Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):131

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-26. - TUBERCULOSIS E INMIGRACIÓN

R. Calderón Hernáiz, J. Canora Lebrato, J. Ruiz Giardín, E. Madroñal Cerezo, D. Rejas Velásquez, M. Fernández López, A. Castro Gordon, A. Zapatero Gaviria

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Objetivos: La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel Mundial, responsable de 1.3 millones de muertes anuales (OMS 2013). La incidencia de TB resistente ha aumentado en los últimos años como consecuencia los flujos migratorios procedentes de países con elevadas tasas de incidencia. El área del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) es una de las que más inmigrantes acoge dentro de la Comunidad de Madrid, fundamentalmente de África subsahariana, Marruecos, Ecuador, Colombia y Europa del Este (INE 2014) Nuestro objetivo es evaluar diferencias clínicas, epidemiológicas, de resistencia a tuberculostáticos y evolución entre los pacientes españoles (E) y los inmigrantes (IN) con TB atendidos en el área.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de TB diagnosticados en el HUF desde su apertura en junio de 2004 hasta diciembre de 2013. Dividimos la población estudiada entre E e IN. Se empleó chi^2 para variables categóricas (test exacto de Fisher si necesario) y el test U-Mann-Whitney o el de t-Student para variables continuas. Definimos como significación estadística $p < 0,05$. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

Resultados: Durante este periodo se diagnostican 322 casos de TB, de los cuales 183 son E y 139 IN. La mayoría de los IN proceden de África subsahariana (AS) (14%), de países árabes (A) (12,8%), latinoamericanos (L) (8,5%) y Europa del este (EE) (7,3%). La estancia media en España es de 6 años. No se observan diferencias en cuanto a sexo pero los IN que desarrollan TB son significativamente más jóvenes que los E (34,12 años de media (± 13,1) vs 44,51 (± 22,9), $p < 0,001$). La proporción de infección por VIH en pacientes IN con TB es significativamente mayor (7,2% vs 1,6%, $p < 0,05$) y suelen tener mayor grado de hacinamiento, sin embargo, los E que desarrollan TB son con mayor frecuencia fumadores ($p < 0,05$) e inmunosuprimidos (toma de glucocorticoides, diabetes mellitus, neoplasias) (24,5% vs 7,19, $p < 0,001$). No existen diferencias entre ambos grupos en cuanto a los síntomas ni en la localización de la enfermedad. El diagnóstico microbiológico se alcanza en 137 de los E y en 110 de los IN pero el estudio de resistencias no se obtiene en todos esos casos (129 de los E, 103 de los EX) Detectamos 9 casos de TB multirresistente, sin diferencias en cuanto a la procedencia, y ningún caso de TB extremadamente resistente. Se observa un mayor porcentaje de resistencia a insoniazida (H) entre la población IN (14,7% vs 3,8%, $p < 0,05$), incluso cuando se realiza un análisis por países, en todos ellos la resistencia a H es superior al 4% (AS 17,6%, A 14,3%, EE 9,5%, L 15,7%), sin detectarse contacto previo con tuberculostáticos. También objetivamos una mayor proporción de resistencia a pirazinamida,

etambutol y a tuberculostáticos orales de 2ª línea ($p < 0,05$) en el grupo IN. La mayoría de los E recibió tratamiento con el esquema clásico de 3 fármacos (3F) (58,4%), el 34,9% el esquema de 4 fármacos (4F) y el 3,8% fármacos de segunda línea (2L). Los IN recibieron con más frecuencia el esquema 4F (66%); el 23,75% 3F y el 6,5% requirió 2L. No hubo diferencias en cuanto a toxicidad. En general la evolución fue favorable, produciéndose tan sólo 8 fallecimientos: la mayoría E de edad avanzada (media 76,28 años) e inmunosuprimidos (no VIH) ($p < 0,05$). En el grupo de IN se producen más pérdidas en el seguimiento (41 vs 10, $p < 0,001$); se trata de pacientes procedentes fundamentalmente de África subsahariana y países árabes.

Conclusiones: En nuestra área observamos que la población inmigrante con tuberculosis es significativamente más joven y sana que la española, a excepción de la infección por VIH. Se observa un elevado porcentaje de resistencia primaria a isoniazida en la población extranjera independientemente de su país de origen por lo que, en nuestro hospital, podemos recomendar con seguridad tratar sistemáticamente a todos los inmigrantes con 4 fármacos y a los pacientes españoles con 3 fármacos. Existen significativamente más pérdidas en el seguimiento en pacientes subsaharianos y árabes, lo que puede condicionar la evolución y pronóstico de la enfermedad, sin embargo los casos de evolución fatal en nuestra serie son en su mayoría españoles de edad avanzada con algún tipo de inmunosupresión (no VIH).

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.