

LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA A FINALES DEL SIGLO XX

Por

Ricardo Franco Vicario

Lección expuesta en Bilbao
el día 10 de Abril de 2003
en el Salón de Actos del
Archivo Foral de Bizkaia

Han colaborado en este trabajo de investigación:

Felipe Miguel de la Villa
Victor Bustamante Murga
Fernando Sádaba Garay
Juan Miguel Santamaría
Begoña Urtiaga
Sonia Gaztambide
Concepción Hernández
Concepción Arízaga
Susana Rubio
José Manuel Llamazares
Luis Cubas Largacha
Ramón Cisterna Cáncer

Agradecimientos:

Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco
Comisión de Investigación del Hospital de Basurto (Bilbao)
R.S.B.A.P. (Comisión de Bizkaia)
Fundación Gangoiti Barrera

LECCIÓN DE INGRESO
como Amigo de Número de la
REAL SOCIEDAD BASCONGADA
DE LOS AMIGOS DEL PAIS

por

Ricardo Franco Vicario

Sr. Presidente, amigas y amigos de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Exmas. Autoridades, Alumnos, Discípulos, Compañeros de Profesión, familiares, Sras y Sres.:

Cuando hace 5 años el Prof. Pascual Román Polo, persona que me es muy grata por muchas razones de peso: entusiasmo sin límites, sensatez, ingenio, generosidad, honestidad y profundo sentido de la amistad y del deber, entonces Presidente de la Comisión de Bizkaia, y hoy el amigo que me recibe en esta solemne lección de ingreso, me propuso entrar en la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País experimenté la sensación narcisista de sentirme escogido para participar en la primera institución cultural vasca, que nació y se ha perpetuado hasta nuestros días gracias al entusiasmo y dedicación altruista de grupos progresistas de la burguesía y de la aristocracia, que anhelaban el enriquecimiento científico e ideológico de nuestro pueblo.

Cuando me enteré que según los estatutos los socios deberían ser *de juicio maduro, de una crítica fina, y que tengan algún talento*, mi autoestima agradeció profundamente que tales exigencias coincidiesen en mi persona.

Confieso públicamente que es para mí un grandísimo honor y una extraordinaria oportunidad y responsabilidad vincularme a los herederos de los Ilustrados de Azkoitia -los caballeritos-, vinculación que, como señala nuestra queridísima amiga M^a Angeles Larrea, es antes que otras cosas, fuente de sacrificio y de esfuerzo.

La lección que a continuación les voy a exponer, titulada *La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX*, es el fruto de la experiencia de toda mi vida profesional en este campo concreto de la Patología Infecciosa; experiencia compartida con mis compañeros del Hospital de Basurto y que ha constituido material de trabajo para la realización de dos Tesis Doctorales y numerosas publicaciones científico médicas.

El tema se adecúa a lo que esta Real e Ilustre Sociedad ha intentado fomentar desde su fundación en 1775; esto es: *todo cuanto conviene inmediatamente a la conservación, alivio y conveniencia de la especie humana*.

INTRODUCCIÓN

El interés que despierta la Tuberculosis subyace en el hecho de que aún sigue siendo un problema a resolver, cuyas dimensiones mundiales arrojan las siguientes cifras:

- Un tercio de la población mundial (1.500 millones de individuos) están infectados.
- Diez millones de casos nuevos aparecen cada año.
- El número de enfermos tuberculosos supera la cifra de 30 millones.
- Mueren cada año por tuberculosis más de 3 millones de personas.

La OMS ha calculado que, tanto por el crecimiento de las poblaciones como por la aplicación insuficiente de los medios disponibles para el control de esta enfermedad, en la primera década del siglo

XXI habrá más enfermos tuberculosos que los que había cuando se descubrieron los primeros fármacos específicos... **y todo ello a causa de una enfermedad de etiología conocida, totalmente tratable y teóricamente controlable.**

Por otra parte la tuberculosis es una de las enfermedades **asociadas al SIDA** más importantes. Así en la década de los 80, la pandemia del VIH, la inmigración de personas procedentes de alta endemicidad, la formación de bolsas de pobreza (el denominado cuarto mundo), y el impacto en los usuarios de drogas por vía parenteral, **ocasionaron un resurgir de la tuberculosis, llegando la OMS a declarar, en 1993, a la tuberculosis una emergencia mundial.**

En nuestra comunidad, la tasa de incidencia obtenida de un estudio multicéntrico realizado durante el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 1996 y el 30 de abril de 1997 fue de 38,97/100.000 habitantes (**Tabla I**). Esta tasa era comparable a la de otras comunidades autónomas del Estado Español, pero muy superior a la existente en la mayoría de los países europeos de nuestro entorno.

Comunidad autónoma	Tipo de casos							
	Inicial			Tratado / diagnosticado previamente			Casos totales	
	Número	Porcentaje	Tasa	Número	Porcentaje	Tasa	Número	Tasa
Andalucía	1686	88,5	26,74	219	11,5	3,47	1905	31,21
Asturias	504	87,7	46,07	71	12,3	6,49	575	52,56
Castilla-La Mancha	116	87,9	14,25	16	12,1	1,97	132	16,22
Castilla-León	926	91,5	36,37	86	8,5	3,37	1012	39,75
Cataluña	2260	90,1	37,3	248	9,9	4,09	2508	41,39
Comunidad Valenciana	595	91	25,14	59	9	2,49	654	27,64
Extremadura	299	92	28,16	26	8	2,45	325	30,61
Galicia	1443	90	63,65	161	10	7,1	1604	70,75
La Rioja	83	84,7	31,51	15	15,3	5,7	98	37,2
Murcia	206	90,4	26,22	22	9,6	2,8	228	29,02
País Vasco	745	90,9	35,41	75	9,1	3,57	820	38,97
Ceuta	40	93	59,16	3	7	4,44	43	63,6
Melilla	26	89,7	45,66	3	10,3	5,27	29	50,93
Global	8929	89,9	34,62	1004	10,1	3,9	9933	38,51

Tabla I:

La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX. Grupo de trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del proyecto multicéntrico de investigación en tuberculosis (PMIT). Med Clin (Barc) 2000; 114 : 530-537

Nuestra preocupación por la tuberculosis fue muy temprana —data del año 1977—, y a ella contribuyeron una serie de circunstancias que me importa señalar:

1º. El papel cada vez más creciente de los Servicios de Medicina Interna en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, que nos obligó a «redescubrir» esta vieja enfermedad..., vieja enfermedad que a partir de los logros terapéuticos conseguidos con la estreptomina y la isoniacida generaron en la ciudadanía y en la clase médica el espejismo de su cercana erradicación.

2º. El propio papel funcional de nuestro centro —el Hospital de Basurto en Bilbao—, en el concierto hospitalario de la provincia de Bizkaia.

Historicamente nuestro Hospital fue la única institución que hasta 1915 —fecha en la que inició su andadura el dispensario antituberculoso de «Ledo»—, atendía a los pacientes tísicos.

Entre los años 1878 y 1888, de los 80.000 habitantes censados en Bilbao, 6000 eran tuberculosos; aproximadamente la mitad murieron en ese tiempo.

Como he señalado existía en nuestro hospital un servicio dedicado monográficamente a pacientes con tuberculosis pulmonar, ubicado en el Pabellón «Revilla»; pabellón ocupado, en la actualidad precisamente por la Unidad de Medicina.

3º. El carácter de institución benéfica que tenía entonces el centro. Ello generaba un colectivo de usuarios menesterosos, sobre el que gravitaban un conjunto de factores de riesgo para esta enfermedad, los tradicionales «compañeros de viaje»: pobreza, desnutrición, alcoholismo, tabaquismo, etc...

4º. La patente y endémica infradeclaración que, respecto a esta enfermedad, entonces existía.

En efecto en 1971, España notificó a la OMS una incidencia de nuevos casos de tuberculosis del 8,8/100.000 habitantes. Italia comunicó

ese mismo año una tasa de 7,4. Dado que, fuera de toda lógica, eran las mejores cifras de Europa, ambos países fueron incluidos por la OMS en un grupo de países con **datos no fiables**.

Tomando como fuente los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Boletín Oficial Epidemiológico Semanal, en nuestro país se daban como oficiales una tasa de mortalidad por tuberculosis de 25,7/100.000 habitantes en el año 1960 y de 5,5 en 1979; año éste último en el que la tasa de morbilidad era de 12/100.000 habitantes. De ser cierto lo anterior se morían, por lo tanto, casi el 50% de los casos declarados.

Con todo este despropósito, se puede deducir por qué para la OMS, España aparte de ser diferente —como rezaban los eslogan de la época—, era de dudosa fiabilidad en el terreno de la estadística.

Era obvio que el plan de erradicación de la tuberculosis puesto en marcha en 1965 no había cumplido los objetivos previstos para 1973, y que la «realidad oficial» distaba mucho de la «realidad asistencial».

Todas estas circunstancias fueron poderosos motores que nos motivaron a emprender un trabajo de seguimiento de una enfermedad, la tuberculosis, durante 35 años ininterrumpidos.

