



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

I-2. - ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL ÁREA III DE LA REGIÓN DE MURCIA: UN CAMBIO DE PERFIL DE ENFERMO TUBERCULOSO

J. Hernández Roca¹, A. Peláez Ballesta¹, G. Lara¹, M. Canteras Jordana², E. Mene Fenor¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. ²Servicio de Bioestadística. Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Murcia.

Resumen

Objetivos: Análisis epidemiológico de la enfermedad tuberculosa (TBC) en el Área III de la Región de Murcia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos ingresados por TBC desde 2005 a 2010. Se estudiaron de forma retrospectiva las historias clínicas. Se analizaron factores de riesgo para infección (viaje reciente a un país endémico para TBC, exposición a un bacilífero, intimidad y duración del contacto, condiciones del espacio aéreo compartido), factores de riesgo para enfermedad (edad, VIH, vacunación BCG, lesiones pulmonares, condiciones socioeconómicas, nacionalidad, proceso oncológico activo, hemodiálisis, diabetes, gastrectomía o shunt yeyunoileal), características clínicas (mantoux + previo, síntomas respiratorios más de 2 semanas, RxTx, TAC o RM patológica, Zielh Nielsen + en esputo, BAL/BAS, Mantoux +, localización TBC), características del tratamiento (adecuación en tipo y duración aislamiento durante 3 semanas o hasta 3 baciloscopias negativas) y acerca del desenlace final (exitus o curación) y el servicio clínico a cargo del paciente. Analizado con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 97 pacientes con TBC. El 70,1% (68) fueron hombres. El 5,2% (5) habían realizado un viaje reciente a un país endémico. Un 81,4% (79) desconocían exposición a un bacilífero. Un 16,5% (16) confirmaban una exposición y el 93,75% de estos pacientes (15) de los pacientes habían tenido un contacto íntimo y duradero. El 89,7% (87) eran inmunocompetentes. La edad media fue 35,20 años DT \pm 12,86. Un 5,2% (5) eran VIH +. 91,8% (89) desconocían su estado vacunal. El 74,2% (72) eran de clase media y españoles 32% (31). Únicamente el 2,1% (2) estaban en diálisis y 5,2% (5) eran diabéticos. El 69,1% (67) tenían un Mantoux previo negativo. El 73,2% (71) tenían síntomas respiratorios las dos semanas previas y hasta un 86,6% (84) tenían una RxTx patológica al ingreso. El Zielh Nielsen (ZN) en esputo fue positivo en el 63,9% (62). Se realizó broncoscopio a 32 pacientes (33%) por ZN - en esputo siendo rentable únicamente el 17 pacientes (53,1%) TBC pulmonar fue la más frecuente 70,1% (68). El 99% (95) recibieron un tratamiento correcto y la duración fue correcta en un 96,9% (94). Un 73,2% de los pacientes tuvieron aislamiento correcto. La supervivencia de la TBC fue del 96,9% (94) y la mortalidad por TBC 3,1% (3). El 96,9% (94) eran de Medicina Interna.

Discusión: El perfil de paciente de nuestra área es el varón de 35 años español de clase media no vacunado e inmunocompetente, desconocedor de la exposición, con un mantoux previo positivo y síntomas respiratorios de más de 2 semanas de evolución con foco respiratorio y que recibe un tratamiento correcto con una baja

mortalidad por la TBC. La tendencia al descenso del número de casos de TBC en países desarrollados comunicados se interrumpió con un rebrote entre 1985 y 1995. Los factores implicados: VIH/SIDA, el aumento de poblaciones de riesgo y de viajes y desplazamientos, el abandono de los programas de control y la aparición de cepas multiresistentes. Los esfuerzos centraron en el tratamiento directamente observado frenando el crecimiento de la epidemia global en países desarrollados por el TARGA en VIH. En España, se viene observando, una disminución de incidencia, no obstante, la tasa de incidencia global es superior que en otros países de nuestro entorno, con la salvedad de Portugal. Creemos estar experimentando un cambio en el perfil del paciente con enfermedad TBC: nuestros pacientes no corresponde a los clásicos grupos de riesgo pudiendo ser que en este cambio de patrón se encuentre una menor intensidad de los programas de control de TBC.

Conclusiones: El perfil del paciente con TBC está cambiando probablemente programas de control de TBC ineficientes.