

Día Mundial de la Tuberculosis(TB)

24 de marzo 2012

El Día Mundial de la Tuberculosis sirve para generar un mayor nivel de conciencia respecto de la epidemia mundial de tuberculosis y de los esfuerzos para acabar con la enfermedad. Actualmente, un tercio de la población mundial está infectada de tuberculosis.

Este evento, que se celebra cada año el 24 de abril, marca el día en el que el Dr. Robert Koch descubrió en 1882 la causa de la tuberculosis, el bacilo tuberculoso. Este supuso el primer paso hacia el diagnóstico y la cura de la enfermedad.

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable que se transmite por el aire. Los pacientes cuyos pulmones albergan bacilos de la tuberculosis pueden contagiar a otras personas cuando tosen. En 2008, 9,4 millones de personas contrajeron la enfermedad, y 1,8 millones fallecieron.

Cuando se detectan pronto y reciben un tratamiento completo, los pacientes dejan rápidamente de ser contagiosos y acaban curándose.

Los principales problemas actuales son la TB multirresistente(MDR TB) y ultrarresistente(XDR TB), la TB asociada a la infección por VIH.

En algunas zonas del mundo, el 25% de las personas con tuberculosis padece una forma de enfermedad resistente que no se presta a tratamiento con los regímenes terapéuticos convencionales.

Se calcula que en 2008 había en el mundo 440 000 personas con tuberculosis MDR, de las que una tercera parte falleció.

La tuberculosis multirresistente (MDR) está causada por bacterias que son resistentes por lo menos a la isoniazida y a la rifampicina, los fármacos antituberculosos más eficaces. La tuberculosis MDR puede ser consecuencia de una infección primaria por bacterias resistentes, o puede aparecer en el curso del tratamiento del paciente.

La tuberculosis ultrarresistente (XDR) es una forma de tuberculosis causada por bacterias resistentes a la isoniazida y la rifampicina (es decir, tuberculosis MDR) así como a cualquier fluoroquinolona y a cualquiera de los fármacos antituberculosos inyectables de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina).

Esas formas de tuberculosis no responden al tratamiento convencional de seis meses con fármacos antituberculosos de primera línea, y su tratamiento con fármacos menos potentes, más tóxicos y mucho más costosos (de 50 a 200 veces más) dura dos años o más. Mientras que el tratamiento con fármacos antituberculosos convencionales cuesta aproximadamente US\$ 20, los fármacos contra la tuberculosis MDR pueden costar hasta US\$ 5000, y el tratamiento de la tuberculosis XDR es mucho más caro.

Se estima que los casos de tuberculosis MDR, causaron 150 000 muertes. El número de casos de tuberculosis XDR, puede que se eleven a 25 000 al año, la mayoría de ellos letales. Desde que se definió por primera vez la tuberculosis XDR en 2006, un total de 58 países han notificado por lo menos un caso de tuberculosis XDR.

Según muestran los estudios realizados, los pacientes de tuberculosis que estén además infectados por el VIH tienen un riesgo más alto de padecer tuberculosis MDR que los pacientes de tuberculosis no infectados por el VIH.

DATOS SOBRE TUBERCULOSIS

- **MORTALIDAD**
 - ✓ 1,8 Millones de muertes al año
 - ✓ 5000 muertos al día, como 10 AVIONES JUMBOS
 - ✓ Una muerte cada 20 segundos
 - ✓ La más mortal de todas las Enfermedades infecciosas
 - ✓ Se morirán más personas por Tuberculosis que por SIDA.
- **Infectados**
 - ✓ 1000 – 2000 Millones
 - ✓ 50 Millones MDR – TB
 - ✓ 1/3 de Población Mundial

