



2253 - IMPACTO DEL ORIGEN GEOGRÁFICO EN EL PERFIL CLÍNICO Y MICROBIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INMIGRANTES

María Teresa Blanque Robles, Alejandro Moya Ruiz, Cristina Ocaña Losada, María Angustias Bonilla Parejo y Laura Castro Coca

Medicina Interna, Hospital Universitario Poniente, El Ejido, España.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias clínicas, epidemiológicas y microbiológicas en pacientes inmigrantes diagnosticados de tuberculosis (TBC) según su región de origen.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos por TBC en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas, situación administrativa, condiciones sociales, factores de riesgo, formas clínicas, coinfecciones, resistencias farmacológicas, adherencia y evolución comparando tres grupos según el área de procedencia: África Subsahariana, El Magreb y Europa del Este.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes: 73 de África Subsahariana, 81 del Magreb y 27 de Europa del Este. En cuanto a las diferencias entre pacientes procedentes del Magreb y África Subsahariana, no se encontraron diferencias ($p > 0,05$) entre el sexo, siendo más frecuente en varones (93,2 vs. 86,4%), edad (32 vs. 35) ni tiempo de estancia en España previo al diagnóstico (60 vs. 36 meses). La situación administrativa irregular fue mayor en subsaharianos respecto a magrebíes (63,0 vs. 39,5%; $p = 0,004$), así como mayor hacinamiento (27,4 vs. 14,8%; $p = 0,055$). El tabaquismo fue más frecuente en procedentes del Magreb respecto a África Subsahariana (48,1 vs. 16,4%; $p < 0,001$). La forma pulmonar fue la más común en ambos grupos africanos (67,1 vs. 76,5%; $p = 0,193$), con una alta proporción de pacientes bacilíferos en ambos casos (90,4 vs. 85,2%; $p = 0,325$). Las resistencias detectadas a fármacos de primera línea fueron bajas en ambos grupos (1,4 vs. 2,5%; $p = 0,539$). En cuanto a las diferencias entre continente africano (el Magreb y África Subsahariana) y Europa del Este, la situación administrativa irregular fue más frecuente en africanos (50,6 vs. 14,8%; $p < 0,001$), con menor tiempo de estancia en España (48 vs. 144 meses; $p = 0,009$). El consumo de alcohol y tabaco fue significativamente mayor en pacientes de Europa del Este (37 vs. 13,0%; $p = 0,004$) respecto a africanos (81,5 vs. 33,1%; $p < 0,001$ respectivamente). No se observaron diferencias significativas en coinfección por VIH. En cuanto a la clínica, la tos fue más frecuente en paciente de Europa del Este (100 vs. 85,7%; $p = 0,022$), mientras que la hemoptisis fue más prevalente en africanos (34,4 vs. 14,8%; $p = 0,043$). Todos los pacientes de Europa del Este fueron diagnosticados de TBC pulmonar o pleuropulmonar mientras que los africanos presentaron mayor diversidad de formas de TBC (ganglionar, pericárdica, diseminada). La tasa de resistencias a fármacos de primera línea fue mayor en pacientes de Europa del Este (11,1 vs. 1,9%; $p = 0,044$). No se observaron diferencias significativas la adherencia terapéutica ni tasa de curación entre ambos grupos.

Conclusiones: El origen geográfico influye en el perfil clínico, social y microbiológico de los pacientes inmigrantes con TBC. Las poblaciones africanas presentan más situaciones de vulnerabilidad social y mayor variedad de formas clínicas, mientras que en pacientes procedentes de Europa del Este se detectan tasas más

elevadas de consumo de tóxicos y resistencias farmacológicas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de adaptar las estrategias de cribado, seguimiento y tratamiento según el contexto epidemiológico y social del paciente.