

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA TUBERCULOSIS EN EL AREA SUR DE LA PROVINCIA DE SEVILLA.

J. Muñoz Gutiérrez, F. Muñoz Lucena, J. Umbría Domínguez, J. Hernández Borge, M.C. Nogales Pérez. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las principales características epidemiológicas actuales de la Tuberculosis (TB) de esta área.

MATERIAL Y METODOS

Búsqueda activa de todos los casos de TB diagnosticados en el período 1990-1993 en una área hospitalaria de la provincia de Sevilla que incluye a una población de 341.712 habitantes.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron 447 casos de TB con un índice de confirmación microbiológica del 78% (350/447). Las tasas de incidencia por 100.000 habitantes oscilaron entre 26,3 en el año 90 y el 34,8 en el 93. El 59% de los casos tenían una edad inferior a los 35 años. El 44% (198/447) presentaron factores predisponentes de TB destacando la drogadicción iv en el 18% (79/447), coinfección VIH en el 16% (73/447) y etilismo en el 14% (64/447). El 6% (27/447) de los casos pertenecía a grupos de riesgo social. El 36% (84/231) de los casos con edad entre 15 y 45 años eran toxicómanos iv, tenían coinfección VIH o estancia reciente en prisiones. Se estableció una relación epidemiológica en un 21 % (96/447) de casos detectándose 15 microepidemias familiares.

La presentación de la TB fue exclusivamente pulmonar en el 59% (262/447) de los casos, extrapulmonar en el 27% (120/447) y combinada en el 15%(65/447). Las localizaciones más frecuentes fueron: pulmonar 73% (327/447), pleural 14% (64/447), linfática 12% (53/447), urogenital 10% (44/447), diseminada 9% (39/447) y otras 11% (48/447). El 49% (161/327) de las formas pulmonares fueron microscopia (mc) positivas y un 39% (127/327) fueron mc - cultivo+.

El 91% (406/447) de los pacientes eran casos iniciales y el 9% (41/447) restante recidivas o abandonos. En un 4% (13/447) no se prescribió tratamiento quimioterápico por fallecimiento o pérdida antes del diagnóstico. El 77% (328/447) recibieron regímenes standard de seis meses de duración, un 18% (77/447) de nueve meses y el 5% (20/447) restante otros regímenes terapéuticos. Treinta (7%) pacientes fallecieron en el curso del tratamiento, 16 de ellos por causas no directamente relacionadas con la TB. La tasa global de curación obtenida en los pacientes con datos del seguimiento disponibles fue del 79% (326/414) y osciló entre el 45 % (31/69) registrado en los toxicómanos y el 86% (295/345) en los restantes.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de TB en el área se sitúa en el rango inferior de la estimada para el país. 2.- Las toxicomanías y la infección VIH contribuyen al predominio de la enfermedad en los sujetos menores de 45 años. 3.- Es necesario acometer actuaciones específicas para favorecer la adherencia al tratamiento de este colectivo.

RESULTADOS DE LA APLICACION DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA ANDALUZA EN UN AREA SANITARIA. AÑOS 1988-1994.

J.M. Ignacio García, F. Cabello Rueda, F. Padín López, C. Milla Triano, J. López González, M. Ortega Torres, D. Román Rico.
Unidad de Neumología, Microbiología y Med. Preventiva. H.G.B. de la Serranía. Ronda. Málaga.

OBJETIVOS

Informar de los resultados del Programa de tuberculosis durante 1988-1994, en nuestra area Sanitaria.

METODOLOGIA

Se analiza con carácter prospectivo los items de las hojas de declaración individualizada de tuberculosis (Impreso 2A.1) y seguimiento clínico ambulatorio. Se considera diagnóstico de certeza de tuberculosis, todos los pacientes con microscopía positiva, clínica y radiología (Rx) compatible y de probabilidad los que reúnen criterios clínicos, Rx y anatomopatológicos. Se considera pauta de tratamiento (TTO) standard la de tres drogas, seis meses.

RESULTADOS

Se registran 142 pacientes hasta 1994. (8 en 1988, 8 en 1989, 10 en 1990, 24 en 1991, 30 en 1992, 27 en 1993 y 35 en 1994). Edad: 0-10 años (a) 6,5%; 11-20a: 18,7%; 21-30a: 22,5%; 31-40a: 15,9%; 41-50a: 9,3%; 51-60a: 13,1%, 61-70a: 9,3%; 71-75a: 2,8%; >75a: 1,9%. Por sexo: 75,7% fueron hombres. Por localización 68 tienen localización pulmonar (68%), 24 pleural (22,4%), 5 ganglionar (4,7%), 5 localizaciones múltiples (4,7%) y 2 meníngicas (2,5%). Situación evolutiva: el 90,7% presenta una tuberculosis inicial nunca tratada, el 9,3% tienen una recidiva. Diagnóstico: microscopía (+) en 59 (55,1 %); cultivo (+) en 48 (44,9%); histología compatible en 44(41,1%). Procesos asociados se detectan en 53 pacientes. Pauta terapéutica: en 33 (30.8%) se utilizó la pauta standard. Se tipificó la micobacteria en 34 de los 48 pacientes con cultivo positivo, en todos ellos se indentificó micobacterium tuberculosis hominis. Evolución bacteriológica: el 33.6% negativiza el BAAR dentro del primer mes, el 9.3 % en el 2º mes, el 6.5 % en el 3º mes y 1.9% en el 4ºmes. Efectos 2º a la medicación: se detectan en el 29.9%. Fueron hospitalizados por Tb 94 pacientes (87.9%). La evolución de la tuberculosis en 90 pacientes fue favorable curando, 4 abandonaron, 7 fueron trasladados a otras áreas y 1 murió por enfermedad asociada.

CONCLUSIONES

1.- El programa capta cada año un mayor número de tuberculosos. 2.- El programa sirve para optimizar la utilización de recursos en la tuberculosis. 3.- Sería recomendable un programa nacional único consensuado.

PERFIL CLINICO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS.

Drs. Carlos Melero, Piedad Ussetti, Rafael Rey. Centro Coordinador: Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

OBJETIVO

Analizar el perfil clínico de los pacientes con tuberculosis (TB) en nuestro estudio, así como la metodología diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

DISEÑO

Estudio prospectivo mediante hoja protocolizada de recogida de datos (PROYECTOS FIS 91/0338 y 94/0073).

AMBITO

Areas de Madrid, Area Sanitaria de Guadalajara y Dispensario de Enf. Tórax. (Ceuta).

SUJETOS DEL ESTUDIO

Pacientes con TB activa.

RESULTADOS

Son analizados 1.232 casos, clasificados como: 1.056 iniciales, 39 recidivas, 57 entre abandonos y crónicos y no consta en 80 casos. Entre los pacientes iniciales sin SIDA (n=950) predominaron los hombres (64,5%) con una edad mayor que las mujeres (35 ± 21 vs. 29 ± 20 ; $p < 0,005$), 46% tenían entre 15-34 años. Las localizaciones fueron: pulmonar (77%), pleural (9%), pleuropulmonar (4%), extrapulmonar (7%) y diseminada (1%). El diagnóstico de TB se confirmó en el 93 % de los casos, siendo el bacteriológico 82% el más frecuente, complementado con el histológico en el 7% y sólo histológico en el 4%. En la localización pulmonar, el esputo fue la muestra más utilizada (67%), seguida del broncoaspirado (BAS) (9%), jugo gástrico (6%), biopsia pulmonar (1%), y el lavado broncoalveolar (BAL) (0,3 %). En la localización pleural, la biopsia aportó el 74% de los diagnósticos, la bacteriología del líquido pleural el 14% y los niveles de ADA > 40 UI el 8%. Presentaban factores de riesgo para la TB el 25%: alcoholismo 47%, diabetes 14%, gastrectomía 6%, neoplasia 5%, corticoterapia 4% y silicosis 4%. Un 19% de los casos tenían antecedentes de contacto, de los que el 35% desarrollaron la enfermedad dentro de los 2 primeros años del contacto. Los esquemas terapéuticos utilizados fueron: de 6 meses (79%), 9 meses (13%), 12 meses (2%), no referido 6%. El seguimiento se completó en 572 casos: 89% finalizaron el tratamiento, 10% fueron pérdidas o traslados y 6 (1%) falleció (4 por TB activa).

En los 106 pacientes con TB inicial y SIDA, las formas extrapulmonares (9,4%) y diseminada (17,9%), tendían a ser más frecuentes y la mortalidad por TB activa en los 60 casos con seguimiento completo fue del 25%.

CONCLUSIONES

1.- En nuestro medio la TB afecta fundamentalmente a las personas jóvenes. 2.- El método de diagnóstico fundamental es la bacteriología. 3.- Un elevado número de pacientes presentan factores de riesgo y/o antecedentes de contacto. 4.- En los pacientes con SIDA se observa una mayor mortalidad y el desarrollo más frecuente de formas extrapulmonares.

CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UN HOSPITAL GENERAL.

F. Campos Rodríguez, F. Muñoz Lucena, A. Vargas Puerto, J. Hernández Borge, M. Nogales Pérez. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia y características de la Tuberculosis extrapulmonar en un Hospital General.

MATERIAL Y METODOS

Revisión de todas la Tuberculosis TB diagnosticadas en el H.U. Valme en los últimos 10 años. Para el diagnóstico de TB extrapulmonar TBE se exigió al menos una localización extrapulmonar con cultivo positivo y/o histología compatible, o en su defecto, clínica sugestiva en ausencia de infección VIH y factores de riesgo, así como respuesta inequívoca al tratamiento específico. Los pacientes con TBE de más de una localización fueron contabilizados para cada una de ellas. El procesamiento estadístico se realizó en el paquete EPI INFO v 5.0.

RESULTADOS

En el período de estudio se diagnosticaron 869 casos de TB, de los cuales 402 (46%) tenían participación extrapulmonar (294 exclusiva y 108 combinada con TB pulmonar) con diagnóstico microbiológico en 257 casos (64%), histológico en 90 (22%), clínico en 47 (12%) y necrópsico en 8 (2%). La TBE fue más frecuente en pacientes con coinfección VIH que sin ella (97/149 vs. 305/720; $p < 0,001$), existiendo en los primeros una relación inversa entre los niveles de CD4 en sangre periférica y la frecuencia de TBE (40/62 con $CD4 < 200$, 16/62 con $499 < CD4 < 199$, 6/62 con $CD4 < 500$). Las localizaciones más habituales fueron: pleural (137/869), linfática (111/869), urogenital (100/869), diseminada (77/869) y abdominal (36/869). Los pacientes VIH+ presentaron mayor frecuencia de formas diseminadas (48/149 vs. 29/720; $p < 0,003$), linfáticas (45/149 vs. 66/720; $p < 0,001$), urogenital (37/149 vs. 63/720; $p < 0,001$), abdominal (22/149 vs. 14/720; $p < 0,001$) y menor frecuencia de formas pleurales (10/149 vs. 127/720; $p < 0,001$) que los VIH-.

En los pacientes VIH-, los grupos de edad entre 4-35 años contribuyeron al 61 % de los casos de TBE frente al 44% en la TB pulmonar. Entre los jóvenes predominó la forma ganglionar (4-15 años; OR 12,3) y pleural (15-25 años; OR 4,5), mientras que en adultos fueron más frecuentes la localización urogenital (55-65 años; OR 2,4) y abdominal (>65 años; OR 4,8).

CONCLUSIONES

Se registró una elevada incidencia de TBE relacionada con 1) Características hospitalarias de la serie. 2) incidencia de la coinfección VIH creciente en los últimos años. 3) niveles de endemia de la población atendida con mayor incidencia de TB en las edades juveniles. En pacientes VIH+ la TBE se relacionó con los niveles de CD4 en sangre periférica.

INVESTIGACION DE MULTIRRESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS EMPLEADOS EN TUBERCULOSIS.

J. Gutiérrez, P. Ruiz, M. Vaquero, E. Alvarez, M. Casal.

Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

La resistencia a los antimicrobianos es la barrera más importante a los programas de control a la tuberculosis. Cada vez más, aparecen casos de tuberculosis multirresistentes.

Estudiamos la evolución de la multirresistencia en las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* aisladas en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Reina Sofía, desde 1991 a 1994.

METODOLOGIA

Los fármacos antituberculosos probados han sido Estreptomina, Rifampicina, Etambutol, Isoniazida, PAS y Pirazinamida.

El método utilizado ha sido el sistema radiométrico semiautomatizado Bactec 460 TB. Los antimicrobianos en forma de polvo se reconstituían con agua destilada estéril o con solventes específicos (como en el caso de la Pirazinamida), añadiendo 0,1 ml. al medio de cultivo Middlebrook 7H 12. El inóculo se preparó a dilución 1 de Me Farland, sembrando 0,1 ml. en los medios de cultivo que contenían el fármaco antituberculosos y diluido al 1/100 en medio control. Se incubaron los viales a 37°C, leyendo los crecimientos alcanzados diariamente hasta alcanzar el índice de crecimiento necesario para su interpretación.

RESULTADOS

La resistencia primaria ha sido para la Isoniazida de 1,5%, para la Estreptomina de 0,5%, al igual que Etambutol, 0,2% para la Rifampicina y 0,1% para la Pirazinamida.

La resistencia adquirida a una droga ha alcanzado un porcentaje máximo de resistencias a la Isoniazida de 8,6%, 4,3 % al Etambutol, 2,6% a la Rifampicina y 0% a la Estreptomina. Aparecen resistencias a asociaciones: a dos antimicrobianos, Estreptomina e Isoniazida 2% y Rifampicina e Isoniazida 3,5%; a tres agentes antituberculosos 2% a Rifampicina, Isoniazida y Pirazinamida y 1,35% a Rifampicina, Etambutol e Isoniazida. La multirresistencia ha supuesto en nuestro estudio un 8,1 %.

CONCLUSIONES

Destaca el porcentaje de cepas multirresistentes. Los programas de control de la tuberculosis deben vigilar especialmente la resistencia conjunta de las cepas aisladas a Isoniazida y Rifampicina. La disminución de resistencias a la Estreptomina se puede explicar por su menor utilización.

ESTUDIO DE LAS RESISTENCIAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS EN CACERES

J.M. Hernández Valle, J. Viñuelas Bayón, R. Iglesias González, J. C. Disdier Vicente, J. Sánchez de Cos Escuín, J. Fernández Rojas, M. J. Martín Vicente. Microbiología, Medicina de Familia. Unidad de Neumología. Complejo Hospitalario San Pedro de

OBJETIVO

Describir el estado actual de las resistencias del *Micobacterium tuberculosis* en nuestro medio.

METODO

Se analizaron de forma retrospectiva, desde Enero de 1992 a Septiembre de 1994, 89 cepas de *M. tuberculosis*, a las cuales se practicó estudio de sensibilidad frente a Isoniacida (INH), Rifampicina (RMP), Pirazinamida (PZ), Etambutol (EMB), Estreptomina (SM), PAS y Etionamida (ETH).

Sólo pudo realizarse estudio epidemiológico en 68 pacientes, de los cuales, 45 eran hombres y 23 mujeres, con una edad media de $44'8 \pm 22$. La localización de la tuberculosis fue pulmonar en 46, pleural en 9, pleuropulmonar en 5, ganglionar en 3 y otras localizaciones en 5 casos.

Las sensibilidades fueron estudiadas con un kit comercial de la casa bioMerieux (basado en el método de las proporciones de Canetti), siguiendo las indicaciones del fabricante.

Alcántara. Cáceres.

RESULTADO

Las resistencias globales fueron del 37,8%; excluyendo del estudio la etionamida, dicho porcentaje se reduce al 13,25%. El porcentaje de las resistencias acadauno delos tuberculostáticos analizado fue: INH 6,1%; RMP 1,2%; PZ 21 %, EMB 0%; SM 3,7%; PAS 2,5%; ETH 35,1 %.

En cuanto al porcentaje de resistencias, no encontramos diferencias significativas entre los pacientes con o sin factores de riesgo; con o sin tratamiento previo y con edad superior o inferior a 60 años.

Tampoco la localización de la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar influyó de forma significativa.

CONCLUSIONES

El porcentaje de resistencias observado en nuestro estudio es similar al referido por otros autores, excepto para la pirazinamida y la etionamida que se han encontrado muy elevadas, sin que hayamos encontrado una explicación satisfactoria.

EVALUACION DE LA DETECCION DE IgG CONTRA EL ANTIGENO MICOBACTERIANO 60 (A60) EN EL SUERO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS Y SUJETOS SANOS.

F.J. Cabello Rueda, J.M. Ignacio García, C. Milla Triano, J.J. López González, F. Padín López, E. de los Riscos Mateos, V. Díaz Morant, M. Rodríguez Espinosa. Unidad Neumología. Residente M.F. y C.S. Medicina Interna. S. Análisis Clínicos. Hospital General Básico de la Serranía. Ronda. (Málaga).

En la última década se han intentado introducir técnicas serodiagnósticas para conseguir un diagnóstico más precoz y rápido en la tuberculosis (TBC). De las pruebas serodiagnósticas más aceptadas se encuentra la detección de la IgG contra el antígeno 60 micobacteriano.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar esta prueba en pacientes con TBC y comparar los resultados con los obtenidos en sujetos sanos, con el fin de analizar su utilidad en el diagnóstico de TBC.

Se han estudiado un total de 210 pacientes, de los cuales 89 padecían TBC y 131 eran sujetos sanos. A todos los pacientes se les determinó mediante el sistema Elisa los niveles de IgG contra el antígeno 60. Se tomó como corte para considerar la prueba sérica positiva tener más o igual de 250 unidades.

De los 131 sujetos sanos, 129 tuvieron una prueba negativa y 2 fueron positivos; de los 89 pacientes con TBC, 45 desarrollaron una prueba positiva y en 44 fue negativa. Se elaboró una tabla 2x2 obteniendo una sensibilidad (S) del 50,5% y una especificidad (E) del 98,4% con un valor predictivo positivo (VPP) del 95,7% y valor predictivo negativo (VPN) del 74,5%. Concluimos que el Test Elisa A 60 presenta una aceptable sensibilidad y una excelente especificidad para el diagnóstico de TBC.

	Sanos	TBC	
+	2	45	S=50,5%
			E=98,4%
			VPP=95,7%
			VPN=74,5%
-	129	47	
	131	89	

VALORACION DE UNA PRUEBA DE PCR PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ EN TUBERCULOSIS PULMONAR.

M. Vaquero, J. Gutiérrez, E. Alvarez, P. Ruiz, M. Casal.

Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

La tasa de incidencia anual por tuberculosis se estima en nuestro país como importante. Debido al riesgo de propagación de la enfermedad y la aparición de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* multiresistentes, el diagnóstico precoz es muy útil.

Pretendemos ensayar una prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa para conocer su eficacia como test de diagnóstico rápido.

METODOLOGIA

Hemos utilizado 351 muestras (esputo, lavado bronquial) de pacientes con sospecha clínica de tuberculosis respiratoria.

La prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (AMPLICOR MTB' de Lab. Roche) consta de tres procesos: amplificación del blanco de la reacción en cadena de la polimerasa, hibridación del ácido nucleico específico del *M. tuberculosis* y detección del producto amplificado por colorimetría.

Los resultados obtenidos se compararon con datos clínicos y datos de laboratorio (baciloscopia y cultivo).

	Bacil+/Cultivo+	Bacil-/Cultivo+	Bacil-/Cultivo-	
PCR+ POSITIVA	45	3	1	49
PCR- NEGATIVA	3	1	298	302
	48	4	299	351

Los criterios de evaluación de la prueba han sido:

Sensibilidad	92,3%	Especificidad	99,7%
Valor Predictivo Positivo	97,%	Valor Predictivo Negativo	98%

RESULTADOS

Los resultados se exponen en la tabla siguiente:

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, podemos considerar este test basado en la Reacción en Cadena de la Polimerasa como una prueba posiblemente utilizable para el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

EFICACIA DE UNA PAUTA TERAPEUTICA ANTITUBERCULOSA COMPLETAMENTE INTERMITENTE Y SUPERVISADA PARA SU EMPLEO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE MALA CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO.

J.A. Caminero, J.M. Pavón, E. Torres, F. Díaz, R. Esparza, O. Alfonso, P. Cabrera. Sección de Neumología. Hospital Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas.

El objetivo principal de todo programa de control de la Tuberculosis TB es la mejoría de la tasa de curación de los pacientes sometidos a tratamiento. Sin embargo, incluso en los países desarrollados, existen importantes problemas para conseguir elevadas tasas de curación. Derivados del frecuente porcentaje de abandono de la terapéutica que se observa en los toxicómanos, indigentes e inmigrantes de bajo nivel social. En estos colectivos de enfermos tan sólo en escasas ocasiones se consiguen tasas de curación superiores al 20%. Por ello, con el objetivo de intentar solucionar este problema en la isla de Gran Canaria, en 1990 se comenzó a administrar a los enfermos de estos colectivos una pauta de 6 meses, de administración completamente intermitente y supervisada desde el inicio de la medicación (2H2R2Z2/4H2R2). En este estudio prospectivo se han incluido 102 pacientes (edad media 42,3) y que correspondían a 85 varones y 17 hembras, y 96 formas de TB pulmonar y 6 extrapulmonar, 71 (69,6%) eran indigentes, 50 (49%) alcohólicos, 22 (21,6%) toxicómanos y 11 (10,8%) habían abandonado previamente una pauta diaria de tratamiento, teniendo 52 (51%) de estos enfermos más de uno estos factores. 94 (91,2%) tenían baciloscopia directa de la muestra positiva y 8 negativa y 10 (12,5%) tenían VIH (+). A 11 enfermos se les añadió etambutol los dos primeros meses por abandono previo de la medicación y sospecha de aparición de resistencia. Se realizó, localización activa de los enfermos que faltaban a más de 2 tomas de medicación. De los 102 enfermos, al final del 2º mes 95 (93, 1 %) habían asistido regularmente a las tomas de la medicación (91 a más del 75% de las tomas y 4 al 50-75% de ellas), siendo el cultivo de la muestra negativo en 90 (94,7%) y positivo en 5 (4 se negativizaron al 30 mes y 1 caso se perdió). Al 4º mes 88 (86,3%) enfermos continuaban acudiendo a tomar la medicación (77 más del 75 % de las tomas, 10 entre el 50-75% y 1 menos del 50%), teniendo todos el cultivo negativo. Por último, al 6º mes 87 (85,3%) completaron su tratamiento (75 más del 75% de las tomas, 10 entre el 50-75% y 1 menos del 50%), teniendo todos el cultivo negativo y admitiéndose el caso como curado. Por lo tanto, al final del tratamiento sólo abandonaron 15 enfermos (14,7%), teniendo 13 de ellos más de un factor de riesgo (5 toxicómanos, 12 indigentes, 9 alcohólicos y 3 que previamente habían abandonado otras pautas). Hasta la actualidad tan sólo se han producido dos recidivas, aunque sólo en 59 enfermos se han cumplido los dos años desde que finalizaron el tratamiento. Intolerancia medicamentosa que obligase a cambiar la pauta sólo se describió en 2 enfermos de (2,5%). Como variable predictiva incumplimiento se situó la toxicomanía, seguida del alcoholismo y del abandono previo de la medicación.

Opinamos que en este trabajo se demuestra la validez de la pauta utilizada (en base a porcentaje de seguimiento, negativizaciones, recidivas e intolerancias), por lo que creemos que se debe emplear.

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE 371 CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR. UTILIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA.

S. Umbría Domínguez, F. Muñoz Lucena, A. Vargas Puerto, J. Hernández Borge, F. Campos Rodríguez. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar las tasas de curación y abandono del tratamiento obtenidas en los pacientes controlados en una consulta monográfica de Tuberculosis TB en el período 88-93.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos en el tratamiento de la TB en una consulta monográfica dotada con diversas medidas para favorecer el cumplimiento del tratamiento entre los que se incluyen: planificación anticipada de revisiones y estudios complementarios; mecanismos para detectar ausencias injustificadas a las citas programadas y conexión con los epidemiólogos de distrito para recuperación de pérdidas.

Se incluyen 371 casos de TB, 236 con localización pulmonar, 94 extrapulmonar y 41 con formas mixtas. El 35% (130/371) de los casos presentaban factores de riesgo de TB, destacando el etilismo crónico en el 15% (57/371), toxicomanías iv en el 4% (13/371) e infección HIV en el 2% (8/371). El 88% (328/371), de los pacientes eran casos de TB inicial y en el 12% (43/371) restante se incluyen 39 recidivas, 2 abandonos de tratamientos previos y 2 crónicos. El 98% (321/328) de los casos iniciales y el 72% (31/43) de los casos no iniciales fueron tratados con regímenes standard de 3 ó 4 drogas y seis o nueve meses de duración. Cinco casos iniciales cambiaron de domicilio antes de la finalización del tratamiento y fueron excluidos del estudio.

RESULTADOS

De los 366 casos evaluables, 281 (87%) con TB inicial y 31 (72%) con TB no inicial completaron el esquema terapéutico prescrito y se curaron, 11 (3%) casos iniciales y 4 (9%) no iniciales fallecieron antes del final del tratamiento; y 6 (2%) iniciales y 3 (7%) no iniciales se perdieron. En 25 (8%) casos iniciales (10 por abandono de la medicación, 12 por toxicidad grave y 3 por fracaso terapéutico) y 5 (12%) no iniciales (2 abandonos, 2 con toxicidad y 1 fracaso) se realizaron modificaciones sustanciales en el régimen de tratamiento. Veinte de los 25 casos iniciales y 2 de los 5 no iniciales completaron el 2º esquema terapéutico y se curaron; 3 iniciales se perdieron y 2 iniciales y 1 caso no inicial continúan aún en tratamiento. Las tasas de curación finales obtenidas fueron del 94% (301/323) en la TB inicial y del 79% (33/43) en la TB no inicial registrándose en total 12 (3%) pérdidas de pacientes.

CONCLUSIONES

1.- La creación de una consulta monográfica de TB se ha mostrado útil en el control del tratamiento de los casos de TB de nuestra área. 2.- Las medidas adoptadas para favorecer el cumplimiento del tratamiento se han mostrado eficaces en lograr su objetivo en una población de pacientes con escasa incidencia de toxicómanos.

QUIMIOPROFILAXIS: SITUACION EN NUESTRO MEDIO.

I. Rodríguez Blanco, T. Domínguez Platas, T. Gómez Vizcaíno, P. Cordero Montero, P. Márquez Pérez, F. Fuentes Otero. Sección Neumología. Hospital Regional Universitario INS. Infanta Cristina. Badajoz.

OBJETIVOS

Durante el año 94, hemos realizado un estudio prospectivo para intentar conocer la situación de los estudios epidemiológicos y de la quimioprofilaxis que se instaura en el entorno de los pacientes que diganosticamos de TBC.

METODOLOGIA

Para llevar a cabo nuestro proyecto, repartimos las fichas de seguimiento por los Sevicios del Hospital, que habitualmente diagnostica y tratan TBC: Medicina Interna, Pediatría, Neumología y Enferndades Infecciosas; con la común indicación de recomendar a los Médicos de Familia de los pacientes el estudio epidemiológico de los contactos.

RESULTADOS

En el período citado, se diagnosticaron en el ámbito de nuestro Hospital, 70 casos de TBC, de los cuales, el 84,3% (59 casos) eran formas broncopulmonares y pleurales. Tan sólo en 31 casos, se indica y se realiza el estudio. Entre los 39 casos en que no se indicó o no se realizó el estudio, 18 (46,2%), eran formas broncopulmonares, 12 de las cuales presentaban BK positivo en la extensión directa de esputo; y 3 de los enfermos del estudio, (4,3%) proceden de estos conviventes no estudiados. En los 31 casos en los que se realiza el estudio, sólo en el entorno de 6 enfermos, se hizo y se indicó la quimioprofilaxis de un modo «académicamente» correcto. En 15 enfermos se realizó una quimioprofilaxis correcta en aquellos contactos en que estaba indicada, pero en estos entornos claramente debieron repetirse algunos Mantoux, inicialmente negativos, e incluso instaurar alguna quimioprofilaxis primaria. En los 10 enfermos restantes, existieron grandes lagunas en indicaciones, dosis y tiempo en la quimioprofilaxis.

CONCLUSIONES

Es evidente la relajación en la indicación de estos estudios y el desconocimiento de la importancia que puede tener esta práctica. Por ello, es posible, que en nuestro medio tengamos que plantearnos seriamente la apertura de una consulta monográfica para el diagnóstico y control de la TBC.

QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA DE TUBERCULOSIS EN COINFECTADOS TBC/VIH CON DOS FARMACOS DURANTE TRES MESES.

E. Pérez Escolano, C. A. Lobo Barrero. Hospital de Jerez de la Frontera (Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis).

OBJETIVOS

El riesgo de desarrollar la Tuberculosis TBC en las personas coinfectadas TBC/VIH es 500 veces superior al de la población no infectada. España es el país europeo con mayor tasa de coinfección.

Evaluar la cumplimentación, tolerancia y yatrogenia de una tratamiento de quimioprofilaxis secundaria (Q2^a) con dos fármacos Rifampicina (R) + Hidracida (H) durante 3 meses (QS/90) comparándola con la convencional de doce meses con H exclusivamente (Q/12), instaurada en los años 92-94.

METODOLOGIA

La infección VIH se estableció mediante ELISA y posterior ratificación mediante Western Blot. La infección TBC se diagnostica con la intradermorreacción de Mantoux; en los posibles alérgicos se utilizaron test de sensibilidad celular a varios alérgenos (Multitest).

Los pacientes que fueron incluidos en QS/90 (30 pacientes) asumieron el compromiso de controlarse semanalmente para responder a un cuestionario (cumplimentación, tolerancia, sintomatología), control de H en orina, retirada de medicación para siete días y extracción sanguínea para control hepático cada quince días. Los incluidos en Q/12 (26 pacientes) fueron citados cada treinta días o antes si presentaran clínica, para cuestionario, control de H en orina y control función hepática. El 60% de los que iniciaron QS/90 y el 76% de los Q/12 eran toxicómanos activos. Fueron criterios de exclusión el hallazgo o sospecha de TBC activa, Q2^a efectuada previamente y hepatopatía activa (GOT>200 U, Bilirrubina total >2mg.).

	QS/90	Q/12
Cumplimiento total del tratamiento	27/30 (90%)	5/26 (19,2%)
Abandonos del tratamiento	2/30 (6,6%)	19/26 (73%)
Reacciones adversas durante el tratamiento	3/30 (10%)	2/26 (7,6%)
Retirados por intolerancia	1/30 (3,3%)	2/26 (7,6%)

Los efectos adversos a la medicación fueron:

	GOT/GPT > 4 veces valor inicial	Bilirrubina > 2 mg.	GGT > 4 valor inicial	Gastro-intestinal
QS/90	0/30	2/30 (6,6%)	2/30 (6,6%)	0/30
Q/12	0/26	1/26 (3,8%)	0/26	1/26 (3,8%)

CONCLUSIONES

1.- La cumplimentación de la QS/90 de tres meses con dos fármacos, es muy superior a la quimioprofilaxis de 12 meses con un solo fármaco. 2.- Las reacciones adversas fueron similares en ambos grupos. 3.- El control semanal meticuloso y la mentalización constante por el personal sanitario es el pilar donde se fundamenta el excelente grado de cumplimentación de la Q2^a en los grupos de alto riesgo de TBC y con alta incidencia de toxicomanía.