Más de un tercio de siglo auditando periódicamente a la *peste blanca* o al *príncipe de la muerte*, apelaciones metafóricas con las que se nombraba antaño a la tuberculosis, dan para mucho.

A mí me ha servido para hacerme practicante del antidogmatismo. Como decía D. Gregorio Marañón: *el antidogmatismo nos hace comprender que cada cosa que los médicos sabemos ahora tiene un posible valor provisional y el vacío, que queda entre la imperfección del conocimiento que poseemos y la perfección de la verdad que deseamos, hay que intentar rellenarlo con entusiasmo, buena fe y, sobre todo, con grandes dosis de modestia*.

Así las cosas, cuando nosotros empezamos a trabajar sobre este tema, la realidad de la tuberculosis en nuestro país era una incógnita.

Nos planteamos como objetivo general contribuir a mejorar el conocimiento de la tuberculosis en nuestro ámbito, estudiando la incidencia y describiendo las características clínico-epidemiológicas que presentaba la enfermedad.

PERIODO 1967-1974 (LA TUBERCULOSIS PULMONAR. EXPERIENCIA HOSPITALARIA)

En una primera etapa diseñamos dos estudios simultáneos: uno en el ámbito hospitalario y otro en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Bizkaia. Ambos centrados en la tuberculosis pulmonar.

Se trataba de estudios retrospectivos, descriptivos que temporalmente abarcaban 8 años (de 1967 a 1974).

Para el estudio hospitalario, que se realizó en el Servicio de Medicina Interna, se confeccionó una ficha de recogida de datos (**Fig. 1**).

De un total de 220 pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar durante el periodo indicado, se seleccionaron 90, al reunir éstos criterios de actividad.

Por aquel entonces las cifras oficiales situaban la tasa de incidencia media en Bizkaia en 24,37 casos/100.000 habitantes, en el periodo que comprendía el estudio.

El bloque más numeroso de pacientes presentaba edades comprendidas entre los 30 y 60 años, inclinándose la balanza hacia el sexo masculino (2/3 del total).

Se constataron antecedentes personales que denotaban un terreno orgánico desfavorable: Bronconeumopatías crónicas (bronquiectasias, coniosis, bronquitis crónica...); alcoholismo; tabaquismo; cirrosis, desnutrición... fundamentalmente (**Tabla II**).

Las manifestaciones clínicas que motivaron la hospitalización ponían de manifiesto algo que estaba ya en la mente de todos: el polimorfismo y el carácter insidioso que la enfermedad ostentaba y sigue ostentando (**Tabla III**).

Por el tiempo de evolución desde la inauguración del cuadro hasta la hospitalización (51,41 días) y los tratamientos recibidos previos al ingreso (sólo a 3 de los 90 casos se les prescribió terapia específica), nos daba la impresión de que el **médico práctico había perdido familiaridad con el problema**.

La consecuencia de todo ello era, sin duda, un incremento de las posibilidades de error diagnóstico, que se potenciaban cuando la

LA TUBERCULOSIS: ESTUDIO BIOESTADISTICO

Caso num.: 64
Año: 71

Edad: 55. Sexo: V. Profesión: Pintor. Naturaleza: Vitoria. Domicilio: Bilbao.

Enviado por: Médico cabecera (SS) Especialista (SS) Empresa: ... X... Particular:

Motivo de ingreso: Hemoptisis.

Tiempo de evolución hasta su ingreso: 15 días.

Tratamientos previos hasta su ingreso: Ninguno.

Diagnostico anteriormente de tuberculosis: Si. ¿Siguió tratamiento?: Si. Medicación: Especifica. Tiempo: 4 meses.

Antecedentes personales de interés: Hemoptisis de repetición. Etilismo. Tabaquismo.

Antecedentes familiares de interés: Ninguno.

Bacilífero: Positivo. Tuberculina: Positiva.

Formas anatomoclínicas:

1. Infiltrado precoz
2. Formas nodulares
3. Ulcerocaseosas-cavitadas
4. Fibrocasosas
5. Tuberculomas
6. Exudativo-neumónicas
7. Miliareas
8. Pleurales

Formas extrapulmonares:

1. Meningeas
2. Genitourinarias
3. Oseas
4. Intestinal
5. Hepáticas
6. Otras

Tiempo de permanencia en el hospital: 8 días.

Evolución: Buena Regular X Mala

Traslado a otro Centro: Santa Mamma. Mortal

Tratamiento: Durante su ingreso: Neodual-Estirepo, 1 g/día; Cernidón 150, 2 comp/24horas. Myambutol 400 mg, 1 comp/8 horas.

Nota: Iconografía:

Figura 1:

Ficha de recogida de datos: Franco Vicario R, Miguel de la Villa F et al. La tuberculosis pulmonar. Ocho años de experiencia hospitalaria. Med Clin (Barc) 1978; 71 (10): 381-386.

Antecedentes	Nº de casos	Antecedentes	Nº de casos
Bronconeumopatía	28	Silicosis	4
Etilismo	26	Hemoptisis	4
Tabaquismo	22	Diabetes	3
Hepatopatía	13	Pleuresia	3
Desnutrición	6	Otros	2
Úlcus	5	No refieren	22
Gastrectomías	4		

Tabla II:

Franco Vicario R, Miguel de la Villa F *et al.* La tuberculosis pulmonar. Ocho años de experiencia hospitalaria. Med Clin (Barc) 1978; 71 (10): 381-386.

Clínica	N	Clínica	N
Síndrome febril	57	Tos improductiva	9
Síndrome general	52	Diarrea	8
Hemoptisis	31	Shock endotóxico	2
Tos productiva	20	Amenorrea	1
Dolor torácico	17	Otros	17
Disnea	10		

Tabla III:

Motivos de ingreso. Franco Vicario R, Miguel de la Villa F *et al.* La tuberculosis pulmonar. Ocho años de experiencia hospitalaria. Med Clin (Barc) 1978; 71 (10): 381-386.

enfermedad exhibía signos radiológicos poco «evocadores», lo cual no era tan infrecuente.

La media de permanencia en el Hospital fue de 48,6 días, estancia 4 veces superior a la del resto de los pacientes hospitalizados por patologías distintas a la que nos ocupa (11,02 días) en dicho periodo.

Instaurada la medicación específica, la evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes; sin embargo, 11 fallecieron. En dichos óbitos concurrían una serie de factores determinantes, matizados por la agresividad de sus formas lesionales y unas condiciones orgánicas previas desfavorables.

Finalizabamos con una reflexión que para nosotros, entonces, resultaba una verdad de Perogrullo y que afortunadamente hoy no es necesario repetirla.

Decíamos que para controlar eficazmente un problema de la magnitud que estaba adquiriendo la tuberculosis en nuestro medio, la única solución posible sería la resultante de una perfecta comunicación e interacción del hospital con el resto de los servicios extrahospitalarios.

Dicho trabajo fue publicado en la Revista Medicina Clínica en 1978.¹

¹ La tuberculosis pulmonar. Ocho años de experiencia hospitalaria. Franco R, Miguel F, Hernández C, *et al.* Med Clí (Barc) 1978; 71 (10) : 381-6.

PERIODO 1967-1974 (LA TUBERCULOSIS PULMONAR. EXPERIENCIA AMBULATORIA)

Así como el estudio minucioso de los 90 casos de tuberculosis pulmonar activa registrados en nuestro Servicio de Medicina Interna durante esos 8 años, nos permitió acercarnos a la realidad del enfermo y su proceso morboso —la tuberculosis—, disecando los aspectos clínicos, epidemiológicos, radiológicos, evolutivos, terapéuticos, etc., otro estudio de semejantes características en la práctica ambulatoria nos permitió sacar conclusiones aproximadas de la situación real en nuestra provincia.

La Seguridad Social de Bizkaia (Instituto Nacional de Previsión), contaba entonces con una serie de consultas de corazón y pulmón, repartidas en los principales núcleos urbanos de la provincia. Mensualmente se confeccionaban una fichas con el número de casos de tuberculosis pulmonar registradas, en las que se hacía constar, aparte de los datos de filiación, los casos bacilíferos y la presencia o no de formas cavitadas abiertas. Dichos datos se remitían al Patronato Nacional Antituberculoso (PNA) para el cómputo global.

En nuestra provincia el dispensario bilbaino **Ledo-Arteche** hacía las veces de archivo centralizado de las fichas.

Por otra parte el Instituto Nacional de Estadística nos proporcionó los datos sobre la estructura demográfica de la provincia de Bizkaia, a fin de centrar bioestadísticamente el problema.

En los 8 años que incluía el estudio se registraron 1766 tuberculosis pulmonares activas, que representaban una media anual de 252,28 casos, con unos límites extremos de 106 en 1967 y de 303 en 1968 (**Fig. 2**).

La curva de incidencia es sorprendentemente extraña. En efecto, la tasa media de incidencia es de 24,37 con dos extremos que hacen sospechar un sesgo de infradeclaración (**Fig. 3**).

La distribución por sexos se inclinaba claramente hacia los varones, aspecto ya señalado por otros autorres.

