



ARTÍCULO ESPECIAL

XIV jornadas científicas de la Red Española de Atención Primaria. Inmigración, nuevos retos en atención primaria: la tuberculosis

Scientific symposium of the Spanish Primary Care Network. Immigration and new challenges in primary care: tuberculosis

Espainiako Lehen Mailako Arretako Sarearen XIV. jardunaldi zientifikoak. Inmigración, nuevos retos en atención primaria. “La tuberculosis”

Ricardo Franco Vicario

Departamento de Medicina UPV/EHU, Hospital de Basurto (Osakidetza), Bilbao, España

Recibido el 24 de febrero de 2010; aceptado el 16 de marzo de 2010

Me complace compartir esta mesa redonda con gente ilustre e inquieta por los problemas que atañen a nuestro prójimo; un prójimo que intenta abrirse camino y dignificar su existencia, venciendo dificultades de todo tipo. Afortunadamente, creo que esta tierra y sus gentes somos permeables y amables, en el sentido literal de estas palabras: acogemos con amor, porque sabemos que amor con amor se paga.

Y, dicho esto de todo corazón, a mí me ha tocado hablar de la tuberculosis.

La verdad es que éste es un tema que “me pone” —como dicen los chavales en la actualidad. Me pone, no en una disposición erótica, que tampoco sería cuestión de despreciar a mi edad. Los que se me erizan son los pelos, que se me ponen de punta —como escarpías—, porque estamos ante un viejísimo problema que aún sigue sin resolver, y no sólo aquí sino en el resto del mundo.

No me extraña que alguien haya dicho que la lucha contra la tuberculosis ha dejado en ridículo a los científicos, a

los epidemiólogos, a los clínicos, a los sociólogos y a los políticos.

Fijense: han transcurrido 127 años desde el descubrimiento del bacilo tuberculoso —el 24 de marzo de 1882—, y más de 65 desde que existe un tratamiento efectivo para la enfermedad, y el panorama mundial sigue siendo desolador:

1. La tercera parte de la población mundial está infectada.
2. La prevalencia global se estima entre 16 y 20 millones de personas.
3. La incidencia anual ronda los 8 millones de casos.
4. Unos 2 millones de personas fallecen al año por esta enfermedad.

Lo inaudito es que estamos ante una enfermedad de etiología conocida, en principio totalmente tratable y teóricamente controlable.

Correo electrónico: RICARDO.FRANCOVICARIO@osakidetza.net

La peste blanca o el príncipe de la muerte —apelaciones metafóricas de la tuberculosis o tisis— sigue campando por sus respetos; no respeta a nadie, ni fronteras, ni generaciones, y tiene una capacidad de dañar y matar que persiste como amenaza actual.

En el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Basurto —ese magnífico y centenario centro donde trabajo— llevamos 35 años auditando periódicamente esta enfermedad.

La productividad científica de esta investigación ha sido importante: publicaciones, jornadas, seminarios, mesas redondas, tesis doctorales, etc.

Los primeros trabajos se publicaron en la prestigiosa revista *Medicina Clínica* en 1978.

El 28 de mayo de 1982, a instancias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, se constituyó el primer Comité de Expertos de Tuberculosis, en el cual tuve el honor de participar junto con excelentes profesionales de centros hospitalarios de Vizcaya, Guipúzcoa y Álava.

Partíamos del hecho de que la situación y evolución en España era muy confusa y contradictoria, hasta el punto de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos incluyó en un grupo de países con datos no fiables.

Por supuesto que en la comunidad autónoma del País Vasco (CAPV), en aquella época, tampoco conocíamos ni aproximadamente la realidad.

El Comité de Expertos pudo disponer de datos de 10 investigaciones censales realizadas en la población escolar de Vizcaya sobre 650.374 niños, desde abril de 1956 hasta abril de 1978.

Aplicando los modelos matemáticos desarrollados por Styblo et al, se obtuvieron las estimaciones del riesgo anual de infección; en el año 1977 se situaron entre un 0,2 y un 0,5% lo cual suponía una incidencia aproximada de tuberculosis pulmonar directo-positiva de 22 casos/ 100.000 habitantes (469 casos en la CAPV; 260 en Bizkaia; 152 en Guipúzcoa, y 57 en Álava).

