

La tuberculosi a Barcelona: la influència del VIH, de la immigració i de les mesures de control

Àngels Orcau, Antonio Moreno, Cristina Rius, Omar Sued, Joan A. Caylà

Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Resum

La tuberculosi (TB) continua essent un problema de salut pública molt important a escala mundial que es distribueix de forma molt desigual. A la ciutat de Barcelona la situació epidemiològica d'aquesta malaltia ha sofert complicacions importants, primer amb la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) i, més recentment, amb els casos importats. Les mesures endegades estan contribuint al control d'aquesta vella malaltia.

La tuberculosi: algunes xifres

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que durant l'any 2003 hi va haver 8,8 milions de nous casos de tuberculosi (TB) al món, que representen una incidència de 140 casos per 100.000 habitants, dels quals 3,9 milions (62/100.000) presentaven la bacil·loscòpia d'espüt positiva¹. La majoria d'aquests casos s'agrupen en les zones més empobrides de l'Àfrica subsahariana i d'Àsia, on la coinfecció amb el VIH agreuja el problema. Tot plegat fa de la TB una epidèmia de primera magnitud.

L'actual Programa de Prevenció i Control de la TB de Barcelona, iniciat el 1987, es basa en un sistema de cerca activa que pretén recollir tots els casos diagnosticats. A partir de cada malalt detectat, infermers/es de Salut Pública recullen informació demogràfica, clínica, microbiològica i de seguiment, amb l'objectiu d'aconseguir una bona adherència al tractament i un elevat percentatge de contactes estudiats².

La incidència de TB a Barcelona augmentà durant els primers anys del Programa, fins arribar l'any 1991 a una taxa de 61,7 casos/100.000 habitants. La forta influència de la coinfecció amb el VIH, en persones que eren usuàries de drogues per via parenteral (UDVP), explicaren en part l'elevada incidència. El control de la malaltia s'orientà a aquelles persones amb major risc: UDVP, indigents i presos³.

Durant la dècada dels 90, i sobretot a partir de l'aparició dels tractaments antiretrovirals de gran activitat l'any 1996, la malaltia presentà un declivi mig anual del 6 % fins a 39/100.000 habitants l'any 1999. Amb el nou mil·lenni, el declivi anual de la malaltia s'alentí i s'observà un canvi en el perfil dels malalts detectats. S'observà una disminució progressiva de malalts coinfectats amb el VIH, UDVP i presos i un augment de pacients estrangers, que va coincidir amb el canvi demogràfic detectat a la ciutat, que ha passat de tenir un 2 % de població estrangera durant els anys 90 al 16 % de l'any 2005 (Figura 1).

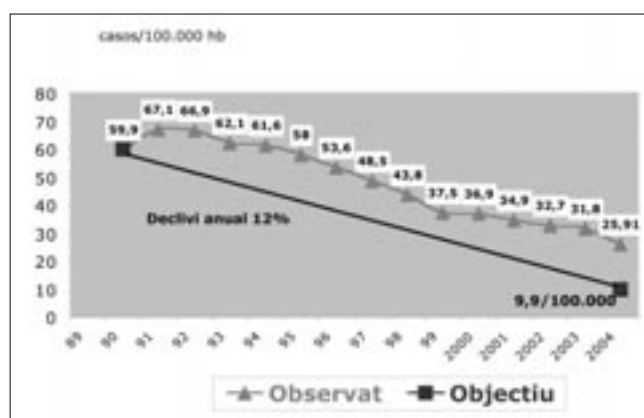


FIGURA 1. Evolució de la tuberculosi a Barcelona

Influència del VIH

El virus de la sida i la TB tenen una relació sinèrgica i bidireccional. Globalment, el VIH contribueix amb el 9 % dels nous casos de TB en adults (31 % a l'Àfrica) i amb el 12 % dels 2.000.000 de morts cada any. Entre els pacients amb VIH sense tractament antiretroviral el risc anual de reactivació és del 5 % al 8 % i el risc acumulat durant tota la vida és de fins el 50 %, en contraposició a un risc acumulat del 5 % al 10 % en la població general⁴. Per altra banda, la TB és la infecció oportunista més freqüent en els països en desenvolupament (25 % a 65 %). La TB accelera la progressió clínica i s'associa a un risc més gran de noves infeccions oportunistes i a una pitjor supervivència.

