

Amb motiu del Dia Mundial de la Tuberculosi, 24 de març de 2007.

Entrevista amb Francesc Xavier Garcés, membre del subgrup de Tuberculosi (dins del Grup de Malalties Infeccioses) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

“És aviat per saber si el recent rebrot de la tuberculosi és un fet puntual o serà una tendència sostinguda”.

Quines són les principals característiques que defineixen la tuberculosi com a malaltia?

La tuberculosi és una malaltia transmissible produïda per espècies de l'anomenat complex *Mycobacterium tuberculosis* o bacil de Koch. Aproximadament el 10% de les persones infectades pel bacil la desenvolupen en algun moment de la seva vida. Cal diferenciar entre la infecció tuberculosa latent (situació de les persones contagiades però no malaltes) i la malaltia tuberculosa activa. Aquesta pot afectar a qualsevol lloc de l'organisme però la forma més freqüent és la respiratòria.

La seva presentació pot ser molt variada i inespecífica per la qual cosa s'ha de sospitar una tuberculosi davant la presència de símptomes respiratoris o generals de presentació subaguda o crònica. Altres formes de presentació de la tuberculosi són la febre d'origen desconegut, l'eritema nodós o la clínica derivada d'afectació extrapulmonar (pleural, meningia, osteoarticular, genitourinària, ganglionar).

Té dades sobre l'impacte d'aquesta malaltia en la població?

A Espanya, al voltant del 20-25% de la població està infectada i la incidència estimada de la malaltia tuberculosa l'any 2004 va ser d'uns 10.700 casos (25/100.000 hab). El 45% dels casos van ser bacil·lífers, és a dir, amb capacitat de contagi. Durant el mateix any, a Catalunya es van produir 1.475 casos (21,6/100.000 hab) amb una mortalitat del 2 %. Pel que fa a la ciutat de Barcelona, la incidència l'any 2003 va ser de 481 casos (32/100.000 hab).

Com es contagia i quins són els factors de risc que hi incideixen?

La via de transmissió que causa gairebé la totalitat dels contagis és l'aèria (tos o esternuts). Hi ha altres formes de contagi però són molt més rares al nostre país.

Els factors de risc que afavoreixen el desenvolupament de la malaltia (en persones prèviament infectades) són la infecció pel VIH/SIDA, altres malalties o tractaments que provoquen immunodeficiència, les situacions de precarietat social, la immigració recent des de països d'alta incidència, l'alcoholisme i el tabaquisme.

És cert que Espanya és el país europeu occidental amb una major incidència de tuberculosi? A què és degut?

Doncs sí. Malgrat que les dades epidemiològiques estan evolucionant de forma satisfactòria en els darrers anys, a Espanya encara estem a la cua de la Unió Europea (només superats per Portugal i alguns països de l'Est) i la nostra incidència se situa cinc vegades per sobre de la mitjana europea.

A diferència dels països avançats del nostre entorn, la incorrecta aplicació de les mesures de control al nostre país durant dècades va motivar una elevada transmissió del bacil tuberculós a la comunitat i, per tant, un alt nombre de persones infectades que constitueixen el reservori natural de la malaltia. Aquesta alta prevalença de infecció es dona en tots els grups d'edat, mentre que en altres

països europeus es limitava, abans del fenomen migratori, a les persones més grans.

En els darrers anys, es publiquen estadístiques i notícies que parlen d'un augment de casos a Catalunya. De quin augment estem parlant? A què es deu? Es pot dir que s'ha descontrolat la malaltia o seria exagerat?

En realitat ha succeït més aviat el contrari. A Catalunya, des de 1992 (52/100.000 hab), s'ha produït una davallada en la incidència de la malaltia, constant i superior al 5% anual a partir de 1997. La tuberculosi sempre ha estat present, però els deficients sistemes de declaració en el passat donaven la falsa sensació que la malaltia era poc freqüent. Actualment, el ressò mediàtic que es produeix quan es detecta un brot, ocasiona la percepció que la malaltia augmenta.

És cert que algunes dades, com les corresponents a la ciutat de Barcelona el 2005 (479 casos, 29,7/100.000), parlen d'un repunt de la malaltia, però és aviat per dir si serà un fet puntual o una tendència sostinguda. Dependrà, en bona mesura, de la potenciació i correcte funcionament dels programes de control de la tuberculosi.

Hi ha tendència a culpar els immigrants d'aquests rebrots. Què hi ha de cert i què de tòpic?

És cert que la immigració està complicant el control de la TB en els països industrialitzats, ja que tant el tractament com el seguiment dels contactes acostuma esdevenir difícil per la seva complexa situació administrativa, laboral, personal i familiar. Però no és veritat que ens "portin" la malaltia, ja que la majoria d'ells no emmalalteixen fins que fa un temps que són aquí (només els més forts aconseguen emigrar), a causa de les dures condicions de vida que pateixen.

De manera similar a altres països desenvolupats, el diagnòstic de casos de tuberculosi en individus nascuts fora d'Espanya s'ha incrementat progressivament, i ha passat de ser el 7,4% del total de malalts incidents l'any 1992, a ser el 28,8% l'any 2004. Prenent com a exemple la capital catalana, en els darrers anys han augmentat els casos en immigrants, però també en autòctons, així que no es pot atribuir als nousvinguts tot l'increment.