- ✓ cada uno infecta 10 – 15 personas al año
- **Coinfección SIDA**
 - ✓ la primera causa de muerte
 - ✓ 1 de cada 4 muertes por Tuberculosis
 - ✓ 1,5 millones de casos
 - ✓ 500.000 muertos
 - ✓ Doble números de casos XDR TB
-
- **La enfermedad infecciosa más importante.**
- **Más casos que antes de tener tratamiento**
- **Incidencia Anual**
 - ✓ 8 – 10 Millones
- **Recaídas: 1 Millón**
- **Prevalencia 30 Millones**
- **TB MDR**
 - ✓ 500.000 casos
 - ✓ Costo tratamiento 250.000 dólares
- **XDR TB**
 - ✓ En al menos 56 Países
 - ✓ 40.000 casos AÑO
 - ✓ 180.000 CASOS
- **XXDR TB :Resistente a fármacos de 1ª y 2ª Línea**

Reforzamiento de los laboratorios de microbiología diagnóstica

Es necesario ampliar y acelerar urgentemente en los países el acceso a tecnologías nuevas y rápidas que puedan diagnosticar la tuberculosis MDR en dos días, en lugar de los métodos tradicionales, que llegan a tardar hasta cuatro meses.

Es necesario también la vigilancia sistemática de la farmacorresistencia .

La falta de capacidad de diagnóstico ha sido un obstáculo crucial para dar una respuesta eficaz a los problemas de la tuberculosis asociada al VIH y la tuberculosis farmacorresistente, puesto que como consecuencia de este importante déficit para realizar cultivos y antibiogramas

solamente se detecta el 5% de la carga mundial estimada de pacientes de tuberculosis polifarmacorresistente y una fracción aún menor de casos de tuberculosis ultrarresistente. Por consiguiente, la ampliación de la capacidad para diagnosticar la tuberculosis y la tuberculosis polifarmacorresistente es una prioridad mundial para el control de esta infección. La atención de pacientes con tuberculosis empieza con un diagnóstico de calidad garantizada, obtenido mediante el cultivo e identificación de *Mycobacterium tuberculosis* a partir de muestras clínicas y la realización de antibiogramas de ese organismo para confirmar o excluir la resistencia. En los últimos años, la investigación sobre nuevos medios de diagnóstico de la tuberculosis se ha acelerado, y como resultado de ello el número de pruebas de diagnóstico en desarrollo ha ido creciendo rápidamente.

La OMS ha dado el visto bueno a una nueva prueba rápida para la tuberculosis, que reviste especial importancia para los países más afectados por la enfermedad. Se trata de una prueba que podría llegar a revolucionar la atención y el control de la tuberculosis porque permite realizar un diagnóstico exacto de numerosos pacientes en unos 100 minutos, mientras que con las pruebas actuales los resultados pueden tardar hasta tres meses.

No obstante, incluso los mejores instrumentos están condenados al fracaso si no se abordan al mismo tiempo todos los elementos básicos de los servicios de laboratorio, entre los cuales figuran los siguientes:

- infraestructura de laboratorio, medidas de bioseguridad y mantenimiento apropiados;
- validación y mantenimiento del equipo;
- transporte y mecanismos de referencia de muestras;
- gestión de las instalaciones y suministros de laboratorio;
- información y sistemas de gestión de datos de laboratorio;
- sistemas de gestión de la calidad de laboratorio;
- estrategias y financiación apropiadas y adecuadas para el desarrollo de recursos humanos de laboratorio;
- coordinación de la asistencia técnica;
- integración de algoritmos de diagnóstico en los planes de fortalecimiento de laboratorio.

TUBERCULOSIS EN ESPAÑA

España es uno de los países de Europa occidental con una mayor incidencia de tuberculosis (17-25 casos por 100.000 habitantes y año). No obstante, esta incidencia ha ido disminuyendo en los últimos años, aunque se ha registrado un ligero incremento de nuevas infecciones en algunas zonas del país, debido en parte al incremento de los flujos migratorios de los últimos años. Hay un considerable incremento de casos de tuberculosis en inmigrantes alcanzado el 30% del global. Por el contrario los pacientes nativos suelen ser personas mayores de 50 años. Los inmigrantes llegan a través de las urgencias o los centros de atención primaria con síntomas más avanzados mientras los pacientes nativos acuden a la consulta de especialistas. Una vez diagnosticados, los inmigrantes también tienen mayor dificultad para comprender la enfermedad y el tratamiento lo que repercute en un mayor abandono del mismo.

