

## ARTIGO DE REVISÃO

# La Tuberculosis en España\*

J. SAURET VALET\*

La tuberculosis, en las postrimerías del siglo XX, sigue constituyendo a nivel mundial un importante problema de Salud Pública por el elevado número de personas infectadas (unos 1.700 millones) y por la mortalidad global superior a la de todas las demás enfermedades infecciosas juntas (1).

Dentro de este contexto general, la situación es muy diferente en los países desarrollados, con buenos programas de control, en los que la enfermedad está en fase de eliminación (caso de Holanda), a la de algunos países subdesarrollados en los que el panorama es realmente dramático (por ej. África Subsahariana). No obstante, a partir de 1.985 en U.S.A. y algunos países industrializados se registró un alarmante incremento de los casos notificados, lo cual ha tenido como consecuencia la alteración de los cálculos previstos sobre el declive anual de la prevalencia de la enfermedad (2). Las causas habitualmente invocadas para explicar este fenómeno son: el impacto negativo de la infección por el V.I.H., la emigración desde países con altas tasas de tuberculosis, la marginación y el deterioro de las condiciones socio-económicas en la periferia de las grandes urbes, el incremento del número de personas

ancianas y, en algunos casos, el hacinamiento de los sujetos internados en asilos y prisiones.

En el caso concreto de España, el mayor obstáculo para valorar con certeza la magnitud del problema, lo constituye el hecho de no poder disponer de estadísticas oficiales rigurosas sobre los indicadores epidemiológicos de infección y morbilidad de la tuberculosis (3). Los datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en base al listado de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) presentaban durante la década de los setenta unas tasas de incidencia del orden de 10/100.000, y aunque en los años siguientes se consiguió mejorar el sistema EDO, con el resultado en 1.986 de una tasa de 35,6/100.000, lo cierto es que al año siguiente disminuía a 19,4/100.000 y en el año 1.993 se situó en 24,8/100.000 (4). Estas oscilaciones traducen sin duda una subnotificación de casos y dificultades en la centralización de la recogida de datos.

Al objeto de intentar hacer una aproximación más real al verdadero estado de la tuberculosis en nuestro país, el Área de Tuberculosis e Infección Respiratoria (T.I.R.) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (S.E.P.A.R.) diseñó un estudio prospectivo coordinado por el Dr. J. Caminero, durante el quinquenio 1.988-1.992, consistente en enviar cada año un modelo de encuesta a las Consejerías de Sanidad de las 17 Comunidades Autónomas del Estado Español, así como a 60 especialistas (neumólogos, epidemiólogos, microbiólogos) distribuidos por todo el país y de reconocida solvencia y dedicación al

\* Presidente del Área T.I.R. (Tuberculosis e Infecciones Respiratorias) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

\* Comunicação Integrada na Sessão "A Luta Antituberculosa em Portugal e Espanha", moderada pelo Prof. Ramiro Ávila (X Congresso de Pneumologia)

Recebido para publicação em 94.11.25

estudio de la tuberculosis; en la que se les solicitaban datos sobre la prevalencia de la enfermedad, y de la infección tuberculosa en la población a los 6 y 14 años de edad, en su área geográfica; consiguiéndose en el año 1.992 información sobre más de 24 millones de habitantes (61,4% de la población española). Con estos datos se ha podido llegar a la conclusión de que la prevalencia de la infección a los 6 años estaría próxima al 0,95%, y a los 14 años alrededor del 3%. Aplicando los cálculos correspondientes en base a los porcentajes conocidos en las décadas precedentes, el descenso anual del riesgo anual de infección (R.A.I.) sería aproximadamente del 7%. En cuanto a la tasa de incidencia global de enfermedad (problema rural y urbana) sería aproximadamente de 40/100.000 (5). Esta valoración más objetiva con un R.A.I. de 0,12%, nos sitúa lejos todavía e los resultados conseguidos por otros países industrializados (6).

En las grandes ciudades, como ya es sabido, la tasa se incrementa por factores que más adelante serán analizados. En Barcelona, por ejemplo, los resultados del año 1.992 muestran una incidencia de 65,7/100.000 (7).