El comité propuso una serie de objetivos que nunca se cumplieron, pero al menos se comenzó a poner un cierto orden, rigor y veracidad en las cifras.

Justo cuando publicábamos otro de los períodos auditados (1975-1982), continuación de los anteriores, nuevas situaciones sociosanitarias habían entrado en escena: la drogadicción, un paulatino incremento de la población marginal, la crisis socioeconómica —no sé si mejor o peor que la actual—, la creciente inmigración desde países en vías de desarrollo, el envejecimiento de la población y, sobre todo, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La primera década del sida (1983-1992) fue dramática. Una de nuestras muchas conclusiones era una perogrullada: la tuberculosis seguía estando ligada a la pobreza, al desempleo, al alcoholismo (34,7%) y a un conjunto de enfermedades asociadas, incluida la condición de sida y el VIH positivo.

De los 685 pacientes domiciliados en el área metropolitana de Bilbao, en 392 casos tuvimos conocimiento tanto de su situación laboral como del distrito de residencia. Se observó en los distritos 3 y 4 un mayor número de casos, coincidente con una mayor proporción de desempleados.

Entre los pacientes estudiados por Susana Rubio durante la primera década del sida, en el Hospital de Basurto, el 2,54% (15 varones y 11 mujeres) había nacido en el extranjero:

- 10 pertenecían a la CEE (7 a Portugal).
- 7 a países centroefricanos.
- 2 eran marroquíes.
- 3 eran asiáticos.
- 4 eran latinoamericanos.

Un estudio de similares características, realizado en la comarca del Bajo Deba por García-Zamalloa (1995-2003), con una casuística de 514 casos, encontró un porcentaje del 0,58%

La tuberculosis en la población inmigrante no había hecho más que asomar su patita por debajo de la puerta.

Como se señala en el Plan Vasco de Inmigración, en el que ha participado activamente la profesora Elena Rodríguez Álvarez, ponente en estas jornadas: las personas que se deciden a emigrar son sanas y la gran mayoría tiene un riesgo bajo de presentar enfermedad tuberculosa. Sin embargo, este riesgo es, en general, mayor que el de la comunidad receptora, pues provienen de áreas con una mayor prevalencia de infección y enfermedad tuberculosa. Pérez Arellano y Huerga coinciden en que las malas condiciones de vida en las que se ven obligados a vivir algunos colectivos de inmigrantes más desfavorecidos son la causa de que enfermen de tuberculosis, probablemente por reactivaciones endógenas en la mayoría de los casos.

Observen que estamos en 1992, justo un año antes de que la OMS declarase la tuberculosis “una emergencia mundial”.

En aquella época, la situación de la tuberculosis en algunos de los países que aportan más emigrantes a España y a Europa era, y sigue siendo, escalofriante, y lo que es peor: se detectaban porcentajes altos de resistencias primarias a la isoniacida.

En nuestro medio, a partir de 1996, las aguas turbulentas de la enfermedad tuberculosa, desbordadas por el impacto de la pandemia del sida, vuelven a su cauce poco a poco, con un progresivo descenso de las tasas, tanto en los pacientes con sida como en los negativos frente al VIH.

En el año 2000, con unas tasas sonrojantes con respecto al resto de los países europeos, la práctica clínica en relación a la tuberculosis en España, en el último tramo del siglo xx, ofrecía, sin embargo, aspectos positivos como:

- Notable mejora del diagnóstico bacteriológico.
- Uso generalizado de preparados combinados para el tratamiento.

Aun así, persistían importantes sombras que urgía corregir:

- Innecesario ingreso de los pacientes (71,6%), lo cual supone un uso inadecuado de recursos y conlleva, además, un incremento del riesgo de transmisión nosocomial.
- Escasa información sobre la duración del tratamiento.
- Deficiente investigación de los contactos.
- Importante demora (25%) de más de 3 meses, entre el comienzo de los síntomas y el inicio del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que la rápida detección y tratamiento de los enfermos y sus contactos es la principal estrategia de control de la tuberculosis. Los expertos estiman que dicha demora no ha de ser superior a 15 días en el 95% de los casos.