En cuanto a la edad el bloque más numeroso lo formaban aquellos pacientes comprendidos entre los 31 y 60 años. Es de destacar un

Relación anual del número de casos

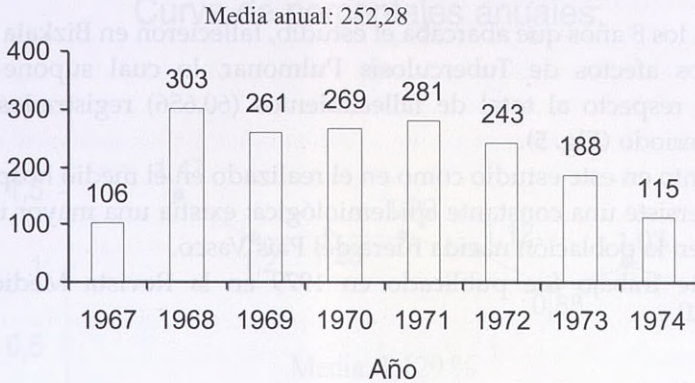


Figura 2:

La tuberculosis pulmonar en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Vizcaya. Franco Vicario R, Miguel de la Villa F, *et al.* Medicina Clínica. Vol.72, num. 8, 25 Abril 1979: 335-337

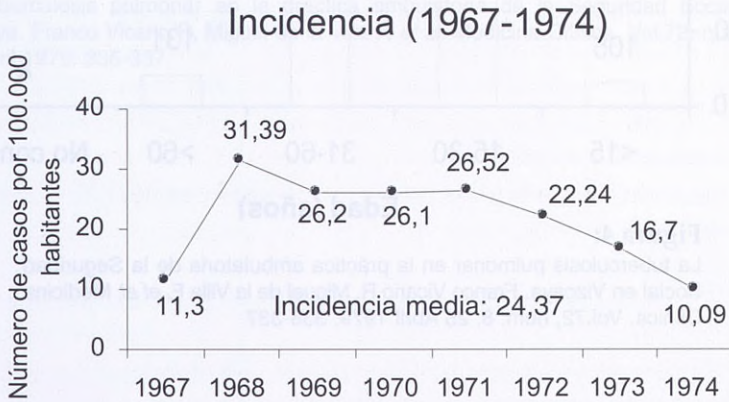


Figura 3:

La tuberculosis pulmonar en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Vizcaya. Franco Vicario R, Miguel de la Villa F, *et al.* Medicina Clínica. Vol.72, num. 8, 25 Abril 1979: 335-337.

incremento del sector joven (15-30 años), frente a los mayores de 60 (Fig. 4).

En los 8 años que abarcaba el estudio, fallecieron en Bizkaia 685 enfermos afectados de Tuberculosis Pulmonar, lo cual supone un 1,129%, respecto al total de fallecimientos (60.656) registrados en dicho periodo (Fig. 5).

Tanto en este estudio como en el realizado en el medio hospitalario, persiste una constante epidemiológica: existía una mayor incidencia en la población nacida fuera del País Vasco.

Este trabajo fue publicado en 1979 en la Revista Medicina Clínica.²

Distribución por edades:

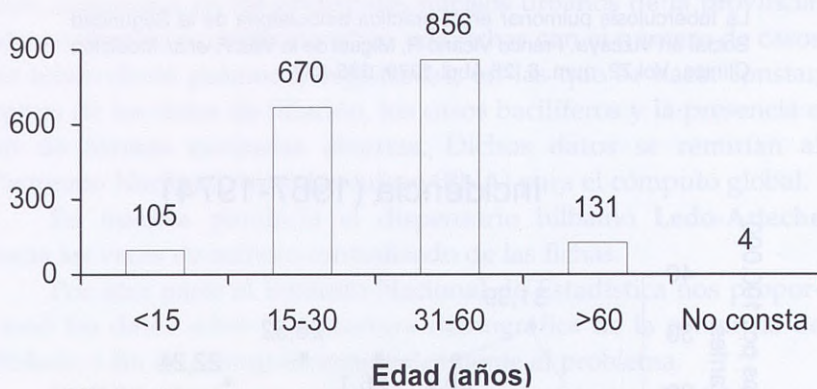


Figura 4:

La tuberculosis pulmonar en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Vizcaya. Franco Vicario R, Miguel de la Villa F, *et al.* Medicina Clínica. Vol.72, num. 8, 25 Abril 1979: 335-337

2 La Tuberculosis pulmonar en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Vizcaya. Franco R, Miguel F, Hernandez C, *et al.* Med Clin (Barc) 1979; 72 (8): 335-7.

Defunciones. Curva de porcentajes anuales:

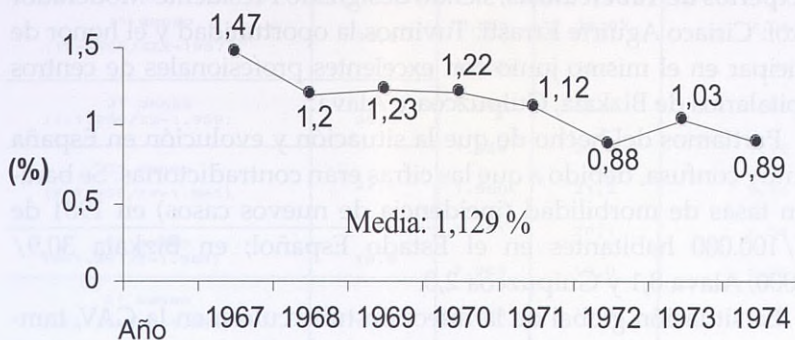


Figura 5:

La tuberculosis pulmonar en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Vizcaya. Franco Vicario R, Miguel de la Villa F, *et al.* Medicina Clínica. Vol.72, num. 8, 25 Abril 1979: 335-337.

PRIMER COMITÉ DE EXPERTOS DE TUBERCULOSIS (1982)

El 28 de mayo de 1982 se constituyó, a instancias del Departamento de Sanidad y Seguridad del Gobierno Vasco, el primer **Comité de Expertos de Tuberculosis**, siendo designado Presidente-Moderador el Prof. Ciriaco Aguirre Errasti. Tuvimos la oportunidad y el honor de participar en el mismo junto con excelentes profesionales de centros hospitalarios de Bizkaia, Guipuzcoa y Alava.

Partíamos del hecho de que la situación y evolución en España era muy confusa, debido a que las cifras eran contradictorias. Se barajaban tasas de morbilidad (incidencia de nuevos casos) en 1981 de 14,7/100.000 habitantes en el Estado Español; en Bizkaia 30,9/100.000; Alava 8,1 y Guipuzcoa 2,0.

La situación global de la infección tuberculosa en la CAV, tampoco se conocía. Sin embargo, se disponía de datos de 10 investigaciones censales realizadas en la población escolar de Bizkaia sobre 650.374 niños, desde abril de 1956 hasta abril de 1978 (**Tabla IV**).

Aplicando los modelos matemáticos desarrollados por Styblo y cols., se obtuvieron las estimaciones del riesgo anual de infección (RAI), situándose en el año 1977 entre 0,2 y 0,5%, lo cual suponía una incidencia aproximada de tuberculosis pulmonar directo-positiva de 22 casos/100.000 habitantes: 469 casos en la CAV (260 en Bizkaia, 152 en Guipuzcoa y 57 en Alava).

El Comité se propuso una serie de objetivos que básicamente fueron los siguientes:

- Promover el incremento de sospecha por parte del médico.
- Mejorar los sistemas de información, resaltando el papel como indicador de vigilancia epidemiológica de la tasa de casos nuevos directo-positivos.
- Realizar un estudio sobre la importancia de la tuberculosis bovina en el mecanismo de la transmisión de la enfermedad en la situación actual (1982).

Evolución de la infección tuberculosa en Bizkaia (1956-1978):

Prevalencia de la infección en la edad escolar (6 a 15 años)		Riesgo anual de infección en %		
		Observada*	Estimada**	
1º censo (IV-1956/XII-1957)	22,9	1.956	25,65	2,06
		1.957	24,5	1,96
2º censo (I-1.958/IX-1.959)	25,3	1.958	23,4	1,86
		1.959	22,3	1,76
3º censo (X-1.959/IV-1.961)	22,2	1.960	21,2	1,66
		1.961	20,1	1,56
4º censo (V-1.961/I-1.963)	19,9	1.962	19,0	1,47
		1.963	17,9	1,38
5º censo (II-1.963/V-1.964)	18,2	1.964	16,8	1,28
		1.965	15,7	1,19
6º censo (VI-1.964/IX-1.966)	15,2	1.966	14,6	1,10
		1.967	13,5	1,01
7º censo (X-1.966/V-1.968)	11,3	1.968	12,4	0,93
		1.969	11,2	0,83
8º censo (VI-1.968/V-1.970)	11,0	1.970	10,1	0,75
		1.971	9,0	0,66
9º censo (VI-1.970/IV-1.973)	6,6	1.972	7,9	0,58
		1.973	6,8	0,49
10º censo (V-1.973/IV-1.978)	6,6	1.974	5,7	0,41
		1.975	4,6	0,33
		1.976	3,5	0,25
		1.977	2,4	0,17

Tabla IV:

Prevalencia de la infección tuberculosa en edad escolar (6-15 años).

