo tres CCAA participan en el GPADR.

Conclusiones: Los datos de un país dan lugar a confusión cuando se utilizan diferentes fuentes o están fragmentados. Sería recomendable informar los datos microbiológicos españoles de una manera uniforme e incluir, en el marco del Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España, un esquema de información de resistencias, con calidad controlada, que nos permita la vigilancia sobre la tuberculosis resistente.

PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA

A. Limia Sánchez, et al

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/objetivos: En 1991, la 44ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó

la resolución: "Programa para el control de la TB", en la que se establecían metas para el año 2000. Ese año, se creó la Alianza "Alto a la Tuberculosis" como un movimiento mundial para acelerar la acción social y política encaminada a detener la propagación de la TB en el mundo. En la Región Europea de la OMS, la TB continúa siendo un problema importante de salud pública, con una amplia variabilidad entre países y un gradiente de incremento de la incidencia de Oeste a Este. En octubre de 2007, los países de la Región Europea de la OMS firmaron la Declaración de Berlín, que incluye el objetivo de promover el desarrollo de planes nacionales frente a la TB para mejorar el control de la enfermedad. En febrero de 2008, el Centro Europeo para la Prevención y Control de la Enfermedad (ECDC) ha puesto en marcha un Plan de acción contra la TB para la Unión Europea. La epidemiología de la TB en España en los años 80 y 90 estuvo muy influenciada por la epidemia de VIH o, más concretamente, por los usuarios de drogas por vía parenteral infectados por VIH. Recientemente, el cambio demográfico que se está experimentando por la llegada masiva de personas procedentes de países en vías de desarrollo, ha propiciado un patrón epidemiológico con alto porcentaje de casos que corresponden a personas de esos países. Elaboración de un Plan para la prevención y control de la TB de ámbito nacional.

Métodos: A propuesta de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), se formó un Grupo de trabajo integrado por las CCAA para la revisión de la situación del programa de TB. La Dirección General de Salud Pública (DGSP), en coordinación con la SEPAR, constituyó otro Grupo de trabajo con las 11 Sociedades científicas involucradas en el control de la TB, para la elaboración de una propuesta con los criterios básicos para la elaboración del plan. El trabajo de ambos grupos fue coordinado por la DGSP.

Resultados: Se observó heterogeneidad entre los planes de control de la TB de las distintas CCAA, encontrándose marcadas diferencias en algunos aspectos. Se elaboró un plan consensuado por todas las sociedades científicas y las CCAA, incluyendo los criterios básicos que deben cumplir los programas implantados, o que se vayan a implantar, a nivel de todo el Estado. Los criterios básicos se agrupan en cuatro aspectos fundamentales: 1) detección precoz y diagnóstico; 2) tratamiento, tanto de casos nuevos como de personas previamente tratadas, y seguimiento y resultado final; 3) vigilancia de la enfermedad tuberculosa y de las resistencias antimicrobianas; 4) estudio de contactos. El documento del Plan fue aprobado por la Comisión de Salud Pública del CISNS el 15 de noviembre de 2007, y por el CISNS el 18 de junio de 2008.

Conclusiones: La existencia de un "Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España" consensuado con las Sociedades científicas y las CCAA fortalecerá la prevención y control de la TB en España y potenciará el desarrollo de planes autonómicos.

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNICIPIO DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

I. Barrabeig, M. Llach, M. Santón, J. Roca, F.J. Gispert, N. Altet, et al
Unidad de Vigilancia Epidemiológica Costa de Ponent-Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/objetivos: Describir las características de los casos de tuberculosis en el municipio de L'Hospitalet de Llobregat durante los años 2004-2007. Describir las estrategias de control establecidas para la población inmigrante en este municipio durante el año 2008.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de tuberculosis detectados en el municipio de L'Hospitalet de Llobregat durante el período 2004-2007. Se establecieron estrategias de intervención dirigidas a eliminar las fuentes contagiantes y el reservorio endógeno de la enfermedad: en los centros especializados, en la atención primaria de salud y en la comunidad.

Resultados: Durante el período 2004 a 2007 se han declarado en este municipio un total de 395 casos de tuberculosis, con una tendencia ascendente en los últimos años (tasa de incidencia de 28/100.000 habitantes en el año 2004 a 43/100.000 en el año 2006). En referencia al país de origen de los casos se ha observado

un aumento en la proporción de personas nacidas fuera del estado español, que en el año 2004 fue de 31% y en el año 2007 de 54%. El grupo de población que ha presentado un aumento de casos de tuberculosis más importante ha sido el de las personas de origen boliviano, con 2 casos en el año 2004 y 25 casos en el año 2007. En total se han notificado 57 casos en personas bolivianas, siendo el 53% mujeres, con una edad media de 29 años (rango: 10-47 años). Todos ellos habían llegado recientemente al país (< 5 años). La mayoría vivían en los Distritos II, IV y V del municipio. La localización más frecuente fue la pulmonar (80%), seguida de pleural (6%) y linfática extratorácica (6%). En el 85% de los casos la radiología de tórax fue anormal (el 44% anormal cavitaria) y el 66% de los casos la baciloscopia fue positiva (por microscopia directa y/o cultivo). El 31,5% entraron en el programa de tratamiento directamente observado, en régimen domiciliario. Respecto a las estrategias de control, las prioritarias han sido: el diagnóstico precoz, el tratamiento correcto y el seguimiento hasta la curación de las personas enfermas, a través del trabajo en equipo de los profesionales de las Unidades clínicas de tuberculosis, de los profesionales que realizan el tratamiento directamente observado, de los agentes comunitarios de salud y de los profesionales de las Unidades de vigilancia epidemiológica. También se han establecido estrategias de detección de casos y búsqueda activa de infectados en inmigrantes recientes (especialmente en niños, adolescentes y mujeres embarazadas) en la Atención Primaria de Salud, y de sensibilización a la población inmigrante sobre la tuberculosis para fomentar la adherencia al tratamiento de las personas enfermas y la quimioprofilaxis a los infectados de alto riesgo.

Conclusiones: La incidencia de la tuberculosis ha aumentado en los últimos años en el municipio de L'Hospitalet de Llobregat, especialmente en las personas de origen boliviano. Es necesario determinar la efectividad de la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa en las personas infectadas.