A Barcelona, entre 1990 i 1995, el 25 % i el 30 % dels casos de TB presentaven coinfecció amb VIH. Aquests pacients eren majoritàriament homes, entre 20 i 40 anys i UDVP. A partir de 1996 la proporció d'infecció per VIH en pacients amb TB va disminuir de forma constant fins arribar al 12 % l'any 2004, i la incidència estimada en

Correspondència: Dra. Àngels Orcau
Servei d'Epidemiologia
Agència de Salut Pública
Plaça Lesseps, 1
08023 Barcelona
Tel. 93 238 45 45
Fax 93 218 22 75
Adreça electrònica: aorcau@aspb.es

infectats per VIH entre 20 i 39 anys va disminuir des de 2.700-5.400 casos/100.000 habitants el 1994 fins a 450-900 casos /100.000 habitants el 2004. L'ús sistemàtic de la profilaxi en els pacients amb VIH i amb infecció tuberculosa i, sobretot, el diagnòstic i el tractament adequats, la implementació de mesures específiques en institucions penitenciàries i en centres per UDVP i la disponibilitat de tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA) han permès reduir la incidència de TB en pacients infectats pel VIH en aproximadament 10 vegades en la darrera dècada⁵, encara que la incidència actual continua essent superior a la de la població general.

Les principals dificultats per a l'eliminació de la TB en aquests pacients són: a) la limitació de les proves de diagnòstic d'infecció latent deguda a l'anèrgia per immunodepressió en aquests pacients, b) el retard diagnòstic de la infecció per VIH que arriba al 50 % dels casos, c) la dificultat per implementar mesures de control en les poblacions excloses (UDVP, indigents, etc.) i d) l'impacte de la immigració des de països amb una alta incidència d'ambdues infeccions. Per tant, el disseny de noves estratègies enfocades a aquests problemes és un repte que cal que afrontem per complir amb aquest objectiu.

Influència de la immigració

La incidència de la TB a la ciutat de Barcelona ha seguit una tendència descendent. No obstant això, aquesta disminució mostra un canvi a finals dels 90 coincidint amb l'augment de la immigració, fonamentalment a partir d'Amèrica Llatina, Marroc i Pakistan (Figura 2). L'any 2004, 144 dels 409 casos (35,2 %) de TB diagnosticats a la ciutat havien nascut fora de l'Estat espanyol. Durant el període 1995-2004, el 17,1 % dels casos de TB en immigrants provenia de Pakistan i el 12,7 % de Marroc (Taula 1).

L'anàlisi de les taxes d'incidència segons procedència (Figura 3) mostra que mentre en els autòctons decreix de manera constant, entre els immigrants les altes taxes

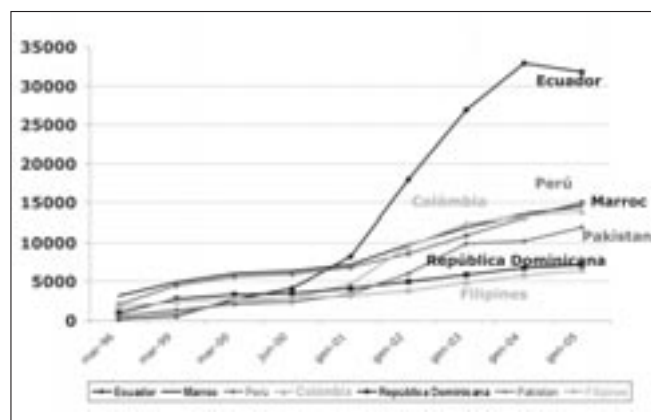


FIGURA 2. Evolució de la població estrangera. Barcelona, març 1996 - gener 2005

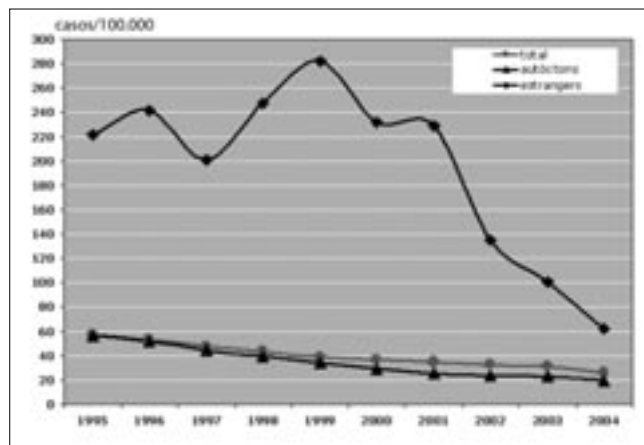


FIGURA 3. Evolució de la incidència de tuberculosi entre autòctons i estrangers. Barcelona, 1995-2004

