

# Situación de la tuberculosis en el área de salud de Vigo (Galicia)

R Vázquez-Gallardo

Unidad de Tuberculosis de Vigo. Programa de Tuberculosis de Galicia. Saúde Pública. Xunta de Galicia.

## ANTECEDENTES Y OBJETIVO

En Galicia se puso en marcha un Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el año 1995<sup>1</sup> y a partir de 1996 el sistema de Registro de dicho programa permite tener información fiable de los casos de enfermedad tuberculosa diagnosticados en la Comunidad y de las características de su seguimiento y situación final.

El Programa pivota sobre las Unidades de Prevención y Control de la Tuberculosis (UTB), creadas en cada una de las siete principales Áreas de Salud y que tienen las siguientes actividades: asistenciales (consulta monográfica de tuberculosis tanto médica como de enfermería), estudio de contactos familiares y en colectivos, tratamiento supervisado ambulatorio, coordinación de las diferentes actividades del Programa y Registro de casos.

La situación de la tuberculosis en Galicia era y sigue siendo, a pesar de la mejoría de la incidencia de los últimos años, preocupante. La incidencia anual se sitúa en torno a los 60 casos por 100.000 habitantes (estimación para 1999) con descensos continuados en los cuatro últimos años (incidencia de 70 en 1996; 64,8 en 1997 y 62 en 1998). Este descenso es menos llamativo si valoramos la incidencia solo de los casos pulmonares (incidencias de 44 en 1996; 43,4 en 1997 y 42,5 en 1998)<sup>2</sup>.

Estos datos nos sitúan a la cabeza de las Comunidades Autónomas españolas, duplicando la media nacional, según los datos publicados recientemente del estudio PMIT<sup>3</sup>.

Cuando se distribuyen los casos por comarcas, se observa un claro pico de incidencia en las zonas costeras de las provincias de Pontevedra y Coruña. Estas son áreas muy urbanizadas, industriales y con una alta densidad de población (que supera los 100 hab/Km<sup>2</sup> en muchos casos). En claro contraste, la menor incidencia se aprecia en las comarcas del interior de las provincias de Orense y Lugo.

La comarca de Vigo es la mayor aglomeración urbana de Galicia y supone una población cercana a los 500.000 habitantes si incluimos los ayuntamientos de su área de influencia, situados, básicamente, en torno a la ría de Vigo. Es un área industrial de población muy estable y escaso crecimiento en el último decenio. El escaso flujo inmigratorio procede básicamente de provincias vecinas de la Comunidad Autónoma; el número de inmigrantes extranjeros es anecdótico. La renta per cápita es la más alta de Galicia, aunque es la primera comarca en cuanto a número de parados.

En esta comunicación se presentarán las características de la enfermedad tuberculosa de este Área.

## MÉTODOS

Se realizará una descripción de los casos registrados con fecha de inicio de tratamiento entre enero y diciembre de 1998, procedentes del registro de la UTB del Área. Los casos entran al registro a partir, tanto de las declaraciones obligatorias de la enfermedad que realizan los médicos que diagnostican, como de la búsqueda de casos no declarados que realiza la UTB. Se consideraron casos nuevos los casos iniciales y las recidivas.

## RESULTADOS

En 1998 se registraron 352 casos de tuberculosis, 219 fueron declarados de manera pasiva a la UTB (el 62%) y el resto fueron incluidos por búsqueda activa, resultando una tasa de prevalencia de  $73 \times 10^5$ . La mayoría fueron casos iniciales (gráfico 1). La incidencia para todos los tipos de tuberculosis fue de 71,6; la incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 49,9 y la de los casos bacilíferos de 29,2. La distribución por edades y sexo puede observarse en el gráfico 2. La mayor