La situación de la tuberculosis en España, al igual que en Portugal, dista de la de otros países europeos como Holanda, donde la incidencia de esta enfermedad no supera los 5 casos por 100.000 habitantes al año.

A pesar de la alta prevalencia de tuberculosis entre las personas procedentes de países en desarrollo, el perfil de los pacientes con tuberculosis es muy diverso ya que afecta desde a los sanitarios como enfermedad profesional, cooperantes, hasta personas con bajo nivel socio económico, y puede afectar a cualquiera ya que esta enfermedad se transmite por vía aérea. A este respecto, es importante que el médico, tanto de atención primaria como hospitalaria, piense en esta enfermedad cuando realiza el diagnóstico diferencial ante cualquier paciente que presente tos y expectoración de más de dos semanas sin otra causa que lo justifique.

Si recientemente reapareció la tuberculosis con fuerza a causa del Sida y posteriormente se controló con la aparición de nuevos antirretrovirales, ahora es el aumento de la inmigración de países en los que la tuberculosis es una enfermedad endémica el principal obstáculo

En los últimos años, la reducción de esta enfermedad se ha ido frenando de forma progresiva. Así, en cinco años, el descenso de nuevos casos de tuberculosis ha pasado del 10% al 3%, lo que "obliga a una implicación más decidida por parte de las administraciones sanitarias"

En Andalucía, la erradicación de la tuberculosis sigue siendo una asignatura pendiente, con casi 12 casos por cada 100.000 habitantes

Los últimos datos ofrecidos por el Centro Nacional de Epidemiología informan de la incidencia de la tuberculosis en Andalucía donde asciende a casi 12 casos por cada 100.000 habitantes. de la que se registran anualmente 7.820 casos en España.

Según el informe del Centro Nacional de Epidemiología, la tasa de incidencia de tuberculosis en Andalucía (11.8 casos por cada 100.000 habitantes), sitúa a la región por encima de otras como por ejemplo Castilla y León, Canarias, Navarra o Castilla-La Mancha con cifras de incidencia de 10.8 casos por cada 100.000 habitantes, 10.7, 10.4, y 9 casos respectivamente.

El problema de la tuberculosis persiste en España, donde el número de enfermos asciende a 7.820, encabezando junto con Portugal, el ranking de países más afectados de la UE, y a gran distancia de otros como Alemania, Francia, Holanda o el Reino Unido. A pesar de que los datos de incidencia en los últimos años parecen haberse estabilizado, los expertos ponen la alerta en factores que pueden variar esta tendencia como la inmigración: de los casos registrados en España, en torno al 45% corresponde a inmigrantes, entre el 5% y el 10% a enfermos de VIH +, y menos de la mitad a nativos.

Según la OMS, «una persona con tuberculosis activa puede infectar a una media de entre 10 y 15 personas en un año». Por ello, los expertos alertan de la importancia de la prevención, la detección y el tratamiento precoz para prevenir la tuberculosis. Deberían potenciarse las medidas destinadas a la detección precoz e instaurar el tratamiento para cortar la cadena epidemiológica de la infección y evitar así nuevos contagios.

En este sentido la reunión del GEM en Cordoba , organizada por el centro de Referencia de Micobacterias de la Facultad de Medicina y el Laboratorio de Referencia para el control de la tuberculosis en Andalucía del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Reina Sofia de Cordoba ,pretende una puesta a punto sobre estos temas de alta prioridad a nivel mundial.