observades a finals dels 90 han disminuït fins a 71 casos/100.000 habitants l'any 2004 i s'acosten a la incidència en població autòctona (19 casos/100.000 habitants). Entre els homes immigrants, la taxa d'incidència ha estat de 79,2 casos/100.000 habitants i en les dones de 43,7 casos/100.000 habitants. Així, entre els casos de TB en estrangers s'observa que en el 66 % dels casos són homes amb una mitjana d'edat de 34 anys, amb un temps mitjà de retard en el diagnòstic d'un mes i que en el 35 % dels casos inicien tractament de la TB dins el primer any d'arribada a Espanya.

TAULA 1. Països de procedència dels estrangers amb tuberculosi. Barcelona, 1995-2004

	Casos	Percentatge
Pakistan	191	17,1
Marroc	142	12,7
Altres Sud-Amèrica	128	11,4
Perú	119	10,6
Equador	105	9,4
UE-EEUU-Canadà	85	7,6
Àfrica subsahariana	83	7,4
Filipines	60	5,4
Índia	49	4,4
Amèrica Central	48	4,3
Europa de l'Est	46	4,1
Altres Àsia	39	3,5
Altres Magrib	21	1,8
Total	1.116	

La pandèmia de VIH i la inexistència de programes de control de la TB en els països d'origen ha facilitat l'aparició de soques resistents en aquesta població. Les dificultats en l'adaptació dels tractaments antituberculosos i del seu compliment, així com en l'accés cultural i idiomàtic, ha determinat canvis en el Programa de Prevenció i Control de la malaltia, que s'ha adaptat a les necessitats d'aquesta població⁶.

La influència de les mesures de control

Ja inicialment es va objectivar que un percentatge no despreciable de malalts abandonava el tractament, especialment els que eren indigents, presos o UDVP⁷. Això va permetre impulsar tractaments directament observats (TDO) en residències assistides, en centres de dispensació de metadona i en presons^{8,9}. Aquests TDO expliquen la millora observada en els compliments del tractament en els darrers anys (80 % el 1987, 95 % o més a partir de 1995).

També a Barcelona, a partir de 1995, començà a funcionar la Unitat d'Investigació en Tuberculosi (<http://www.aspb.es/uitb>) que era una unitat temàtica del FIS i que pretén una major col·laboració entre clínics, microbiòlegs i epidemiòlegs, tant en aspectes d'investigació com de control de la malaltia.

Amb el fenomen migratori observat a partir sobretot de 2000, ha calgut incorporar agents de salut que actuen com a mediadors culturals i traductors, i ja s'ha aconseguit una clara millora en l'estudi de contactes en aquests col·lectius¹⁰.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. WHO. Global tuberculosis control. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/results/en/print.html (Consultada el 23 de gener de 2006)
2. Caylà JA, Plasència A, Batalla J, Jansà JM, Díez E, Parellada N. Programa de Control de TB. Resultats de l'any 1987. Barcelona: Publicacions de l'Institut Municipal de la Salut, 1988.
3. Díez E, Claveria J, Serra T, Caylà JA, Jansà JM, Pedro R, et al. Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. *Tuber Lung Dis.* 1996;77:420-424.
4. Corbett EL, Watt CJ, Walker N, Maher D, Williams BG, Raviglione MC, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med.* 2003;163:1009-1021.
5. García de Olalla P, Martínez-González MA, Caylà JA, Jansà JM, Iglesias B, et al. Influence of highly active anti-retroviral therapy (HAART) on the natural history of extra-pulmonary tuberculosis in HIV patients. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:1051-1057.
6. Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin (Barc).* 2003;121:549-557.
7. Caylà JA. Tuberculosis a la ciutat de Barcelona (1986-1988). Factors predictors de la SIDA en malalts tuberculosos i de l'incompliment del tractament antituberculos. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 1990.
8. Alcaide J, Altet MN, Pascual J. Tratamientos directamente observados en tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 1998;34:367-368.
9. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, Ribot N. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. *Eur Respir J.* 1998;12:967-971.
10. Orcau A, García de Olalla P, Caylà JA. La tuberculosis a Barcelona. Informe 2003. Barcelona: Publicacions de l'Agència de Salut Pública, 2004.