El impacto que sobre el declive natural de la tuberculosis puede tener la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es tema de apasionadas controversias (8,9). El VIH constituye el factor de riesgo más importante para desarrollar enfermedad en los sujetos infectados por *M. tuberculosis*, por tanto este riesgo ha de ser todavía mayor en los países con elevada tasa de infección tuberculosa y de infectados por el VIH. En España las cifras oficiales nos sitúan a la cabeza de los países europeos en cuanto a tasas acumuladas de casos de SIDA (542 por millón de habitantes). Del total acumulado de casos declarados en Europa entre 1.981-1.993 (103.552) nos corresponden el 20% (10). La causa más frecuente de transmisión es el uso de drogas por vía intravenosa (UDVP): 64%, seguido de la homosexualidad: 15%. El 82% de los casos se sitúa en edades comprendidas entre los 20 y 39 años; como

resulta que entre los 15-49 años de edad estarían infectados por *M. tuberculosis* el 28% de la población, España presenta la mayor probabilidad de co-infección de los países europeos. A pesar de estos datos alarmantes, el hecho de concentrarse el riesgo en determinados colectivos hace suponer que en los países desarrollados la infección por VIH no tendrá impacto sobre el declive de la tuberculosis en la población general (11). No obstante queda la duda sobre qué sucedería si la infección VIH se dispara por la vía heterosexual. A este aspecto cabe señalar que en España el porcentaje de transmisión en 1.985 por vía heterosexual era del 1,2%, mientras que en 1.993 es del 10,7%; y por otra parte la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) ha señalado que desde 1.990 la transmisión del VIH que predomina en el mundo es la heterosexual (12).

Otro aspecto interesante en relación a la tuberculosis es el referente al fenómeno de las multirresistencias detectado en algunas ciudades de los E.U.A. (13). Los datos microbiológicos de los que dispone el Área TIR nos permiten afirmar que, por el momento, en nuestro país no se detecta un fenómeno similar. Las resistencias primarias a isoniacida en población general estarían entre el 1,1 - 4,7% y a la rifampicina son inferiores al 1%, y en los pacientes VIH positivos serían similares (4,8 y 0,5 % respectivamente). No ocurre lo mismo con las resistencias adquiridas en sujetos VIH positivos que son superiores, a un solo fármaco, al 60% (14,15).

Como conclusión, es evidente que pese a los esfuerzos y programas desarrollados por las Comunidades Autónomas, se hace necesario un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, que permita asegurar, mediante un Consenso General, a nivel de todo el Estado una actuación conjunta en los tres puntos básicos de la lucha antituberculosa: a) el diagnóstico precoz de la enfermedad, b) la búsqueda activa en los colectivos de riesgo, c) el tratamiento controlado y la curación de todos los casos.

## BIBLIOGRAFIA

1. FARGA V.: Tuberculosis. Ed. Mediterraneo, 2.<sup>a</sup> Edición. Santiago de Chile, 1.992.
2. DOLIN P.J., RAVIGLIONE M.C., KOCHI A.: Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000.
3. CAMINERO J.A.: Situación actual de la Tuberculosis en España. Arch Bronconeumol 1994; 30:371-374.
4. BOLETIN EPIDEMIOLOGICO Y MICROBIOLOGICO. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. España 1993; Vol 1, n.º 1.
5. GRUPO DE TRABAJO DE TUBERCULOSIS E INFECCIONES RESPIRATORIAS DE LA SEPAR. Epidemiología de la Tuberculosis en España. Resultados de las encuestas realizadas en 1.988. Arch Bronconeumol 1991; 27:202-209.
6. MARCH P.: Situación actual de la Tuberculosis en España. Med Clin 1991; 97:463-472.
7. CAYLA J.A., GALDOS-TANGUIS H., JANŠA J.M. et al.: La Tuberculosis en Barcelona. Informe de 1.992. Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis. Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona 1.993.
8. STYBLO K.: Impacto de la infección VIH en la epidemiología mundial de la Tuberculosis. Bol. Unión Int. Ruberc. Enf. Respir. 1.991; 66:27-33.
9. HARRIES A.D.: Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection in developing countries. Lancet 1990; 335:387-390.
10. MARTIN C., GARCIA DE CODES A., CHAMORRO J. et al.: Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Situación a 31 de diciembre de 1.993. Bol. Epidemiol. Microbiol. 1994; 1:170-174.
11. MARCH P., GARCIA GONZALEZ A.: La evolución de la infección VIH/SIDA en los países desarrollados. Impacto sobre la Tuberculosis. Med. Clin. 1993; 100:187-193.
12. SAURET J.: Tuberculosis a l'any 1992. Quin és l'estat de la qüestió? Ann. Med. 1993; 1:1-2.
13. FRIEDEN T.R., STERLING T., PABLOS-MENDEZ A. et al.: The emergence drug-resistant tuberculosis in New York city. New Engl. J. Med 1993; 328:521-526.
14. AUSINA V.: Resistencias iniciales y adquiridas a los general y en pacientes VIH positivos durante el período 1.988-1.992. Libro de Actas de la VI Reunión Nacional del Area TIR y XII Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Patología Respiratoria. León 1.993.
15. MARTIN CASABONA N.: Resistencias de M. tuberculosis (1.976-1.992). Evolución y grupos de riesgo. Libro de Actas de la VI Reunión Nacional del Area T.I.R. y del XII Congreso de la Sociedad Castellano-leonesa de Patología Respiratoria. León 1.993.