

O ATRASO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE RESPIRATORIA EN GALICIA

O día 24 de marzo conmemorouse o Día Mundial da Tuberculose e con este motivo quérese facer unha lembranza da relevancia que esta patoloxía segue a ter e da importancia do papel que xoga o médico de Atención Primaria (AP) á hora do establecemento o máis precoz posible dun diagnóstico de sospeita.

Segundo a Organización Mundial da Saúde, no ano 2013 enfermaron de tuberculose (TB) 9 millóns de persoas e 1,5 millóns morreron por esta causa.

En Galicia, dende o ano 1996 e ata o 2014, o número de casos foi en descenso (1.962 casos novos en 1996 vs 552 en 2014), o que supón unha incidencia de TB de 71,8 e 20,0 casos por 100.000 habitantes nos anos 1996 e 2014 (datos provisionais), respectivamente.

Unha das causas de que a TB en Galicia non diminúa dun xeito máis acusado, é o atraso diagnóstico que se segue a observar. Centrándonos na TB respiratoria (TBR), o atraso diagnóstico ten consecuencias especialmente negativas, sobre todo nos casos de TB bacilífera polo seu alto risco de transmisión.

O atraso total defínese como os días entre o comezo dos síntomas e o comezo do tratamento, e está formado polo atraso atribuíble ao enfermo e o atribuíble ao sistema sanitario. O atraso atribuíble ao enfermo son os días transcorridos entre o comezo dos síntomas e a primeira consulta, e o atraso atribuíble ao sistema sanitario os que van dende a primeira consulta ata o comezo do tratamento.

Todos os resultados están expresados na mediana de días, polo que o atraso total non se corresponde coa suma do atraso atribuíble ao paciente e o atribuíble ao sistema.

No ano 2013 rexistráronse, en Galicia, 390 casos de TB respiratoria (incidencia 14,1 casos por 100.000 habitantes), dos cales 182 (46,7%) eran bacilíferos (incidencia 6,6 casos por 100.000 habitantes). Practicamente o 60% dos casos diagnosticados eran homes. O atraso diagnóstico da TB respiratoria foi de 58 días (17 atribuíble ao enfermo e 20 ao sistema sanitario) e o da TB respiratoria bacilífera foi de 59 días (25 atribuíble ao enfermo e 11 ao sistema sanitario).

Por sexo, o atraso foi maior nos homes (cun atraso total de 59 días, 17 atribuíbles ao enfermo e 21 ao sistema sanitario) que nas mulleres (cun atraso total de 49 días, 16 días atribuíbles ao enfermo e 18 ao sistema sanitario).

Por idade, o maior atraso diagnóstico atopouse nos maiores de 64 anos (cun atraso total de 71 días, 29 atribuíbles ao enfermo e 17 ao sistema sanitario) e o menor nos de 0 a 14 anos (cun atraso total de 18 días, 5 atribuíbles ao enfermo e 12 ao sistema sanitario) [gráfico no Apéndice].

En xeral, o atraso diagnóstico das TB respiratoria presenta unha mediana que supera os 30 días, sendo o recomendable que se atopase por debaixo desta cifra. Estes resultados poñen de manifesto a importancia da educación sanitaria da poboación e o papel clave do médico de AP á hora de pensar nesta patoloxía para conseguir diminuír o atraso diagnóstico e acelerar, deste xeito, o descenso da TBR en Galicia.

NOVO CORONAVIRUS: ACTUALIZACIÓN A MARZO DE 2015

Aínda que transcorreu pouco tempo dende que en 2012 se identificou a MERS-CoV [Venres], semella que se trata dunha enfermidade estacional, na que a meirande parte dos casos ocorre por estas datas [Apéndice]. Semella tamén que a estacionalidade está relacionada coa época de cría dos camélidos en oriente medio. [1]

Cos datos dispoñibles, a epidemioloxía da MERS-CoV pódese resumir do xeito seguinte. Os camélidos son o reservatorio e a principal fonte de infección, e as persoas adquirirían a infección por estar expostas a eles ou aos seus produtos. Despois, só unha fracción dos infectados desenvolvería unha enfermidade grave, especialmente aqueles que padecen diabete, fracaso renal, enfermidade pulmonar crónica ou están inmunodeprimidos [OMS].

