

A Sanidade, máis preto

A Sanidade, máis preto

A provincia de Ourense, cunha taxa de tuberculose inferior á existente en Galicia, rexistrou 57 casos no ano 2013

Poñéndolle cancelas á enfermidade

ÁNGELES RODRÍGUEZ

Os novos casos diminúen. A tendencia é descendente e favorable, pero non se pode baixar a garda. A tuberculose segue estando presente no territorio galego. De feito, Galicia, con 24,1 casos por cada 100.000 habitantes (datos do ano 2012 do Instituto de Saúde Carlos III), é a terceira comunidades española coa incidencia máis alta, só detrás de Ceuta (63,4) e de Melilla (25,7), cando a incidencia estatal é de 13,1. En cuarto e quinto lugar están Cataluña (con 16,8) e o País Vasco (16,5). “Tradicionalmente é así, hai maior incidencia na metade norte da península e, concretamente, en Galicia temos unha cifra máis parecida a Portugal que ao noso país”, explica o doutor Abel Rodríguez Canal, neumólogo do CHUO e responsable da Unidade de Prevención e Control da Tuberculose (UTB) de Ourense.

Sen embargo, a posta en marcha do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose supuxo un antes e un despois na evolución desta doenza. “Dende 1996 vemos que xa nos imos achegando aos datos españois. Antes a brecha que nos separaba das outras comunidades era moito máis grande, ademais a enfermidade está diminuíndo aquí cun promedio maior que no resto de España e tendemos a converxer con eles. Hoxe en Galicia temos o 30% da tuberculose que había no ano 1996”, continúa o doutor Rodríguez. Así a comunidade galega pasou dunha incidencia de 71,8 en 1996 a 24,1 no ano 2012, o que supuxo un descenso dun 66,7%, cun cambio relativo anual do -6,6%, segundo os datos do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose. Na provincia de Ourense o descenso tamén resulta significativo xa que dos 219 casos rexistrados no ano 2000 pasouse a 64 no 2012 (cunha incidencia do 19,4) e a 57 no 2013.

O doutor Rodríguez Canal destaca ademais que se trata de datos moi reais, xa que “en Galicia facemos unha búsqueda exhaustiva de tuberculose. Noutras comunidades non poden dicir o mesmo xa que algunhas só dan a cifra dos casos que se declaran. Nós por declaración de médicos chegamos máis ou menos ao 50% dos casos que temos,



A esquerda destas liñas, o doutor Abel Rodríguez Canal, responsable da Unidade de Tuberculose (UTB) de Ourense. Debaixo: o doutor Rodríguez Canal co resto de integrantes desta unidade de tuberculose: comezando pola esquerda, Beatriz Pérez (traballadora social), Amparo Castro-Paz (médico do servizo de Neumoloxía) e Pilar Iglesias (enfermeira).



o 50% restante é búsqueda activa das Unidades de Tuberculose (UTBs) cos laboratorios de microbioloxía, indagando en rexistros de enfermos e facendo estudos de contactos, e así atopamos outro 40 e tantos por cento de tuberculose”.

Neste esforzo por controlar a enfermidade ten sido esencial a creación de unidades especializadas. A UTB de Ourense é unha das sete existentes en Galicia e a única da provincia. Está no Centro de Especialidades da rúa Cancejo da cidade e conta con dous neumó-

A doutora María Ángeles Gómez (no microscopio) e a técnica Inírida Fernández, no laboratorio de microbioloxía do CHUO.

logos, unha traballadora social e unha enfermeira. “A primeira clave está en tentar diagnosticar os casos o máis rápido posible, é dicir, os pacientes deben ter un acceso rápido ao sistema. Nós nas UTB temos consulta sen demora, vemos dun día para outro. En segundo lugar, debemos comprobar que os enfermos se curan e, polo tanto, tense que empezar o tratamento pronto e realizar unha supervisión do mesmo nos seis ou nove meses que pode durar. Isto faise con consultas periódicas cada tres ou catro semanas e comprobando que o paciente, efectivamente, tome o tratamento, que o tolere ben e que faga as cousas ben. Deste xeito, non só diagnosticamos, senón que chegamos á situación de tratamento completado, caso curado; co cal cortamos a cadea epidemiolóxica”, sinala o doutor Rodríguez.

