



I-008 - TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTES. ENFERMEDAD PREVALENTE en EL ÁREA SANITARIA NORTE DE JAÉN

M. Ruiz Gonzalez¹, J. Gutiérrez Zafra¹, M. Romero Ferreira¹, M. Gómez Olmedo², J. Sampedro Villasán¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Comarcal San Agustín. Linares (Jaén).

Resumen

Objetivos: La TBC sigue siendo una de las enfermedades infecciosas humana más importante del mundo. Dentro de la UE, España es considerada un país con baja incidencia de TBC (< 20 casos/100.000 habitantes). En la actualidad, con las migraciones masivas y la facilidad para viajar, los países de baja incidencia presentan un incremento de sus tasas ya que es traída por inmigrantes procedentes de zonas endémicas. Describimos nuestra experiencia de los casos diagnosticados de TBC en nuestra área sanitaria a lo largo de seis meses en pacientes inmunocompetentes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo de los casos de Tuberculosis diagnosticados en nuestra Área Sanitaria durante un periodo de 6 meses (julio 2014-diciembre 2014) siendo los criterios de selección la positividad de las pruebas microbiológicas o datos anatomopatológicos compatibles con hallazgos en dicha enfermedad. Las variables que analizamos son los datos demográficos del paciente, existencia de comorbilidades, procedencia del paciente, tipo de infección, tipo de micobacteria causante del cuadro clínico, procedimiento diagnóstico utilizado, pauta de tratamiento antituberculostático, duración de dicho tratamiento y mortalidad.

Resultados: Numero casos 13. Edad media: 39,7 años. Sexo: 61,5% hombres, 38,5% mujeres. Antecedentes personales: 33,3% procedían de países extranjeros (donde habían residido hace menos de 5 años). Patologías más prevalentes: 15,3% diabetes mellitus, 15,3% broncopatía. El 38,4% eran fumadores activos. El 15,3% presentaban antecedentes de TBC pleural o lesiones pleurales previas. Un solo paciente estaba vacunado previamente con BCG. Solo en el 23% de los casos se conocía contactos previos con TBC. Clínica: 53,9% presentaba clínica prolongada, 46,1% aguda. El 53,8% presentaba afectación pulmonar (de ellos 71,4% era pulmonar, 28,6% era pleuropulmonar). El 46,2% presentaba afectación extrapulmonar (33,3% pleural/osteomuscular). Mantoux era negativo en el 53,8% de los casos. El diagnóstico es microbiológico en el 77% de los casos (baciloscopia positiva en 66,6%, el cultivo micobacteriano es positivo en el 100%), mientras que en 23% el diagnóstico es histológico (con balicoscopia y cultivo negativo). Solo en el 23% de los pacientes se solicitó la PCR de micobacteria. El germen más frecuentemente aislado es Mycobacterium tuberculosis (80%), 20% se corresponden con micobacterias atípicas. Antibiograma es realizado en el 100% de los casos en el que se aísla el germen (siendo el 80% sensibles a los antituberculosos de primera línea). La pauta de tratamiento: 76,9% uso 4 fármacos (HRPE), 15,5% otras pautas, 7,6% 3 fármacos (HRP). Duración de tratamiento: 6 meses (76,9%), 9 meses (7,6%), otra duración (15,5%). Presentaron efectos secundarios al tratamiento el 23,1% (la mayoría de ellos fueron leves, solo en 1 caso precisó de la

retirada por reacción hepática grave). Seguimiento: curación 92,3%, 7,7% exitus.

Discusión: Las tasas de TBC en pacientes inmunocopotentes siguen una tendencia descendente en nuestro país en los últimos años que se atribuye exclusivamente al descenso de TBC respiratoria, manteniéndose en cifras estables las tasas de TBC extrapulmonares que están alrededor del 30% (similar al porcentaje de nuestra área) Los casos nacidos fuera de España representan un porcentaje destacado, manteniéndose también en torno al 30%; donde se ha observado mayor prevalencia de las formas extrapulmonares también coincidentes con nuestros resultados.

Conclusiones: Es de vital importancia en el control de la TBC: la curación de los casos que constituye junto con la detección precoz de los enfermos y de sus posibles contactos las bases fundamentales para su control. Es fundamental disponer de técnicas diagnósticas precoces (PCR sólo se solicitó al 23% de los casos), seguimiento del correcto cumplimiento del tratamiento y conocer cuanto antes las casos de resistencia a los tuberculostáticos.