Gráfico 1. CASOS DE TUBERCULOSIS SEGÚN TIPO

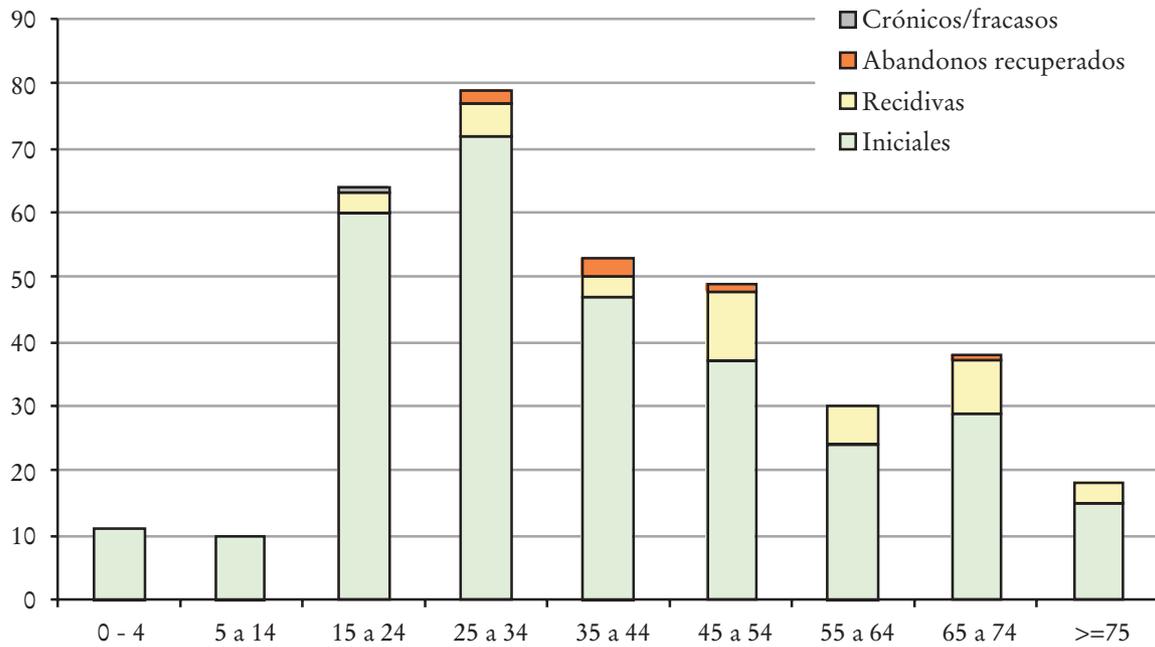
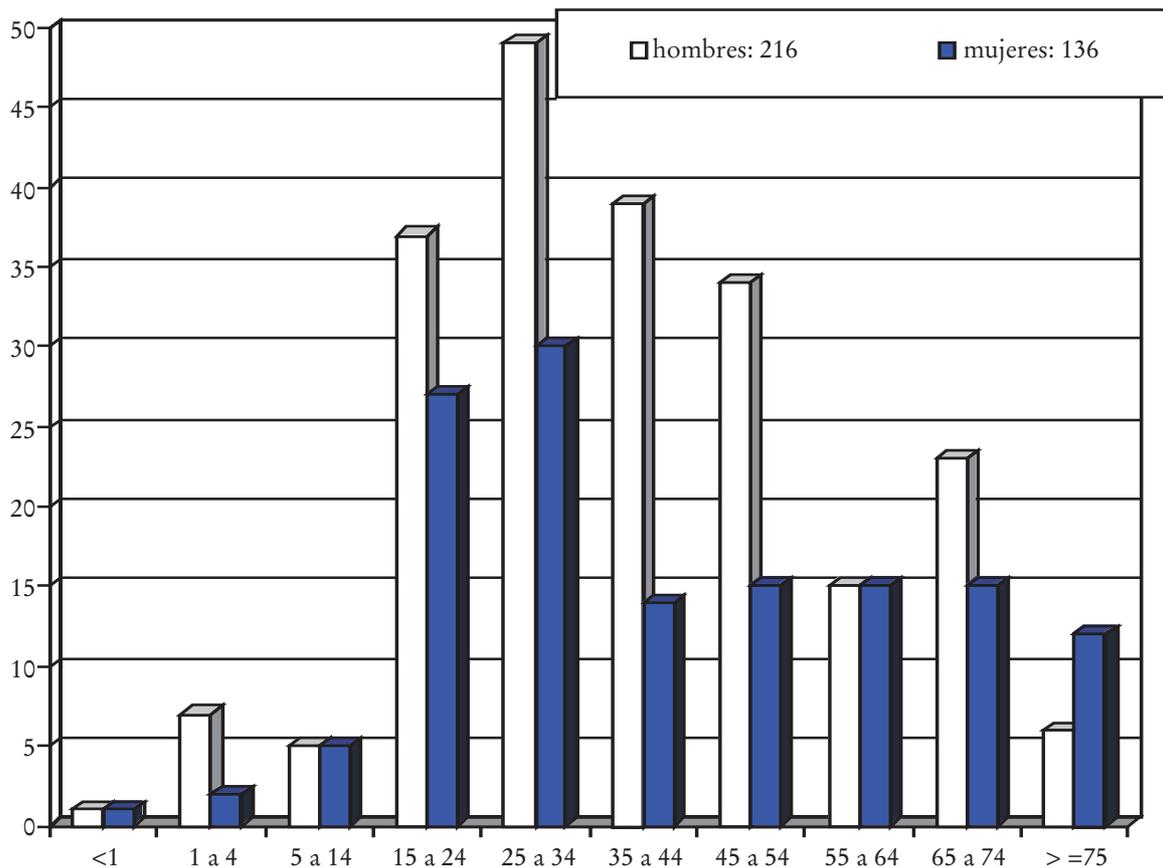