A maiores, en cada caso de tuberculose pulmonar a UTB elabora un estudo de contactos. Considérase contacto a toda aquela persoa (familiares, compañeiros laborais, amigos, etc.) que ten estado próxima a un enfermo de tuberculose, e polo tanto, sometida ao risco de contaxio. “Examinamos a todos os contactos, sobre todo, se o enfermo é un sanitario ou un profesor, ou se traballa cun colectivo de xente nunha empresa e nun ambiente pechado, non ben ventilado”, concreta este neumólogo, “e facendo este estudo vimos descubriendo entre o 4 e o 5% dos enfermos de tuberculose. Ademais son enfermos que atopamos nunha fase moi inicial, na que non contaxiaron a outras persoas e así cortamos a cadea de contaxio ao momento”.

A principal porta de acceso dos pacientes con tuberculose ao sistema sanitario é a Atención Primaria. Cando o médico de familia detecta un posible caso, remíteo á UTB de referencia. Esta enfermidade afecta en gran medida a poboación xove (no 48% dos casos son persoas entre 25 e 54 anos), sendo nun 61,6% homes (datos 2012 en Galicia) e no 38,4% restante, mulleres. A tuberculose prodúcese por un bacilo que se transmite por vía respiratoria e nun 70% dos casos aséntase tamén nas vías respiratorias. “Lamentablemente a clínica que dá é moi inespecífica, parece un catarro sen máis, porque é unha tos que co tempo non vai pasando, senón que aumenta, e pode haber decimas de febre e algo de cansazo. Non é, polo tanto, unha doenza moi chamativa e ademais

en case a metade dos casos dase en poboación xove, que traballa e acude un pouco máis tarde ao sistema sanitario. Nós detectamos que a xente chega con clínica respiratoria e que acude ao seu médico de cabeceira cando leva unhas tres ou catro semanas con esa clínica, á que non lle deu importancia porque lle parecía un catarro sen máis”, engade o doutor Rodríguez Canal.

O tratamento da tuberculose comeza con catro antibióticos á vez, específicos para esta enfermidade, e no mellor dos casos pode durar seis meses. “Son fármacos que, aínda que se toleran relativamente ben, poden causar distintos tipos de toxicidade

unidade ou ao centro de saúde e comprobamos como o toma todos os días”, di o responsable da UTB.

Son moi poucos os enfermos que requiren de ingreso hospitalario. O habitual é facer tratamento domiciliario e nas tres primeiras semanas (que nalgúns casos poden prolongarse a catro ou cinco) o paciente debe estar en illamento respiratorio. “Se as cousas van ben, en tres semanas o risco de contaxio será cero, pero nós sempre o comprobamos facendo unha análise de esputo. Tras ese tempo, o paciente non está curado, segue necesitado tratamento, pero xa pode facer unha vida de socialización normal. E, ao cabo de seis ou oito sema-

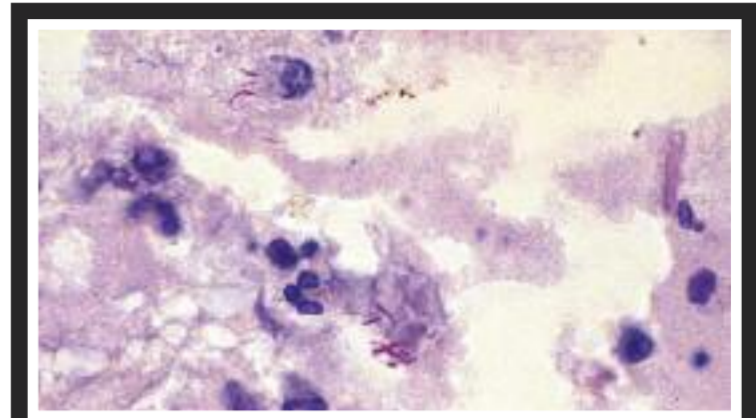


O doutor Antonio Enériz, responsable da subunidade de tuberculose do HCV.

que debe ser moi ben vixiada. Ademais é un tratamento que hai que ir variando, non son os catro antibióticos e a mesma dose todo o tempo, senón que podemos ir baixándoos pouco a pouco. Isto require varias visitas. En definitiva, é un tratamento no que temos que estar moi enriba do paciente porque sabemos que a taxa de confusión á hora de seguilo ou a de abandono, pensando que xa chegou o tempo e que non necesitan máis, é moi alta. En cambio, cuns seguimentos adecuados, logramos que o manteñan. En Ourense, nun de cada tres pacientes facemos un tratamento supervisado e controlámolo, como 15% dos casos, o tratamento é estreitamente supervisado e o paciente vén á

na, o habitual é que se poda reincorporar á súa vida laboral, pero debe manter o tratamento seis meses como mínimo”.