En el año 2001, la Administración Sanitaria del Gobierno Vasco lanza un nuevo programa de Prevención y Control de la Tuberculosis con un objetivo general que tampoco se ha cumplido: reducir la tasa de incidencia de la tuberculosis en la CAPV por debajo de 20 casos/ 100.000 habitantes antes del 31 de diciembre de 2005.

Dicho plan presenta novedades con respecto a los anteriores, fundamentalmente:

1. Introducción, en los casos indicados, de los denominados tratamientos directamente observados, a fin de facilitar y conseguir el cumplimiento del mismo.
2. Se reserva el despistaje de la infección tuberculosa mediante la prueba de la tuberculina para aquellas personas pertenecientes a grupos de riesgo muy elevado, con la intención de administrar la quimioprofilaxis correspondiente en su caso.
3. Se implanta la figura del “gestor de casos” como pieza fundamental de un dispositivo asistencial complementario. Este gestor realizaría un seguimiento integral del conjunto de actuaciones necesarias para completar el estudio y tratamiento de todos los casos de tuberculosis diagnosticados en el País Vasco. Dicha figura será también la encargada de potenciar la coordinación entre la atención primaria y la especializada.
4. Se potencia la coordinación con los servicios de bienestar social, instituciones cerradas y establecimientos penitenciarios, para dar respuesta al conjunto de problemas planteados por esta enfermedad.
5. Se cuestiona el papel de la vacuna BCG, hasta ahora obligatoria en el calendario vacunal, en nuestra comunidad.

José Manuel Llamazares, médico de atención primaria, que está a punto de defender su tesis doctoral, recogió el testigo del seguimiento de la enfermedad tuberculosa en el Hospital de Basurto, estudiando el período 1993-2002.

La drástica declinación de la patología VIH/ sida provoca una disminución de la incidencia de la tuberculosis en el medio hospitalario a partir de 1995.

La distribución por edades y sexos evidencia, en primer lugar, un predominio del varón y un desplazamiento de la curva etaria hacia personas mayores.

El tiempo de demora en el diagnóstico fue de 53,17 días, notablemente inferior al período anterior (1983-1992), cuando fue de 94.

Se registraron 32 (3,78%) pacientes extranjeros, lo que supone un incremento porcentual de 1,24 puntos en relación con la década anterior. Los inmigrantes enfermos procedían de los siguientes países: Angola, Senegal, Guinea, Zaire, Congo, Líbano, Italia, Filipinas, India, Portugal y Venezuela.

Los distritos 3 y 4 de la comarca sanitaria de Bilbao siguen acaparando la mayor incidencia de casos de tuberculosis; esta zona se ha convertido en un nicho ecológico de la enfermedad.

Junto al incremento de la población extranjera enferma de tisis, la gran novedad de esta década post-sida es la aparición de resistencias a uno o más fármacos antituberculosos, mayoritariamente en sujetos afectados de sida. Se detectaron 59 casos, lo cual supone el 15,52% de los cultivos positivos. No es de extrañar que en el mapa de las resis-

tencias por distritos coincidan en los mismos barrios la mayor casuística.

El fenómeno de la inmigración ha seguido creciendo entre nosotros, aunque no llega a los porcentajes de otras comunidades españolas, como Cataluña o Valencia.

Muchas de las personas aquí presentes en estas jornadas de la REAP (Elena Rodríguez, Teresa Maura, Celina Pereda) han elaborado el mapa sanitario de la población extranjera en el País Vasco, presentado en septiembre de 2008.

En Bizkaia conviven 43.649 extranjeros con una población autóctona de 1.112.319 personas. Los extranjeros en nuestro territorio histórico suponen el 50,7% del total de inmigrantes de la CAPV, y el mayor volumen de ellos corresponde a la comarca de Bilbao, con 19.618 empadronados.

Según nacionalidades, la mayor representación corresponde a Latinoamérica (mayoritariamente mujeres), seguido de los europeos comunitarios, los magrebíes y los europeos no comunitarios. La mayor distancia porcentual se encuentra en los nacionales de África subsahariana y China.