Unha vez adquirida a infección, a transmisión do virus entre persoas é limitada, e podería estar facilitada pola gravidade do cadro clínico, feito que explica que os clústeres ocorresen en centros sanitarios [Venres] e xustifica que a vixilancia dos casos importados de MERS-CoV se limite aos doentes que precisan ingreso hospitalario.

En base a isto, as recomendacións para atención primaria non cambian a respecto do xa publicado en Venres [enlace], no que se comenta a actitude a seguir coa persoa que padece unha infección respiratoria e que estivo en Oriente Medio nos 14 días previos ao inicio dos síntomas.

Por outra banda, a OMS recomenda que as persoas que viaxan a unha zona de risco teñan os cuidados mínimos seguintes [OMS]: lavado de mans regular; non tocar o nariz, os ollos ou a boca; evitar o contacto con xente ou animais enfermos; e evitar o contacto cos camellos ou o seu leite, carne ou outros produtos empregados con distintos fins como os seus ouriños, polo maior risco de infección.

As zonas de risco pódense consultar na páxina web da D. X. de Innovación e Xestión da Saúde Pública [enlace].

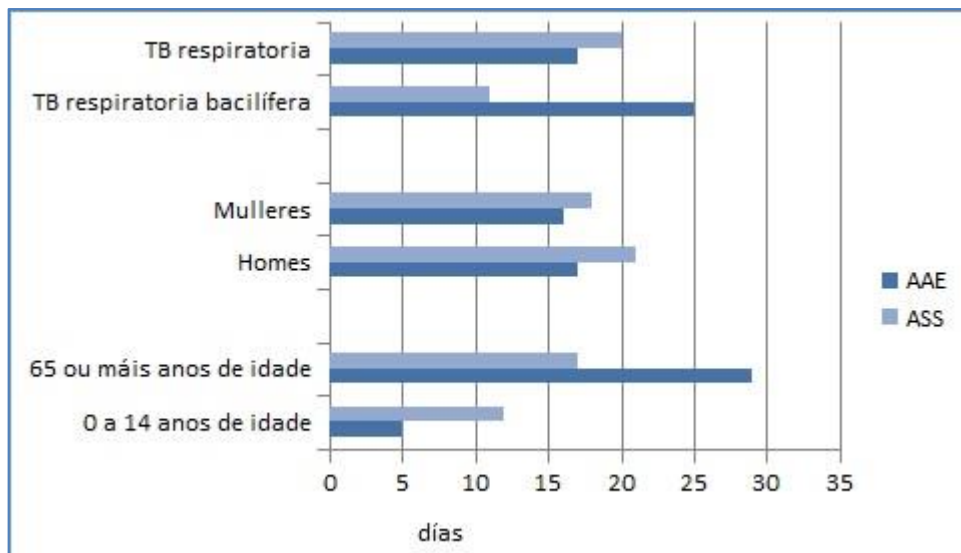
Para rematar, compre salientar que polo aumento estacional de casos de MERS-CoV o ECDC publicou unha nova avaliación de risco [ECDC], na que se segue a considerar baixo o risco de exportación a Europa.

[1] Kupferschmidt K. *Science* 2015; 347 (6228): 1296-7.

APÉNDICE

O ATRASO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE RESPIRATORIA EN GALICIA

Mediana do atraso diagnóstico da TB atribuíble ao enfermo (AAE) e do atraso atribuíble ao sistema sanitario (ASS), en días, en dous grupos de idade, por sexo e na TB respiratoria e na TB respiratoria bacilífera, en Galicia durante 2013.



NOVO CORONAVIRUS: ACTUALIZACIÓN A MARZO DE 2015

Número de casos confirmados de MERS-CoV por mes dende que comezou a enfermidade. Fonte [ECDC](#)