Non todas as tuberculosos son iguais. O bacilo que as causa non sempre é sensible aos fármacos. “En Galicia, dende hai xa moitos anos, a toda cepa de *Mycobacterium tuberculosis* que se cultiva, facémolle un antibiograma para ver exactamente que antibióticos son os correctos. No 2012 o 90% das cepas eran sensibles a todos os medicamentos e do 10% restante, que eran pouco máis de 40, a maioría tiñan resistencia a un só fármaco. E, se son resistentes a un só fármaco ou a ningún, o tratamento non plantexa problemas porque nós dámoslle, de entrada, catro ao pa-



A Tuberculose

O aire, o medio de propagación

A.R.

O bacilo *Mycobacterium tuberculosis* é o causante da tuberculose, unha enfermidade infecciosa previble e curable. “Aproximadamente nun 70% dos casos aséntase en vía respiratoria, e iso é o que potencialmente permite que o bacilo se estenda á pulmonar, co cal o problema teno unicamente o enfermo”, sinala o doutor Abel Rodríguez, responsable da UTB do CHUO.

Os síntomas dunha tuberculose pulmonar son, principalmente, tos persistente durante días ou tres semanas, hemoptise (tos con sangue) e dor de peito. Transmítese a través do aire en minúsculas gotiñas de saliva que as persoas enfermas emiten ao falar, rir, cantar, tusir ou esbarrar. Se outra persoa se inhala, pode infectarse, pero iso non significa que chegue a desenvolver a doenza. É o que se chama tuberculose latente. Neste caso os infectados non se senten mal, nin presentan síntomas e tampouco son contaxiosos. Pero, en xeral, se non reciben tratamento, entre o 5 e o 10% das persoas coa infección enfermarán nalgún momento da súa vida.

Por iso, se unha persoa sabe que estivo preto dun enfermo de tuberculose, é importante que se faga as probas para confirmar ou descartar que está infectada. Unha desas probas é a cutánea e nela inxéctase cunha agulla pequena unha substancia para análise chamada tuberculina. Despois de dous ou tres días, o paciente regresa para que o persoal médico comprobe se a súa pel presenta algunha reacción. “Vainos dicir se a persoa estivo en contacto ou non co bacilo. É unha proba que hai que interpretala ben porque ten unha sensibilidade que non é a que nos gustaría. Agora, dende hai pouco tempo, dispoñemos dunha análise que é un pouco máis específica. Trátase dunha proba en sangue que ás veces facemos para saír de dúbidas, sobre todo en inmunodeprimidos”, engade o doutor Rodríguez. Pero cando o paciente xa presenta clínica, é dicir, “está canso, con tos e algo de febre, neste caso pasamos directamente á radiografía e á análise de esputo (flema que se expulsa dos pulmóns ao tusir)”. Os principais colectivos de risco ante a tuberculose son os enfermos de sida, os contactos dun caso de tuberculose detectado e os inmigrantes, en especial, os do terceiro mundo.

Pero malia aos avances, a loita non está ganada. Así se resaltaba o 24 de marzo no Día Mundial da Tuberculose. “Hai moita carga desta enfermidade nos países pobres e en desenvolvemento. É un problema de saúde pública de primeira magnitude a nivel mundial. E temos que lembrar que nun mundo globalizado de pouco serve dicir que Galicia ten unha taxa pequena de TBMR, cando calquera persoa pode chegar de China, África ou India en menos de 24 horas, vivir aquí, enfermarse e contaxiar. É importante que a tuberculose vaia a menos e que a nivel mundial se controle este problema”, conclúe o doutor Rodríguez Canal.