Quant a la por de la transmissió de la malaltia des del col·lectiu immigrant a la població autòctona, els estudis demostren que és poc freqüent, probablement per la tendència a relacionar-se socialment amb persones del mateix origen ètnic.

Quin és el paper del metge de família per prevenir, detectar i tractar la malaltia?

Les mesures més importants per al control de la tuberculosi són el diagnòstic precoç i el tractament correcte dels malalts, especialment dels casos contagiosos. A més, en països amb suficients recursos sanitaris, també és molt important fer correctament l'estudi de contactes i el tractament preventiu de les persones infectades que tinguin un alt risc de desenvolupar la malaltia. L'Atenció Primària té un paper important en qualsevol dels punts anteriors, de forma coordinada amb els altres nivells assistencials, en el context d'un programa de control antituberculosi correctament implementat.

Quins són els principals *handicaps* per eradicar la tuberculosi?

Bàsicament, les dificultats inherents per dur a terme adequadament les mesures de control abans esmentades. El diagnòstic no sempre és fàcil i el seu retard pot fer que els malalts siguin contagiosos durant llargs períodes de temps. D'altra banda, la llarga durada del tractament (entre 6 i 9 mesos) i els seus possibles efectes secundaris afavoreixen l'incompliment terapèutic.

Els percentatges de curació de la malaltia estan al voltant del 83-89% a llocs com Barcelona ciutat. Aquests resultats, tot i ser bons, no impliquen que no s'hagin de mantenir els esforços per aconseguir-ne les millors xifres possibles: diagnosticar precoçment; assegurar el compliment terapèutic en tots els malalts, ampliant l'accés a tractaments directament observats (especialment, en col·lectius amb risc d'incompliment: immigrants, presos, indigents, toxicòmans, etc.) amb un treball coordinat entre els professionals implicats (metges, infermeria de salut pública, treballadors socials, agents de salut que actuïn com a mediadors culturals i traductors...); augmentar els estudis de contactes, sobretot en els casos de malalts contagiosos, etc.

Així es podran assolir excel·lents resultats, com els d'alguns districtes de Barcelona (per exemple, Ciutat Vella) on es va aconseguir més del 98% d'acompliment en els tractaments.

Quina és la situació a la resta del món?

Encara que es disposa d'un tractament farmacològic efectiu des de fa més de 40 anys i que és una malaltia controlable a nivell comunitari, per diferents motius (pandèmia de la SIDA, pobresa, insuficient aplicació dels programes de control), la tuberculosi continua sent un problema de Salut Pública de primer ordre en tot el món, fins al punt que l'OMS la va declarar Emergència Mundial l'any 1993.

La seva distribució reflecteix les desigualtats entre els països rics i els països de renda baixa, que concentren el 95 % dels casos i el 98 % dels morts, amb taxes de malaltia que poden superar els 300 casos per 100.000 habitants. Es calcula que un terç de la població mundial, uns 2.000 milions de persones, està infectat pel bacil tuberculós, amb una prevalença estimada en el 2004 de 14,6 milions de malalts. Aquest any van aparèixer 8,9 milions de casos nous i van morir 1,7 milions de persones.

Com es podria millorar el control de la malaltia i l'atenció als infectats?

A mitjà termini, només millorant de manera sensible l'aplicació de les mesures de control ja conegudes, augmentant els recursos destinats a combatre la malaltia, especialment en els països en desenvolupament. Malgrat iniciatives interessants en aquest sentit, com el *Stop TB Partnership* patrocinat per l'OMS, el *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, o la *TB Alliance*, encara s'està molt lluny de disposar dels recursos necessaris. Tal i com indica l'OMS, és prioritari un major accés a diagnòstics precisos i tractaments eficaços, accelerant l'aplicació a escala mundial de l'anomenada estratègia DOTS (tractaments directament supervisats).

A llarg termini, només la possibilitat de disposar d'una vacuna altament efectiva i de nous tractaments eficaços de molt curta durada podria fer realitat l'esperança de controlar definitivament la malaltia.

Quines són les darreres novetats en el tractament de la tuberculosi i quines estan en estudi?

Per motius exclusivament econòmics, només un 1% dels fàrmacs comercialitzats en el món en els darrers 30 anys està destinat a combatre malalties tropicals o d'alta prevalença en països pobres. Aquesta injusta situació ha afectat també als medicaments antituberculosos. En els últims 20 anys, no s'han produït modificacions substancials de les pautes de tractament. Només la incorporació, a principis dels anys 90, d'algunes quinolones en els tractaments de les tuberculosis resistents i l'aparició de preparats farmacèutics combinats han suposat un cert progrés.



Actualment existeixen diversos compostos en diferents etapes d'investigació, alguns ja en fase de desenvolupament clínic: derivats de les rifamicines, noves quinolones i imidazoles. Malgrat això, són necessaris alguns anys perquè s'incorporin com un estàndard de tractament. És possible que en els propers 3 o 4 anys, afegint quinolones de nova generació al tractament actual, es pugui escurçar la seva durada a 4 mesos. I s'especula que cap al 2015 es podria disposar de noves combinacions amb imidazoles i diarilquinolones que podrien curar la tuberculosi en 1-2 mesos.

Respecte a les vacunes, tot i els importants esforços d'investigació que s'estan portant a terme, probablement no es disposarà d'una vacuna segura i eficaç en un termini inferior a 10 o 20 anys.