650.374 niños a estudio

*Servicio Móvil de Tuberculina y Radiografía. CAV (Caja de Ahorros Vizcaina) ** $p = 25.99 - 1.108 t$.

- Prestar atención a los datos de anatomía patológica, particularmente los casos de fallecimientos por otras causas, pero que evidencian lesiones por tuberculosis.
- Necesidad de realizar una investigación tuberculínica en toda la CAV, siguiendo protocolos estandarizados y homologados por organismos internacionales.
- Asegurar el estudio de todos los contactos de casos de tuberculosis.
- Establecer protocolos de tratamiento y profilaxis.
- Reevaluar periódicamente la eficacia del programa de prevención y control propuesto.

LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL PERIODO 1975-1982

En 1986, publicamos en la desaparecida revista OSAKIDETZA —del Servicio Vasco de Salud—, un nuevo estudio sobre la enfermedad tuberculosa que abarcaba el periodo 1975-1982, continuación del anterior.

Se analizaron 13 parámetros:

1. Incidencia de la enfermedad tuberculosa en el medio hospitalario.
2. Distribución por sexos, edades, tiempo de estancia hospitalaria, indicación del ingreso, etc.
3. Situación de primero o segundo ingreso, oriundez, resultados del test de Mantoux, foco contagiante, tiempo transcurrido desde el comienzo de las primeras manifestaciones y la decisión de ingreso hospitalario.

4. Manifestaciones clínicas.
5. Factores de riesgo.
6. Formas clínicas (pulmonares, extrapulmonares, mixtas).
7. Datos microbiológicos.
8. Profesión de los pacientes.
9. Antecedentes familiares de enfermedad tuberculosa.
10. Tratamientos recibidos previos al ingreso.
11. Estancia media hospitalaria.
12. Destino final de los pacientes.
13. Hepatotoxicidad de la medicación tuberculostática.

Se contabilizaron 103 pacientes.

Entre los resultados comparativos con el periodo anterior destacamos:

1. Un discreto descenso del 0,11% en la incidencia media de la enfermedad tuberculosa en sus formas pulmonares.
2. Un desplazamiento en la distribución de edades hacia la gente joven.
3. No se observaron diferencias ni en el sexo ni en la naturaleza de los pacientes.
4. El tiempo que medió entre la aparición de los síntomas, la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento permanecía prolongado.

5. Siguen presentes en este periodo los mismos factores de riesgo.
6. Se constató un descenso en el número de óbitos y un aumento en la edad media de los mismos.
7. Destacabamos la necesidad de prodigar técnicas más agresivas para mejorar la rentabilidad del diagnóstico etiológico.
8. Se observa un neto descenso en la estancia media hospitalaria (27,44 días).
9. El porcentaje de formas extrapulmonares presentaba en nuestra casuística cifras semejantes a otras series consultadas.
10. En general no se apreciaron reacciones farmacológicas adversas ni hepatotoxicidad a los tuberculostáticos.

Cuando nosotros publicamos este trabajo (1986)³, **nuevas situaciones sociosanitarias habían entrado en escena: la drogadicción, un paulativo incremento de la población marginal, la crisis socioeconómica, la creciente inmigración desde países en vías de desarrollo, el envejecimiento de la población y, sobre todo, la infección por el VIH.**

Las estimaciones realizadas en base a otros indicadores epidemiológicos indirectos: consumo de fármacos, registros de mortalidad, etc., señalaban la existencia de una elevada y grave endemia tuberculosa desde 1980.

Además, la enfermedad se comportaba de forma mucho más agresiva y resistente. En Estados Unidos se detectaron cepas con resistencia a múltiples fármacos, situación que March Ayuela denominó *la tercera epidemia del VIH*. En España se empezaban a comunicar varios casos de resistencia primaria múltiple en infectados por el VIH.

3 La enfermedad tuberculosa. Ocho años de experiencia hospitalaria en un Servicio de Medicina Interna. Aspectos Clínico-epidemiológicos y evolutivos (1975-1982). Arizaga C, Franco R, Sádaba F, *et al.* Revista de Osakidetza 1986; n° 2: 155-167.

LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA DURANTE LA PRIMERA DÉCADA DEL SIDA (1983-1992)

Así las cosas, nos pareció del todo oportuno y necesario hacer una valoración en nuestro ámbito hospitalario de la enfermedad tuberculosa durante la primera década de convivencia con la infección VIH/SIDA.

Nos propusimos los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar los parámetros epidemiológicos, clínicos, evolutivos y asistenciales de todos los pacientes con tuberculosis diagnosticados durante la década de 1983 a 1992 en el Hospital de Basurto.
2. Conocer la evolución y las tendencias de la enfermedad tuberculosa durante los 26 años analizados por nosotros (1967-1992); comparando para ello las formas clínicas comunes presentes en todos nuestros estudios previos: pulmonares, pleurales, pleuropulmonares.
3. Estimar el impacto que la infección por el VIH/SIDA estaba teniendo sobre la tuberculosis; describiendo en el grupo de coinfectados por el VIH los mismos parámetros que los analizados en el conjunto de la casuística.

Se revisaron 1190 historias clínicas, de las cuales 1021 cumplían criterios de tuberculosis activa (**Fig. 6**).

De los 1021, 270 (26,44%) eran seropositivos para el VIH y 751 (73,56%) seronegativos. A los seropositivos se les denominó en el trabajo grupo I y grupo II a los seronegativos.

El material y métodos, así como el protocolo de recogida de datos se adjunta como anexo.

La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992)

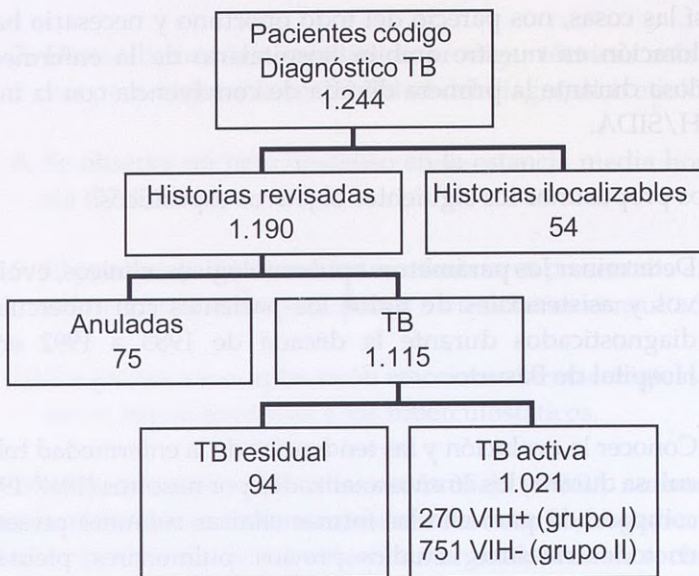


Figura 6:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

Las conclusiones más relevantes fueron las siguientes:

- 1º. La tuberculosis aumentó su incidencia en los Servicios de Medicina del Hospital de Basurto, en comparación con los periodos anteriormente estudiados (Fig. 7).

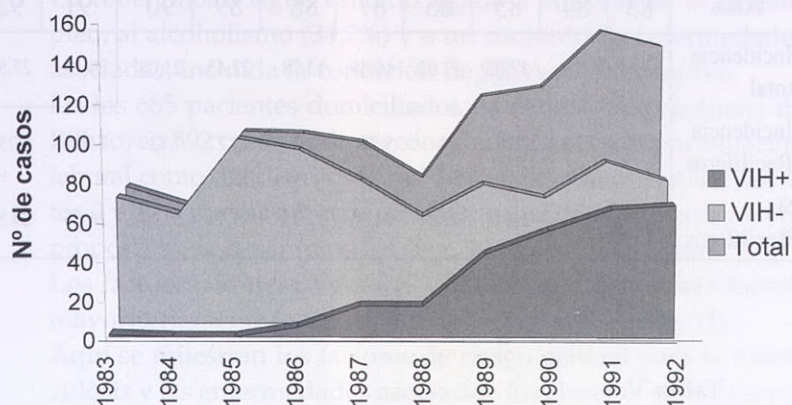


Figura 7:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

Dicho aumento se produjo, sobre todo, en el segundo quinquenio de la década y obedeció a la existencia del factor VIH, ya que en los pacientes seronegativos la enfermedad permaneció estable.

Las tasas de incidencia de la enfermedad tuberculosa barajadas para la población de referencia (Bilbao), asistida en el Hospital de Basurto, en los años 1991 y 1992, fueron de 29,18 y 27,56 respectivamente. Las cifras oficiales para Bizkaia en esos mismos años fueron de 27,8 y 20,82/100.000 habitantes. Habida cuenta de que en el área sanitaria de Bilbao coexisten un número nada despreciable de centros de atención primaria con capacidad para diagnosticar casos de tuberculosis, y que en dicha época el Hospital de Santa Marina seguía albergando enfermos con tuberculosis, principalmente respiratoria, se deduce que oficialmente seguía existiendo una infradeclaración. (Tabla V).