Gráfico 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO



incidencia se detecta en el grupo de edad entre 25 a 34 años (104,4), grupo con la mayor acumulación de casos (79). Los grupos de edad entre 15 a 24 y entre 35 a 44 también presentan elevadas tasas. Hay un claro predominio del sexo masculino en todos los grupos salvo en las edades extremas de la vida. El 60% de los casos no presentó ningún factor asociado ni clínico ni social. Cuando consta algún factor de riesgo para padecer la enfermedad, destaca por encima de los demás el alcoholismo (18%), seguido de la adicción a drogas por vía parenteral y ser VIH positivo. La coinfección VIH/TB se presentó en el 8,2% de los casos. Predominó la pauta de tratamiento estándar con tres drogas (2HRZ + 4HR) instaurada en el 73% de los casos, seguida de la pauta de cuatro fármacos (2HRZE + 4HR) en el 12%. En el 6% de los casos se administraron pautas que incluían fármacos de segunda línea, en la mayor parte de los casos a pacientes con multirresistencias (8 casos registrados en el año). Apareció una resistencia a la isoniazida en el 2,5% de las cepas de los pacientes en los que se pudo aislar *M. tuberculosis* en alguna muestra biológica. Se instauraron 38 tratamientos directamente observados (el 10,8% del total de casos).

Respecto a la situación final de los casos registrados fue la siguiente: 73% tratamiento completado (de ellos, el 5 % con criterios estrictos de curación bacteriológica), 7% muerte por causas no relacionadas con la tuberculosis, 2% abandonos no recuperados o pérdidas del enfermo, 1% (3 casos) muerte por tuberculosis y el resto continuaban el tratamiento en agosto de 1999 (en su mayoría prolongaciones y cambios de tratamiento por intolerancia o por abandonos recuperados).

Se estudió al menos un contacto en el 81 % de los casos bacilíferos y en un 45% de los casos no bacilíferos. En total, aparecen registrados 2.897 contactos con diagnóstico final. Destaca el número de contactos estudiado en el grupo de edad de 15 a 24 años (el 40% del total de contactos estudiados). El 53% resultó no infectado, el 46% infectado pero sin enferme-

dad y en casi el 1% se hizo el diagnóstico de tuberculosis (22 casos).

## CONCLUSIONES

Las tasas de enfermedad tuberculosa son muy altas, superando la media de la Comunidad Autónoma. Es necesario potenciar la declaración pasiva de casos a la UTB, ya que las actividades de búsqueda de casos no declarados dificultan la correcta realización de la función prioritaria de estas Unidades: control de la adhesión del tratamiento hasta la curación del enfermo. El alcoholismo es el factor de riesgo más importante asociado a esta patología; la coinfección con el VIH no es determinante en la epidemiología de la tuberculosis en nuestra Área. El número de tratamientos directamente observados es todavía escaso, ya que ni siquiera cubre a los pacientes con factores de riesgo para abandono conocidos. Debe aumentarse el número de contactos estudiados, aunque es segura la existencia de un importante subregistro, en especial de los individuos que resultan no infectados tras la investigación. La tasa de resistencia a la isoniazida y de multirresistencias es todavía baja en nuestra Área, aunque no despreciable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose. Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia. Documentos técnicos de Saúde Pública; serie A, nº 13. Santiago, 1995.
2. Informes anuales do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose. Serie B, nº 5 y 19. Santiago, 1997 y 1998.
3. La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 1999.