Este crecimiento ha tenido su repercusión en la epidemiología de la tuberculosis. Acuérdense del lema de la OMS, el día mundial de esta enfermedad del año 2007, que se celebra todos los 24 de marzo, desde 1982, coincidiendo con el descubrimiento del bacilo tuberculoso por Roberto Koch en 1882: “Si hay tuberculosis aquí, la hay en todas partes”.

Según la unidad de vigilancia epidemiológica de la Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia, en 2007 se declararon 242 casos de tuberculosis, lo cual supone una tasa anual de 21,6/ 100.000 habitantes, prácticamente igual a la del año anterior.

El objetivo del Plan de Salud de la CAPV para el año 2010 (llegar a una tasa de 10) tampoco se cumplirá.

Aumentó ese año el número de pacientes extranjeros: 47 frente a 33 del año 2006 (casi un 20% del total de casos registrados).

La mayoría procedía de Latinoamérica (24); 12 de África (6 del Magreb y 6 subsaharianos); uno de Asia y 10 de Europa (1 Portugal, 8 Rumanía y 1 Moldavia).

La tasa de tuberculosis en extranjeros supondría en Bizkaia 98,6 casos/ 100.000 habitantes, situados mayoritariamente en la comarca sanitaria de Bilbao.

Ya lo advertía el Dr. Carlos Salinas en un estudio publicado en 2002, en el que colaboró Médicos del Mundo. Los autores encontraron una prevalencia de infectados del 31% (tuberculosis activa del 0,83%).

¿Y cuál es el futuro? Parece previsible que el devenir de la tuberculosis —al margen de los factores políticos, culturales y económicos, ligados a la globalización y al desarrollo sostenible de un modelo neoliberal; de los movimientos de masas: inmigrantes y refugiados; del racismo; de las desigualdades de género; de la diferente accesibilidad, cobertura y eficacia en los sistemas públicos de salud, etc.—, digo que, al margen de todo esto, la tuberculosis va a quedar condicionada a tres factores de índole biomédica:

1. A la evolución de las multirresistencias (la OMS va a invertir 2.150 millones de dólares para contener la tuberculosis resistente a los medicamentos).
2. A la subordinación con la coinfección por el VIH.
3. Al establecimiento de los denominados “nichos ecológicos”, en donde la enfermedad alcanzará su máxima progresión:

- Mayores de 65 años (sobre todo los de bajo nivel socio-económico).
- Inmigrantes procedentes de zonas de endemia elevada.
- Personal sanitario y trabajadores expuestos.
- Colectivos de personas con VIH positivo.
- Enfermos con sida.
- Usuarios de drogas por vía parenteral.
- Alcohólicos.
- Personas con afecciones crónicas.
- Pacientes en tratamientos prolongados con corticoides e inmunosupresores.

En estos nichos ecológicos es donde hay que mantener un elevado índice de sospecha y establecer estrategias adecuadas para la detección temprana de la enfermedad.

Los principales agentes para este fin son el personal facultativo y sanitario de la atención primaria y la ayuda inestimable de las ONGs y redes sociales de apoyo que operan en los barrios más deprimidos (cuarto mundo).

La epidemiología de la tuberculosis, en un próximo futuro, estará ligada a la biología molecular y a la genética.

En efecto, ya no bastará con identificar al bacilo de Koch en un paciente. Será imprescindible saber qué cepas están

actuando en una determinada colectividad, así como su grado de sensibilidad frente a los tuberculostáticos.

Termino señalando que estamos ante un problema de primera magnitud, que hace mucho tiempo que dejó de seducir a los románticos —igual porque ya quedamos pocos—.

Estamos acabando la primera década del siglo XXI y la pelota aún sigue en el tejado. Tiene toda su vigencia la sentencia de Bignall, en la que compara la tuberculosis con lo que en su día supuso la viruela como problema de salud pública: la viruela se erradicó porque no sólo se disponía de una vacuna eficaz, sino además porque no requería habilidad en las relaciones humanas. Sin embargo, en la tuberculosis, la lucha ya no es contra el bacilo, sino contra la mentalidad y las miserias humanas; por ello será larga, muy larga...

Nada más, muchas gracias. Ezkerrik asko. Paz y salud para todos.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses.