

COMUNICACIONES CARTEL

Viernes, 13 de septiembre (15:30 h)

C.2.2. Tuberculosis

Moderador:
Juan Bellido

227

TIEMPO ENTRE INICIO DE SÍNTOMAS E INICIO DE TRATAMIENTO DE LOS CASOS DEL REGISTRO DE TUBERCULOSIS DEL ÁREA 8 (COMUNIDAD DE MADRID)

M.J. Esteban y R.J. Gómez

Sección de Epidemiología Servicio Salud Pública Área 8, Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Alcorcón.

Antecedentes y objetivos: El Registro de Casos de Tuberculosis del Área 8 de la Comunidad de Madrid está implantado desde 1994. El área 8 presentó una incidencia para el año 2001 de 20,01 casos/100.000 habitantes. En dicho registro se recoge la fecha de inicio de síntomas y la fecha de inicio de tratamiento a partir de la historia clínica. El objetivo de esta comunicación es conocer el intervalo de tiempo entre ambas fechas, así como las características de los casos.

Métodos: Del análisis del intervalo de tiempo entre inicio de síntomas/inicio de tratamiento se excluyeron los casos asintomáticos y los que no tenían fecha de inicio de los síntomas. Se construyeron 3 intervalos: 30 días o menos, 31 a 60 días, más 61 días. Se analizaron las características de los casos para cada uno de los intervalos.

Resultados: El número de casos analizados fue de 53 (66,25% del total). La mediana del tiempo entre inicio de síntomas/inicio de tratamiento fue de 30 días (47,17% tardaron más de 30 días en iniciar tratamiento). Para los hombres esta mediana fue de 25 días y para las mujeres de 42 días. El 60% de los hombres iniciaron tratamiento en 30 días o menos (mujeres el 30,77%). Por grandes grupos de edad, en menores de 15 años el 85,71% iniciaron tratamiento en 30 o menos días; en el grupo de 15 a 34 años, un 38,46% en 30 o menos días; en el grupo de 35 a 64 años un 73,33% en 30 o menos días y un 20% más de 60 días; en mayores de 65 años un 60% en más de 60 días. El 75,47% eran tuberculosis pulmonares (52,5% con un intervalo menor de 30 días, 20% más de 60 días). El 62,5% de las pulmonares eran bacilíferas y su distribución fue: 40% 30 días o menos, 36% entre 30 y 60 días y 24% más de 60 días (mediana de 33 días). En el distrito de Navalcarnero (principalmente rural) el 100% de los casos iniciaron tratamiento antes de 30 días, frente a los distritos (urbanos) de Móstoles (42,3%) y Alcorcón (44,4%). El 26,4% de los casos eran extranjeros presentando una mediana de 36,5 días y el 50% tardaron más de 30 días en iniciar tratamiento.

Conclusiones: El cálculo del tiempo que tarda en iniciar tratamiento un caso de tuberculosis desde que inicia síntomas nos permite aproximarnos a la demora diagnóstica (inicio de síntomas/consulta médica/inicio tratamiento). Casi la mitad de los casos tarda más de 1 mes. En el caso de tuberculosis pulmonares bacilíferas la mediana es de 33 días. Los menores de 15 años, los hombres y los del distrito rural presentan menor intervalo de tiempo entre inicio de síntomas e inicio de tratamiento.

226

BROTE DE TUBERCULOSIS EN JÓVENES DE UN MUNICIPIO DE CÁCERES. AÑO 2001

F.J. Valadés, F. Guerra, J.M. Ramos, D. Herrera y F. Martínez-Navarro
Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nac. de Epidemiología, Madrid. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura. Centro Nacional de Epidemiología, Madrid.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) en un importante problema de salud pública. La detección de varios casos TB entre jóvenes de un municipio de Cáceres originó la realización de una investigación epidemiológica cuyo objetivo fue identificar y describir las características de la epidemia, e identificar los factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con búsqueda activa de casos de TB desde septiembre de 2000 hasta octubre de 2001 en el municipio de Riobobos. Se realizó un estudio de contactos entre los familiares y amigos de los casos. La definición de casos fue la de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura y su programa de Prevención y control. Se diseñó un encuesta para casos y contactos con las diferentes variables de estudio. El análisis de los datos se realizó con EpiInfo V-6. El laboratorio de referencia fue el Hospital de Plascencia (Cáceres), y el Instituto de Salud Carlos III (Madrid).

Resultados: se identificaron 9 casos e TB. Siete de ellos (77,8%) fueron mujeres. La media de edad de los casos fue de 22 años (s.d.: 4,92). Cinco de los casos tenían antecedentes claros de relación con enfermos tuberculosos en los años previos. Tres casos (33%) presentaron lesiones radiológicas cavitadas, y el seis (66%) eran bacilíferos. En la curva epidémica se pueden distinguir tres posibles líneas diferentes de difusión de la enfermedad. Se estudiaron 205 contactos, con una prevalencia de infección del 57%, siendo del 78,95% para los contactos familiares y del 55,56% para amigos o compañeros de trabajo ($p = 0,05$). Se realizó Quimioprofilaxis al 60% de los infectados de entre 10 y 24 años.

Conclusiones: Se confirmó la existencia de un brote de TB en el municipio de Riobobos afectando a personas jóvenes, con una elevada prevalencia de infección entre los contactos. Se recomienda aumentar la vigilancia de la TB en el Área y concienciar tanto a los profesionales sanitarios como a la población de la importancia de llevar a cabo programas para el control y la prevención de la TB.

228

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN GRANADA DURANTE UN PERÍODO DE ONCE AÑOS (1991-01)

J.A. Laguna, E. Castillo, M.M. Mochón, I. Marín y B. López

Sección Epidemiología, Del. Prov. C^a de Salud Junta de Andalucía, Granada.

Objetivos: Evaluar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Andaluz (SVEA) en Granada en relación con los resultados del Programa de Control de la Tuberculosis.

Métodos: La fuente de datos son los registros del SVEA. Se describe la evolución del número de casos, edad, factores de riesgo, demora diagnóstica, finalización del seguimiento y causa de la misma, número de focos estudiados y resultados. Los casos evaluados son tuberculosis respiratorias declaradas desde 1991 hasta 2001. Las fechas de inicio de síntomas, el inicio de tratamiento y la finalización del seguimiento de los casos se registran desde 1997.

Resultados: La incidencia registrada de Tuberculosis Pulmonar aumenta en 1991 por primera vez desde 1986, con un claro incremento de la declaración hospitalaria. Desde esa fecha la incidencia aumenta hasta alcanzar un máximo de 141 casos en 1995 y presenta una tendencia ligera al descenso posteriormente. El factor de riesgo más frecuente es la infección por VIH, que alcanza su máxima incidencia en 1994 (36% del total de casos) y que muestra un descenso continuado desde entonces (17% del total de casos en 2001). Durante el período analizado la máxima incidencia se registra entre 25 y 44 años de edad, edad donde se registran la mayoría de los casos con infección por VIH. Si se analizan los casos sin infección por VIH se sigue observando un pico de incidencia entre 25 y 34 años. El registro de los Estudios de Foco ha aumentado desde el 39% de los casos en un primer período (1993-95) hasta el 70% en el período más reciente (1996-00). El porcentaje de convivientes estudiados fue del 69% en el período 1993-95 y del 91% en el período 1996-00. El registro de las fechas de inicio de síntomas y de tratamiento aumentan desde el 29% en 1997 al 80% en 2001. La demora diagnóstica es inferior al mes en el 40% de los casos, sin que se observe ninguna tendencia. El registro de la finalización del seguimiento aumenta desde un 15% en 1997 hasta el 65% en 2000. Las principales causas de finalización de seguimiento han sido la curación (80,46% del total de casos) y el exitus, atribuido o no a tuberculosis (16,50% del total).

Conclusiones: La puesta en marcha del Programa de Tuberculosis ha contribuido a una mejoría en el número y calidad de la declaración de casos. A pesar del descenso de casos con infección por VIH, el descenso de la incidencia total registrada es muy leve, lo que se podría explicar por una mejoría de la declaración y/o por el aumento de casos sin infección por VIH entre 25 y 34 años. El registro de los estudios de foco ha mejorado, y también el de finalización de seguimiento, aunque no alcanzan todavía el objetivo del 90% propuesto para ambos indicadores por la última Conferencia de Consenso de Tuberculosis. También mejora el registro de la demora diagnóstica que es ligeramente menor que la encontrada en España y Andalucía en el Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis.

229

TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNA RESIDENCIA DE DISMINUIDOS. SEGUIMIENTO DE LA QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA Y DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN: PREVENCIÓN DE CASOS SECUNDARIOS

M. Vázquez Contioso

Distrito Sanitario de Atención Primaria Condado. Huelva. Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes y/o objetivos: En una residencia de disminuidos físicos y psíquicos de una localidad de este Distrito se notifica un caso de tuberculosis (TBC) pulmonar muy bacilífero. Tras el estudio de convivientes e indicación de quimioprofilaxis primaria (Qmx) y/o tratamiento (Tto) de la infección, se marcan estos dos objetivos: estudiar mensualmente la adhesión a esta medicación y analizar las causas de abandono y/o de suspensión, por criterio médico, de la pauta indicada.

Métodos: Una vez investigadas las relaciones del caso con el resto de los internos se procede a realizar el estudio de convivientes, incluyendo a todo el personal del centro: disminuidos, trabajadores (educadores, de mantenimiento y cocineros), sanitarios y la familia de un trabajador en cuyo domicilio permaneció el caso una semana. El protocolo utilizado para el estudio de convivientes ha sido el recomendado en el Manual de TBC de la Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Las pautas de medicación aplicadas se han regido por las indicaciones del Consenso Nacional para el Control de la TBC en España. Una entrevista estructurada se realiza, por personal sanitario, mensualmente a cada individuo donde se remarcan los beneficios de tomar la medicación y se detectan efectos secundarios y/o abandonos.

Resultados: El total de expuestos es de 120 personas (n = 120): el 52,5% disminuidos (n = 63), el 42,5% trabajadores (n = 51), el 3% familiares de trabajadores (n = 4) y el 2% sanitarios (n = 2). Por edad destaca que el 65% están entre 15-44 años (n = 78) y el 29% entre 45-64 años (n = 35). Por sexo el 66% son varones (n = 79) y el 34% mujeres (n = 41). Se estudia al 100% de expuestos siendo la prevalencia de infección del 35% (n = 42). De los no infectados (n = 78) inician Qmx el 88% (n = 68) y de los infectados (n = 42) el 98% (n = 41) el que comienza el Tto de la infección. El seguimiento tras el primer mes de Qmx es del 93% (n = 63): el 4% (n = 3) abandona por malestar general y en el 3% (n = 2) se suspende por transaminasas mayor de 100 unidades. A los dos meses continúa el 100% (n = 63) de los que lo hacían al finalizar el primer mes. En este grupo, tras nuevo mantoux, se identifican cinco infectados, que en el 100% de los casos finalizan cuatro meses más de medicación indicados. El seguimiento del Tto de la infección al mes de iniciarla es del 95% (n = 39): en el 5% (n = 2) se suspende por transaminasas elevadas. A los dos meses continúa el 100% (n = 39) de los que lo hacían al finalizar el primer mes y así se mantiene hasta el fin del sexto mes. La vigilancia epidemiológica constató la ausencia de casos secundarios.

Conclusiones: Las personas infectadas son más receptivas a los consejos que los no infectados para la toma de medicación preventiva. El período más crítico de abandono y/o suspensión y que necesita mayor supervisión y apoyo para reforzar la adherencia es el primer mes. La entrevista estructurada mensual se fundamenta como herramienta útil para la mejor adhesión a la medicación.

ESTUDIO DE TUBERCULOSIS EN EL PERÍODO 1997-2001. EVALUACIÓN DE INDICADORES DE INCIDENCIA, PROCESO Y RESULTADO

A. Barroso García, A. Lucerna Méndez, L. Cuenca López y T. Parrón Carreño

Distrito de Atención Primaria Levante Alto Almanzora; Hospital "La Inmaculada".

Antecedentes y objetivos: Recientes trabajos evidencian que la tuberculosis constituye aún un problema importante de Salud Pública en España y en la Comunidad Autónoma Andaluza; en este sentido el II Plan Andaluz de Salud plantea la necesidad de mejorar algunos aspectos en relación a la enfermedad tuberculosa: disminuir la demora en el diagnóstico bacteriológico, aumentar el porcentaje de convivientes estudiados y la adherencia al tratamiento. El objetivo planteado en este estudio es evaluar mediante indicadores de incidencia, proceso y resultado, la situación de la tuberculosis en la zona del Levante-Alto Almanzora de Almería, con el fin de introducir estrategias de mejora.

Métodos: Es un estudio observacional descriptivo. Población de estudio: Declaraciones de tuberculosis y contactos estudiados en el período 1997-2001. Variables: casos declarados, fecha de diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, fecha de inicio de síntomas, casos con finalización de seguimiento, contactos censados, contactos estudiados, contactos tuberculín positivos, contactos tuberculín negativos, prescripción de quimioprofilaxis primaria, tratamiento de la infección tuberculosa, cumplimiento del tratamiento, curación, pérdidas, fracasos, abandonos de tratamiento y muertes. Fuentes de información: modelos de declaración individualizada de tuberculosis, notificación microbiológica, CMBD. Análisis de datos: Con las variables anteriores se calculan los siguientes indicadores de incidencia y proceso: tasa de incidencia anual, demora diagnóstica 1, demora diagnóstica 2, seguimiento, indicadores para la evaluación del estudio de contactos (cobertura censal, cobertura primer control, exhaustividad, cobertura quimioprofilaxis primaria y cobertura de tratamiento de la infección tuberculosa); y de resultado: cumplimiento de tratamiento, curación e indicador de pérdidas, fracasos, abandonos de tratamiento y muertes. Para calcular el indicador de incidencia se tiene en cuenta el padrón de 1998 (111.052 habitantes).

Resultados: En el período estudiado se han registrado 86 casos de tuberculosis. La mayor tasa de incidencia anual es de 23,41 en el año 2001; respecto a los indicadores de proceso, el indicador de demora diagnóstica 1 es de 93,05%, el de demora diagnóstica 2 de 45,95% y el de seguimiento de 95%; el indicador de cobertura censal es de 94,19%, el de cobertura de primer control 95,52%, el de exhaustividad 91,86%, el de cobertura de quimioprofilaxis primaria 68,32% y el de cobertura de tratamiento de la infección tuberculosa 85,96%. Respecto a los indicadores de resultado, el de cumplimiento de tratamiento es de 90,57%, el de curación 80% y el de pérdidas, fracasos, abandonos y muertes 20%.

Conclusiones: Es necesario realizar diagnóstico diferencial de tuberculosis ante una clínica compatible y disponer de resultados analíticos a la mayor brevedad para mejorar los indicadores de demora. Posiblemente se haya sobreestimado el riesgo de infección de los contactos lo que ha originado una cobertura de quimioprofilaxis primaria menor a la recomendada (mayor del 75%). Es de destacar la alta cobertura alcanzada en los indicadores de seguimiento y tratamiento.

231

230

TUBERCULOSIS EN UN PUEBLO DE EXTREMADURA, 1994-2001: UNA ALERTA SANITARIA

K. Alpers, P. Arias, M.A. García Bazaga, J.M. Ramos Aceiteiro, D. Herrera Guibert y F. Martínez Navarro

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura; Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), CNE, Instituto de Salud Carlos III; European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET).

Antecedentes y objetivos: A partir de la notificación de siete casos de Tuberculosis (TB) en un pueblo de Cáceres de 2.288 habitantes en el año 2000 (306,48/100.000), las autoridades sanitarias decidieron llevar a cabo un análisis de la situación de la TB en el mismo con el objetivo de determinar las posibles causas de la alta incidencia, caracterizar los casos y proponer medidas de control.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo a partir de las fichas epidemiológicas de los casos notificados entre los años 1994 y 2001 aplicando la definición vigente del sistema de vigilancia de Extremadura para casos sospechosos y confirmados. Se describe la información disponible acerca de las manifestaciones clínicas, los resultados de microbiología, el tratamiento, la evolución y el estudio de contactos. Para conocer mejor como se maneja la información entre los distintos niveles se entrevistó a los profesionales involucrados en el control de la TB en el área. Se ha solicitado la tipificación molecular de las cepas de los casos en el laboratorio de referencia.

Resultados: Entre 1994 y 2001 se declararon 24 casos de TB en el pueblo, 12 confirmados y 10 sospechosos (2 inclasificables); además se encontraron referencias a otros dos no declarados, calculándose una incidencia media anual de 142,3/100.000. La edad mediana fue 32 años con un rango entre 17 y 82. De 18 de los casos (69,2%) se sospecha que eran bacilíferos en el momento de la notificación, sin embargo no consta el resultado del cultivo en 6 de ellos (33,3%). De los 24 casos con ficha epidemiológica no disponemos de información sobre baciloscopia en 4 (16,7%) y no conocemos el resultado del cultivo en 11 (45,8%). Solamente en una ficha se menciona el estudio de resistencias. No hay información sobre el resultado del tratamiento. En el 61,5% de los casos no tenemos ninguna evidencia de que se haya realizado un estudio de contactos. En seis familias del pueblo ocurrieron casos a lo largo del período, implicando a 19 del total de los casos (79%). Dos casos presentaron una recaída años después de completar un tratamiento antituberculoso. En las entrevistas realizadas se apuntan la ausencia de comunicación clara de diagnóstico y tratamientos y falta de seguimiento entre los distintos niveles implicados. Están pendientes los resultados de laboratorio.

Conclusiones: La alta incidencia de casos durante los ocho años se debe en gran parte a una transmisión intrafamiliar, un inadecuado manejo de los casos y la falta de comunicación entre niveles. Este estudio ilustra la necesidad urgente de mejorar el manejo de los casos de TB con sus contactos y la comunicación entre todos los profesionales involucrados. Asimismo recomendamos la modificación de las fichas de notificación y entrenar a los profesionales en su uso correcto. Las autoridades sanitarias extremeñas están en el proceso de revisar el programa de control de la TB.

ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EXTREMADURA UTILIZANDO EL MÉTODO CAPTURAR-RECAPTURA. AÑO 1999

F.J. Valadés Rodríguez, J.M. Ramos Aceiteiro, J.F. Sánchez Cancho, D. Herrera Guibert y J.F. Martínez Navarro

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura; Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) sigue constituyendo en la actualidad un importante problema de Salud Pública. En Extremadura, diferentes estudios estiman una incidencia de TB Pulmonar (TBP) entre 11 y 21 casos por 10⁵ habitantes/año. El objetivo de este estudio es aplicar el método captura-recaptura (MCR) para estimar la incidencia de la TBP en Extremadura en el año 1999, y las posibles diferencias entre las distintas Áreas de Salud y grupos de edad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con búsqueda activa de casos de TBP en la Comunidad de Extremadura durante el año 1999. Se utilizó el método Captura-Recaptura usando dos fuentes, el código 011 del conjunto mínimo de datos hospitalarios (CMBD) y la rúbrica 08 de las enfermedades de declaración obligatorias (EDO). Se utilizó la definición de caso de la Red de Vigilancia Epidemiológica y se revisaron las historias clínicas de aquellos casos con una información incompleta. La estimación de casos, tasa de exhaustividad y coeficiente de independencia se realizó con el módulo EpiTable de EpiInfo V-6. Se calcularon las tasas de incidencia desagregadas por áreas de Salud y grupos de edad. El denominador poblacional fue el padrón de Extremadura del año 1998.

Resultados: EDO aportó 136 casos y el CMBD 135, siendo comunes a ambos registros 62, y se estimaron por el MCR 295 casos (IC 95%: 256-334). La exhaustividad de EDO fue del 46,1% (IC 95%: 40,7-53,1), la del CMBD del 45,8% (IC 95%: 40,4-52,7) y la de ambos registros juntos del 70,8% (IC 95%: 62,2-81,6). El Coeficiente de independencia de las exhaustividades desagregado por Áreas fue de 0,47 (p = 0,23). Se obtuvo una incidencia según EDO de 12,71 casos por 10⁵, la incidencia identificada por ambos registros fue de 19,54 casos por 10⁵ y la estimada por MCR de 27,58 casos por 10⁵. Por Áreas de Salud la incidencia estimada osciló entre 8,32 y 42,87 casos por 10⁵, y la exhaustividad de EDO entre el 26,3% y el 100%. Por grupos de edad, la exhaustividad EDO osciló entre el 100% en menores de 14 años y el 36% en el grupo de 60-74 años.

Conclusiones: La incidencia de TBP en las diferentes Áreas no es homogénea, con una tasa estimada para toda la Comunidad de 27,58 casos por 10⁵. El registro EDO subestima la TBP en Extremadura alrededor de un 50%. La aproximación a la realidad de la situación de la TBP sólo con EDO es insuficiente, haciéndose necesario la utilización de una o más fuentes alternativas para su estimación y ajuste.

232

233

PATRÓN DE MORBIMORTALIDAD DE LA TUBERCULOSIS EN EXTREMADURA

F.J. Valadés Rodríguez, J.M. Ramos Aceitero, D. Herrera Guibert y J.F. Martínez Navarro

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura; Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) es una enfermedad reemergente. La OMS estimó en 1990 ocho millones de casos incidentes y tres millones de defunciones anuales por esta causa. En España, las tasas de incidencia y de mortalidad tienen una tendencia descendente. El objetivo de este estudio es describir el patrón de morbimortalidad de la enfermedad tuberculosa en la Comunidad de Extremadura en el año 1999.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con búsqueda activa de casos de TB en la Comunidad de Extremadura durante el año 1999. Se incluyeron en el estudio los enfermos de TB pertenecientes a las rúbricas 08 y 47 del registro de enfermedades de declaración obligatoria y los códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9) 011 y 013 del conjunto mínimo de datos hospitalarios para el año 1999. Se utilizaron como defunciones por TB las registradas con el código 002 de la tabla reducida de defunciones del Instituto Nacional de Estadística. Se creó una base de datos con el módulo Eped de Epi-Info V6 y se analizaron con el módulo Epi-Info. El test de hipótesis utilizado para los riesgos relativos (RR) fue del de χ^2 con un nivel de confianza del 95%. Se utilizó como límite de edad para el cálculo de los años potenciales de vida perdidos los años de vida esperados por el modelo West nivel 26 modificado.

Resultados: Se identificaron 263 casos de enfermedad TB (tasa de incidencia de 24,6 casos por 105). El índice de masculinidad fue 3 con una media de edad de 47,3 años, desviación estándar 21,3. El 59% (155) de los casos se confirmaron microbiológicamente. La coinfección VIH/TB se identificó en el 5,7% de los casos de TB. De los 209 (79,5%) casos de TBP el 34% (72) eran bacilíferos. De los 16 (6,1%) casos de TB meningea el 68,8% (11) correspondían a edades de entre 10 y 39 años. El riesgo relativo (RR) de las Áreas de Cáceres y Badajoz fue de 1,21 ($p = 0,05$) y de Cáceres 1,31 (0,04). El RR del municipio de Mérida fue de 2,09 ($p < 0,01$). Se identificaron 14 defunciones en el año 1999 (tasa de mortalidad 1,3 defunciones por 105) afectando el 71,4% de las defunciones a mayores de 65 años. El total de APVP por la TB fue de 252,84 años.

Conclusiones: El patrón de morbilidad de la TB en Extremadura es muy similar a la del resto del país aunque con una proporción baja de coinfectados VIH/TBC. La mortalidad en menores de 29 años fue 2 puntos inferior a la de mayores de 65 años.

234

TUBERCULOSIS ENTRE INMIGRANTES EN UN ÁREA METROPOLITANA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

J. Segura del Pozo y M.J. Calvente Cestafe

Servicio de Salud Pública del Área 3. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes y/o objetivos: La clásica relación tuberculosis y marginalidad, que hasta ahora se expresaba por el binomio tuberculosis y drogadicción/VIH, se está manifestando progresivamente por el binomio tuberculosis e inmigración. El conocimiento de las características de los casos entre inmigrantes en nuestro Área (310.000 habitantes y 8% de inmigrantes censados), nos permitirá abordar mejor su control y prevención.

Métodos: La fuente de datos es el Registro Regional de Tuberculosis. Se seleccionan los casos diagnosticados entre 1994 y 2000, identificados como no españoles, con residencia en el Área 3 y fecha de inicio de síntomas (o, en su defecto, fecha de inicio de tratamiento) posterior a su llegada al Área. Se describe la curva de casos diagnosticados entre 1994 y 2000, para todo el Área 3, para sus dos grandes municipios (Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz) y según país de procedencia. Se realiza un estudio descriptivo de los casos del año 2000 de las variables: edad, sexo, localización anatómica, contagiosidad (microscopía esputo), infección VIH, uso drogas por vía parenteral, resistencia antibiótica y de otras variables que describen el manejo clínico/epidemiológico de los casos (lugar de tratamiento y seguimiento, estudio de contactos conocido, retraso mediano de tratamiento, retraso mediano de notificación, abandono conocido de tratamiento y falta de información sobre fin de tratamiento). Se hace una comparación de porcentajes y de medias entre los casos en inmigrantes y en españoles residentes en el Área, estimando su significación estadística.

Resultados: Los casos en inmigrantes han pasado de un 2,5% en 1994 a un 21% en 2000 (41% entre residentes de Torrejón de Ardoz). El 48% proceden de Guinea Ecuatorial. La incidencia estimada en 2000 para el Área 3 es 16 casos por 100.000 habitantes españoles y de 48 casos por 100.000 habitantes extranjeros. La edad media es de 45,6 años en españoles y 26,8 años en extranjeros ($p = 0,0015$). Son mujeres el 28% de los casos españoles y el 58% de los extranjeros ($p = 0,055$). La localización respiratoria es del 72% en españoles y 58% en inmigrantes (dif. no sign.), destacando entre estos un 42% de casos de localización ganglionar. El 33% de los casos autóctonos son bacilíferos frente al 8% en inmigrantes (dif. no sign.). Son VIH+ el 13% de españoles y el 33% de inmigrantes (dif. no sign.). El 15% de los españoles son ex-usuarios de drogas vía parenteral frente a ningún caso en inmigrantes. No se encontraron diferencias importantes en las variables de manejo clínico-epidemiológico, excepto en la falta de información sobre fin de tratamiento (26% en españoles y 75% en inmigrantes, $p = 0,03$).

Conclusiones: 1) Hay un progresivo aumento de inmigrantes entre los casos de tuberculosis del Área. 2) Los casos en este grupo se caracterizan por ser más jóvenes, con mayor peso de mujeres, con mayor presencia de casos no respiratorios y menor contagiosidad. 3) No hay diferencias en el manejo clínico-epidemiológico inicial, aunque hay un déficit en la información evolutiva.