Años	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
Incidencia total	11.08	9.45	17.02	17.02	16.48	13.78	22.43	21.08	29.18	27.56
Incidencia Bacilíferos	1.89	2.16	2.7	8.1	5.94	5.13	10.27	7.83	7.83	6.75
% Bacilíferos	17.07	22.85	15.87	47.61	36.06	37.25	45.78	37.17	26.85	24.50

Tabla V:

Incidencia de TB en el área de Bilbao. Incidencia = nº casos/100.000 habitantes. % Bacilíferos = porcentaje sobre el total.

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

- 2°. Nos encontramos con una curva etaria bimodal con dos picos: el primero en el intervalo de los 25-29 años (que corresponde casi exclusivamente a los pacientes VIH positivos), y el segundo en los mayores de 60 (pertenecientes en su totalidad —salvo 1 caso—, a los pacientes seronegativos para el VIH) (**Fig. 8**).
- 3°. Respecto a la distribución por sexos la frecuencia es parecida en ambos, entre los 5 y 20 años; después el predominio del varón es evidente para acercarse de nuevo los dos sexos a partir de la jubilación (**Fig. 9**).
- 4°. La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,48%, parecida a la de otros estudios consultados y sin diferencias entre los grupos I y II. Tras el alta hospitalaria, el porcentaje de fallecidos en los VIH positivos fue del 17,62%; casi cuatro veces mayor. Cifra nada sorprendente si tenemos en cuenta las expectativas de vida que tenían estos pacientes inmunodeprimidos en aquella época.

5°. La tuberculosis sigue estando ligada a la pobreza, al desempleo, al alcoholismo (34,7%) y a un conjunto de enfermedades asociadas, incluida la condición de SIDA y VIH positivo.

De los 685 pacientes domiciliados en el área metropolitana de Bilbao, en 392 casos tuvimos conocimiento tanto de su situación laboral como del distrito de residencia. Se observó en los distritos 3 y 4 un mayor número de casos, coincidente con una mayor proporción de desempleados (**Fig. 10, mapa de distrito**).

Los factores de riesgo para el VIH en nuestra muestra fueron mayoritariamente la condición de UDVP (90%) (**Fig. 11**).

Aquí se muestran los factores de riesgo general para la tuberculosis y las enfermedades asociadas: los clásicos «compañeros de viaje» (**Tabla VI**).

6°. Los síntomas que motivaron consulta no han variado con respecto a los estudios previos. La hemoptisis sigue teniendo un gran valor como síntoma guía, aunque la fiebre de larga duración es la forma de presentación más frecuente en nuestra casuística (**Fig. 12**).

Al ingreso hubo una alta sospecha clínica de la enfermedad (71% de los casos), mayor aún en el grupo I (VIH positivos).

Sin embargo, sigue persistiendo un gran retraso diagnóstico (93,99 días), superior al observado en el estudio anterior (1975-1982).

7°. Se observa en este estudio un aumento de las formas extrapulmonares de la enfermedad (**Fig. 13, Tabla VII**).

8°. Se emplearon 26 técnicas diagnósticas diferentes para estudiar un total de 2006 muestras biológicas (**Tabla VIII**).

El rendimiento microbiológico general de dichas técnicas fue del 36%.

La técnica diagnóstica más rentable fue el esputo (74%), seguida del broncoaspirado (46%).

Las formas radiológicas con mayor rentabilidad microbiológica fueron por este orden: cavernas, infiltrados, neumonía.

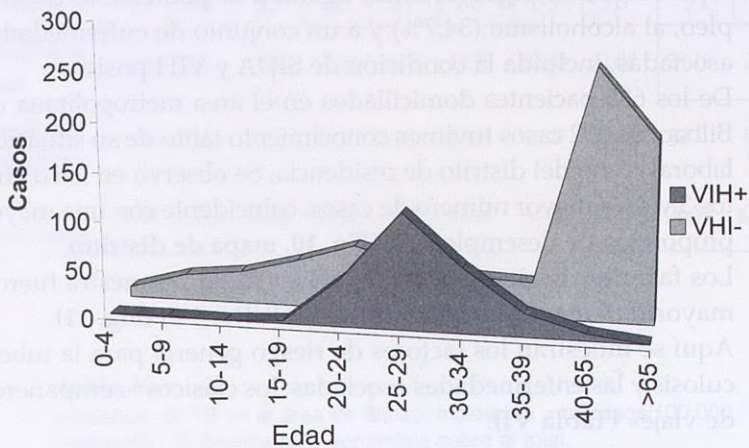


Figura 8:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

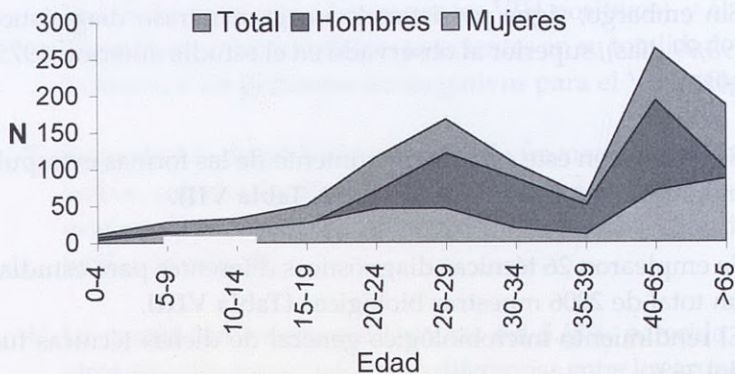


Figura 9:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

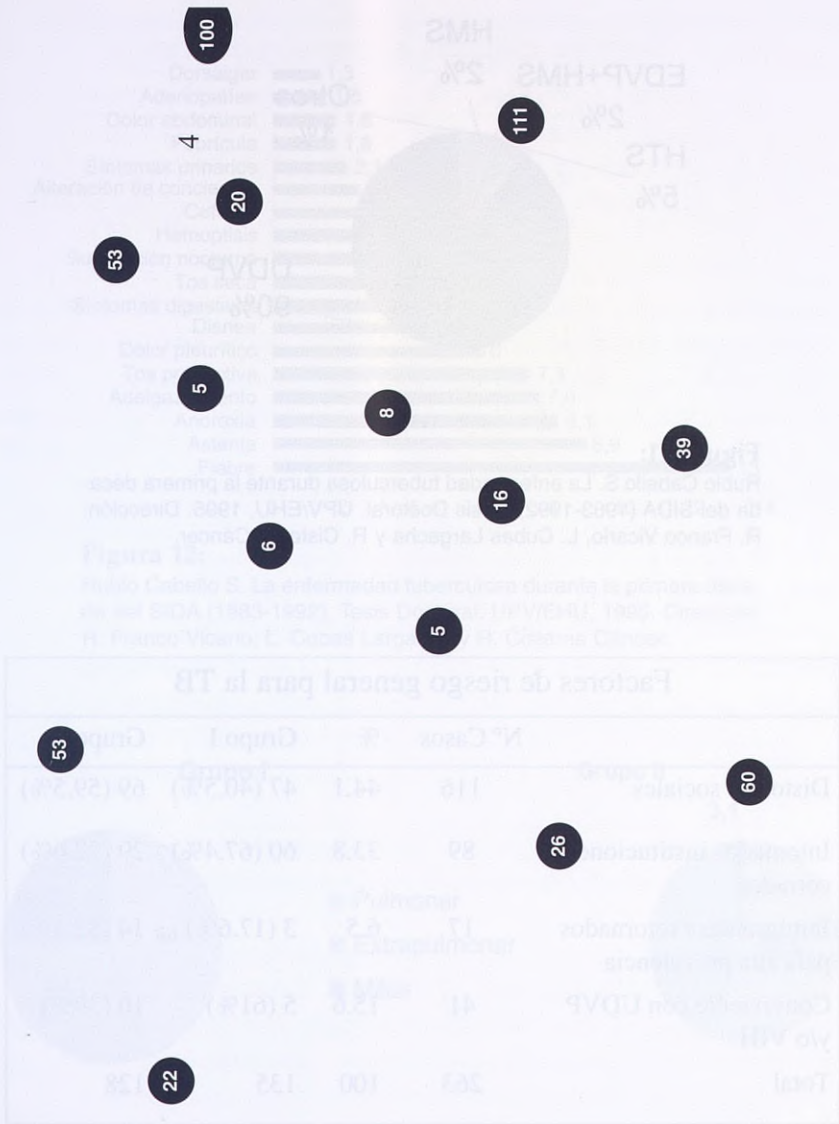


Figura 10: Mapa de distrito

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

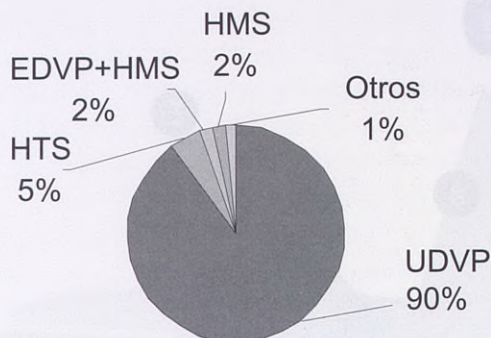


Figura 11:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

Factores de riesgo general para la TB				
	Nº Casos	%	Grupo I	Grupo II
Distocias sociales	116	44.1	47 (40.5%)	69 (59.5%)
Internados instituciones cerradas	89	33.8	60 (67.4%)	29 (32.6%)
Inmigrantes / retornados país alta prevalencia	17	6.5	3 (17.6%)	14 (82.4%)
Conviviente con UDVP y/o VIH	41	15.6	5 (61%)	16 (39%)
Total	263	100	135	128

Tabla VI:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

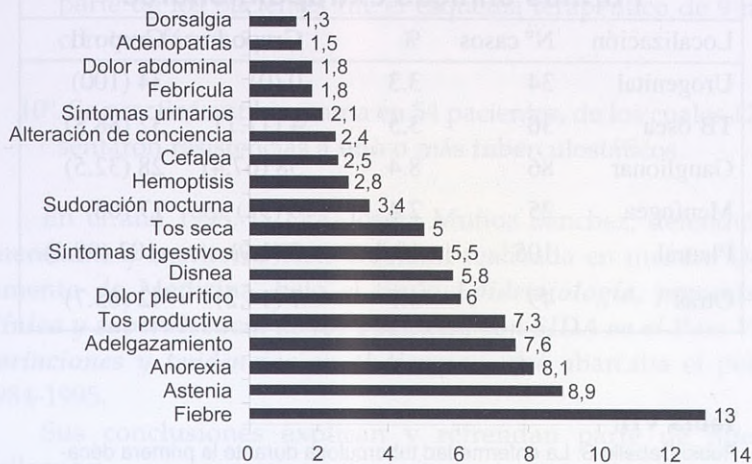


Figura 12:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

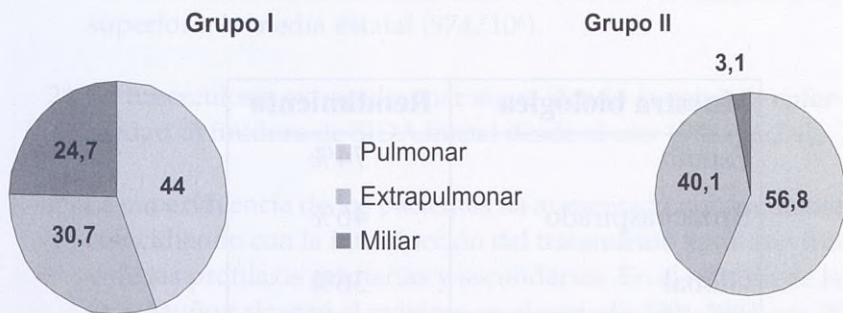


Figura 13:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

Formas clínicas extrapulmonares				
Localización	Nº casos	%	Grupo I	Grupo II
Urogenital	34	3.3	0 (0)	34 (100)
TB ósea	36	3.5	4 (11.1)	32 (88.8)
Ganglionar	86	8.4	58 (67.4)	28 (32.5)
Meníngea	25	2.4	8 (32)	17 (68)
Pleural	105	10.2	2 (1.9)	103 (98.1)
Otras	49	4.7	7 (14.2)	42 (85.7)

Tabla VII:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

Muestra biológica	Rendimiento
Espuito	74%
Broncoaspirado	46%
Global	36%

Tabla VIII:

Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y R. Cisterna Cáncer.

9°. La pauta que demostró mejores niveles de observancia por parte de los pacientes fue el esquema terapéutico de 9 meses con tres fármacos.

10°. Se practicó antibiograma en 54 pacientes, de los cuales 12 presentaron resistencias a uno o más tuberculostáticos.

En el año 1998, la Dra. Josefa Muñoz Sánchez, defendió una interesante y meritoria Tesis Doctoral realizada en nuestro Departamento de Medicina, bajo el título *Epidemiología, presentación clínica y supervivencia de los pacientes con SIDA en el País Vasco, variaciones y tendencias en el tiempo*, que abarcaba el periodo 1984-1995.

Sus conclusiones explican y refrendan parte de nuestros hallazgos:

1°. Desde 1984 hasta 1994 se produjo un aumento continuado de casos de SIDA en Euskadi. En el año 1995, por primera vez desde el inicio de la epidemia, se produce una disminución de la incidencia anual (238,5/10⁶ habitantes). A finales de este año la incidencia acumulada era de 1478/10⁶ habitantes, muy superior a la media estatal (974/10⁶).

2°. La tuberculosis extrapulmonar sigue siendo la primera enfermedad definidora de SIDA inicial desde el año 1988 (26,7%).

3°. La supervivencia de los pacientes ha aumentado notablemente coincidiendo con la introducción del tratamiento antiretroviral y de las profilaxis primarias y secundarias. En el estudio de la Dra. Muñoz alcanzó el máximo en el periodo 1991-1993 con 28 meses, y una supervivencia estimada al tercer año del 43,6%.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EUSKADI (2001)

En Mayo de 2001 el Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco presentó un documento de consenso titulado: *Programa de prevención y control de la tuberculosis*, realizado por un grupo de trabajo ampliamente representativo.

El objetivo general es: *Reducir la tasa de incidencia de la tuberculosis en la Comunidad Autónoma del País Vasco por debajo de 20 casos por 100.000 habitantes antes del 31.12.2005.*

Presenta novedades con respecto a los anteriores planes; fundamentalmente:

- a) La introducción, en los casos indicados, de los denominados **tratamientos directamente observados**, a fin de facilitar y conseguir el cumplimiento del mismo.
- b) Se reserva el despistaje de la infección tuberculosa mediante la prueba de la tuberculina para aquellas personas pertenecientes a grupos de riesgo muy elevado, con la intención de administrar la quimioprofilaxis correspondiente en su caso.
- c) Se implanta la figura del «**gestor de casos**» como pieza fundamental de un dispositivo asistencial complementario. Este gestor realizaría un seguimiento integral del conjunto de actuaciones necesarias para completar el estudio y tratamiento de todos los casos de tuberculosis diagnosticados en el País Vasco. Dicha figura será también la encargada de potenciar la coordinación entre la atención primaria y la especializada.
- d) Se potencia la coordinación con los Servicios de Bienestar Social, instituciones cerradas y establecimientos penitenciarios, para dar respuesta al conjunto de problemas planteados por esta enfermedad.
- e) Se cuestiona el papel de la vacuna BCG hasta ahora obligatoria en el calendario vacunal de nuestra comunidad.

TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS EN BIZKAIA A FINALES DEL SIGLO XX

En el momento actual parece que las aguas turbulentas de la enfermedad tuberculosa, desbordadas por el impacto de la pandemia del SIDA, vuelven a su cauce poco a poco.

La evolución en los 6 últimos años es progresivamente descendente, tanto en los pacientes con SIDA como en los VIH negativos (Fig. 14).

Las cifras oficiales dan una tasa en el 2001 de 23,6/100.000 habitantes en la provincia de Bizkaia.

La distribución de la incidencia de la tuberculosis por grupos de edad sigue la tendencia observada en los últimos años: disminución en la gente joven. Los mayores de 64 años son los que presentan la tasa más elevada (Fig. 15).

Sin embargo, se aprecia un ligero aumento de los casos en niños: 6 casos en el grupo de menores de 10 años; 3 de ellos hijos de inmigrantes. Señalar que 3 de estos 6 niños estaban vacunados con BCG, uno no lo estaba, y en los otros dos se desconoce su estatus vacunal.

La localización de la enfermedad fue pulmonar en el 62,8% de los casos; mixta en el 3,7%, y sólo extrapulmonar en el 33,5% (Tabla IX).

Se declararon 3 casos de tuberculosis meníngeas en el año 2000, las tres en adultos. En Bizkaia desde 1996; es decir, en 5 años, no se ha registrado ningún caso de meningitis tuberculosa en niños.

La tasa de bacilíferos fue de 8/100.000, lo que supone una reducción respecto a años anteriores.

La rentabilidad del diagnóstico microbiológico fue del 65,4%.

Los factores de riesgo declarados los encabeza la coinfección con SIDA, seguido del alcoholismo. En el 40,9% de los casos no se conoce ningún factor asociado con la enfermedad (Tabla X).

Bilbao, sigue presentando la tasa más elevada de tuberculosis con 30,1 casos/100.000 habitantes. En segundo lugar la margen izquierda y las Encartaciones con 27,2.

Como han visto Vds. la tuberculosis sigue siendo un problema a resolver. La existencia de una red pública sanitaria, bajo un único techo gestor, en cada una de las comunidades autónomas, el privilegio que

Tuberculosis. Tasa global y casos según estatus SIDA.
(EDO. Bizkaia, 1996-2001)

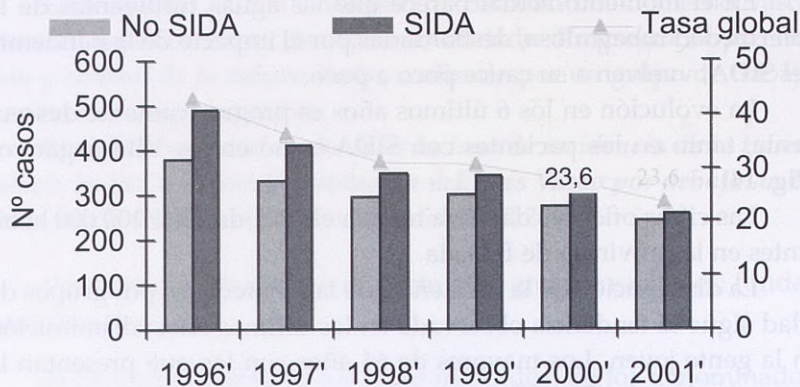


Figura 14.

Tuberculosis. Tasas por grupo de edad.
(EDO. Bizkaia, 1996-2001)

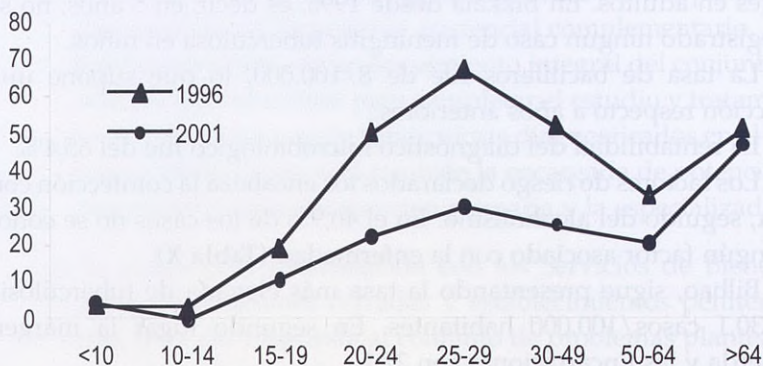


Figura 15.

Tuberculosis según localización.
(EDO. Bizkaia, 2001)

Localización	N	%
Sólo pulmonar*	169	62,8
Pulmonar y extrapulmonar	10	3,7
Sólo extrapulmonar**	90	33,5
Total	269	100

Tabla IX:

* Tasa de bacilíferos 8/100.000.

**Meningitis tuberculosa: tres casos (adultos)

Rentabilidad microbiológica total: 65.4%.

supone que en España el derecho a la asistencia sanitaria sea universal, la evidente y creciente mejora de la praxis médica y de su soporte organizativo institucional ..., son elementos básicos para que en un periodo de tiempo razonable el panorama de esta enfermedad se modifique y consiga una situación epidemiológica equiparable a la de los países europeos más desarrollados.

Proyectos multicéntricos de investigación sobre la tuberculosis (PMIT) contribuyen, sin duda, a aproximarnos a la auténtica verdad del problema y a recuperar la fiabilidad perdida ante los organismos sanitarios mundiales (OMS).

Tuberculosis según factores de riesgo.*
(EDO. Bizkaia, 2001)

Factores de riesgo	N	% (*)
SIDA	27	10
Contacto reciente	15	5,6
ADVP	13	4,8
Alcoholismo	18	6,7
Diabetes	15	5,6
Tabaquismo	19	7
Terapia inmunosupresora	14	5,2
Neoplasia	2	0,7
Otros	55	20,4
No se conoce	110	40,9
No consta	15	5,6

Tabla X:

*Hay pacientes que presentan más de un factor de riesgo.

ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL ÚLTIMO TRAMO DEL SIGLO XX

Desde el punto de vista de la **práctica clínica**, con respecto a la tuberculosis en España, la información disponible en el último tramo del siglo XX presenta aspectos positivos como:

- Notable mejora del diagnóstico bacteriológico.
- Uso generalizado de preparados combinados para el tratamiento.

Sin embargo, persisten importantes sombras que urge corregir:

- Innecesario ingreso de los pacientes (71,6%), lo cual supone un uso inadecuado de recursos y conlleva, además, un incremento del riesgo de transmisión nosocomial.
- Escasa información sobre la duración del tratamiento.
- Deficiente investigación de los contactos.
- Importante demora (25%) de más de 3 meses, entre el comienzo de los síntomas y el inicio del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que la **rápida detección y tratamiento de los enfermos es la principal estrategia de control de la tuberculosis**. Los expertos estiman que dicha demora no ha de ser superior a 15 días en el 95% de los casos.

EL PERIODO DEL CAMBIO (1993-2002)

Volviendo a nuestra línea de investigación sobre la enfermedad tuberculosa en el Hospital de Basurto, en el momento actual estamos procesando la casuística correspondiente al periodo 1993-2002, aplicando la metodología del estudio previo.

Para su realización hemos conseguido ayudas económicas de la Real Sociedad Vascongada de los Amigos del País (Comisión de Bizkaia) y de la Fundación Jesús de Gangoiti Barrera. Becas que permitirán a nuestro doctorando D. José Manuel Llamazares Medrano defender en breve su tesis doctoral.

Se han registrado un total de 1094 pacientes en dicho periodo. Hasta el momento hemos procesado los años 1993 y 1994, seleccionando 212 pacientes de los cuales el 50% son VIH positivos y el otro 50% VIH negativos. Quedan por procesar 747 del periodo 1995-2002, de los cuales 314 son VIH positivos y 433 VIH negativos (**Fig. 16**).

Comparando con el periodo anterior, comprobamos que la incidencia de la enfermedad tuberculosa en el medio hospitalario ha disminuido a partir de 1995, descenso al que ha contribuido la drástica declinación de la patología VIH/SIDA, ya que los pacientes VIH negativos permanecen estables e incluso con una ligera tendencia a la disminución de su incidencia (**Fig. 17**).

La distribución por edades y sexos evidencia en primer lugar un predominio del varón y un desplazamiento de la curva etaria hacia personas mayores (**Fig. 18**).

En estos dos años, el tiempo medio de retraso desde el comienzo de los síntomas hasta el ingreso fue de 49,5 días, y la demora en iniciar el tratamiento, una vez sospechado el proceso, de 5,8 días.

El 70,75% de los pacientes con SIDA eran UDVP (a opioides fundamentalmente). El porcentaje de curaciones alcanzó el 86,39%, falleciendo un 4,14%.

Los distritos 3 y 4 de la comarca sanitaria de Bilbao siguen acaparando la mayor incidencia de casos de tuberculosis.

La enfermedad tuberculosa
a finales del siglo XX (1993-2002)

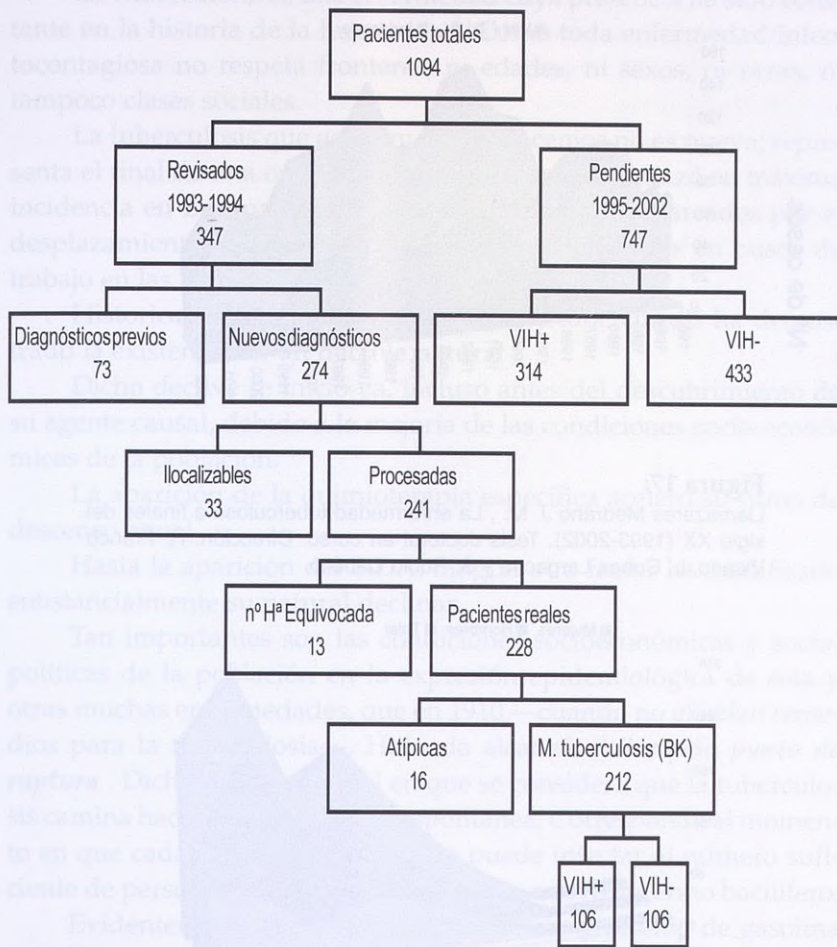


Figura 16:

Llamazares Medrano J. M. , La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX (1993-2002). Tesis doctoral en curso. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y S. Rubio Cabello.

La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX:
(1983-2002)

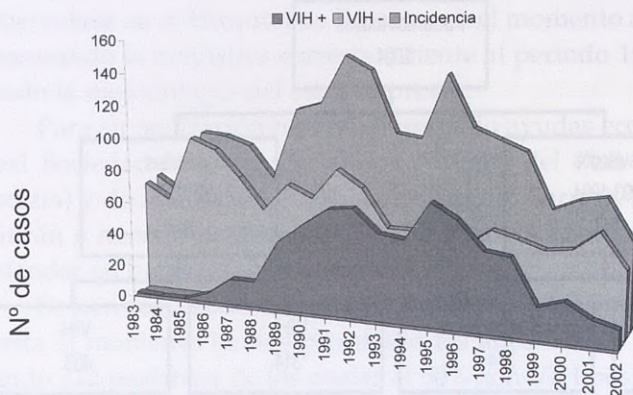


Figura 17:

Llamazares Medrano J. M. , La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX (1993-2002). Tesis doctoral en curso. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y S. Rubio Cabello.

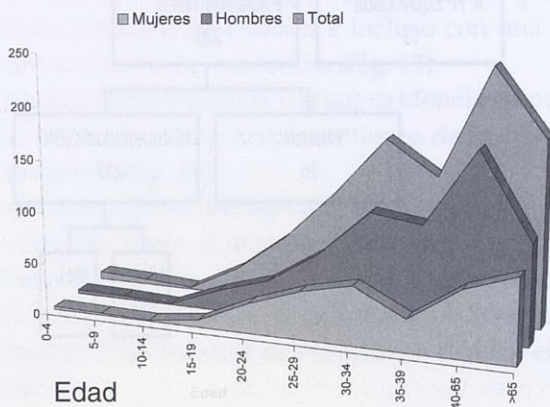


Figura 18:

Llamazares Medrano J. M. , La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX (1993-2002). Tesis doctoral en curso. Dirección: R. Franco Vicario, L. Cubas Largacha y S. Rubio Cabello.

COROLARIO:

La Tuberculosis es una enfermedad cuya presencia ha sido constante en la historia de la humanidad. Como toda enfermedad infecciosa no respeta fronteras, ni edades, ni sexos, ni razas, ni tampoco clases sociales.

La tuberculosis que actualmente padecemos no es nueva; representa el final de una onda epidémica secular que alcanzó su máxima incidencia en Europa entre 1780 y 1880. Cien años marcados por el desplazamiento masivo de campesinos a las ciudades en busca de trabajo en las fábricas.

Historicamente la epidemiología de la tuberculosis ha demostrado la existencia **de un declive natural** .

Dicho declive se inició ya, incluso antes del descubrimiento de su agente causal, debido a la mejoría de las condiciones socio-económicas de la población.

La aparición de la quimioterapia específica aceleró su ritmo de descenso anual.

Hasta la aparición del SIDA, ningún otro factor ha modificado substancialmente su natural declinar.

Tan importantes son las condiciones socioeconómicas y sociopolíticas de la población en la expresión epidemiológica de ésta y otras muchas enfermedades, que en 1910 —cuando no existían remedios para la tuberculosis—, Holanda alcanzó el llamado *punto de ruptura* . Dicho punto es aquel en que se considera que la tuberculosis camina hacia su erradicación espontánea. Corresponde al momento en que cada enfermo bacilífero no puede infectar al número suficiente de personas para que se origine otro nuevo enfermo bacilífero.

Evidentemente el SIDA ha supuesto una inyección de gasolina en la llama de la enfermedad tuberculosa que ha desbaratado los programas de prevención y control puestos en marcha en 1982 en nuestra comunidad autónoma.

Como decía Napoleón Bonaparte, las batallas se ganan con organización y dinero.

La batalla del SIDA aún continúa y con más ahinco en nuestro País Vasco donde esta enfermedad es especialmente prevalente.

Afortunadamente los nuevos tratamientos han convertido una enfermedad mortal de necesidad en una enfermedad crónica con una mejora substancial en las expectativas de vida.

Sin embargo, la gran secuela de la coinfección SIDA/Tuberculosis ha sido la aparición de **multirresistencias a los fármacos** por tratamientos incorrectos o falta de adherencia del paciente a los mismos.

En un reciente estudio multicéntrico aún no publicado (PMIT -2), se evalúan los resultados del tratamiento antituberculoso en una cohorte de 4899 casos, arrojando las siguientes cifras:

- Resultado satisfactorio (69,7%).
- Resultado insatisfactorio (15,7%). Por traslado 1,2%, interrupción ó abandono 14,2%, fracaso terapéutico 0,3%.
- Fallecimientos antes ó durante el tratamiento 8-9%.

En un análisis multivariante (regresión logística) con los resultados «no satisfactorios», incluidos los óbitos, los factores relacionados fueron:

- La Comunidad Autónoma.
- Edad.
- Nacionalidad.
- Insuficiencia renal crónica.
- Alcoholismo.
- Tratamiento inmunosupresor.
- Localización de la enfermedad.
- Estatus VIH.
- Esquema inicial prescrito.
- Tipo de consulta.

Parece previsible que el devenir de la tuberculosis —al margen de los factores políticos, culturales y económicos, ligados a la globalización y al desarrollo sostenible dentro de un modelo neoliberal; de los movimientos de masas: inmigrantes y refugiados; del racismo; de las desigualdades de género; de la diferente accesibilidad, cobertura y eficacia en los Sistemas Públicos de Salud etc.—, digo que al margen de todo ésto, la tuberculosis va a quedar condicionada a tres factores de índole **biomédica**:

- a) A la evolución de las multirresistencias.
- b) A la subordinación con la coinfección VIH.
- c) Al establecimiento de los denominados «nichos ecológicos», en donde la enfermedad alcanzará su máxima progresión: (mayores de 65 años, sobre todo los de bajo nivel económico; inmigrantes procedentes de zonas de endemia elevada; personal sanitario y trabajadores expuestos; colectivos de personas VIH positivas; enfermos con SIDA; usuarios de drogas por vía parenteral —UDVP—; alcohólicos; personas con padecimientos crónicos; pacientes en tratamientos prolongados con corticoides e inmunosupresores).

En estos nichos ecológicos es donde hay que mantener un elevado índice sospecha y establecer las estrategias adecuadas para la detección precoz de la enfermedad.

A propósito del personal sanitario, existe en estos momentos una investigación comisionada puesta en marcha por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco denominada: **Análisis de las técnicas de aislamiento y profilaxis de la tuberculosis a nivel hospitalario** (investigadora principal: Dra. Petra de la Torre Romero).

En nuestra casuística (1983-1992) el porcentaje de sanitarios y trabajadores del hospital afectados de tuberculosis fue del 1,02%, mucho más bajo que el referenciado en otros estudios (3,8-6,8%).

Un reciente estudio titulado *Tuberculosis en la Población Inmigrante de Bilbao*, realizado por el Servicio de Neumología del Hospital de Galdakao (Bizkaia) del que es primer firmante el Dr. Carlos Salinas Solano, encuentra una prevalencia de infectados del 31% y de tuberculosis activa del 0,83%. Concluyen que está justificada la realización de pruebas de cribado de tuberculosis en el colectivo de inmigrantes recién llegados a la provincia de Bizkaia, dada su elevada tasa de infección y enfermedad. Señalan así mismo que la incentivación y la participación de las ONGs —en este caso se refieren a Médicos del Mundo, organización a la que tengo el honor de pertenecer—, podrían optimizar la aceptación y adhesión de dicha población a este tipo de programas.

La epidemiología de la tuberculosis estará próximamente ligada a la biología molecular y a la genética. En efecto, ya no bastará con identificar al bacilo de Koch en un paciente. Será imprescindible saber qué cepas están actuando en una determinada colectividad, así como su grado de sensibilidad frente a los tuberculostáticos.

Acabó el siglo XX, recién comenzó el XXI y la *pelota aún sigue en el tejado*. Estamos ante un problema de primera magnitud que hace mucho tiempo que dejó de seducir a los románticos.

Como señala Bignall, comparando a la tuberculosis con lo que en su día supuso la viruela como problema de Salud Pública:

La viruela se erradicó porque no sólo se disponía de una vacuna eficaz, sino además porque no requería habilidad en las relaciones humanas. Sin embargo, en la tuberculosis, la lucha ya no es contra el bacilo sino contra la mentalidad y las miserias humanas; por ello será larga, muy larga...». (Bignall JR. Failure to control tuberculosis: a personal view. *Tubercle*, 1982; 63 (3):171-174).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirrebengoa L, Montejo M, Urkijo JC, et al. Tuberculosis y Sida. Estudio de 54 pacientes. *Enf Infec y Microbiol Clín* 1991; 9(7): 399-404.
- Alix J. ¿ Qué acontece con la tuberculosis respiratoria?. *Rev. Clin. Esp.* 1987; 180 (5): 275-9.
- American Thoracic Society and Centers for Disease Control. Mycobacterioses and the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Am. Rev. Respir. Dis* 1987; 136: 492-6.
- Arizaga C, Franco R, Sádaba F, et al . La enfermedad tuberculosa. Ocho años de experiencia hospitalaria en un Servicio de Medicina Interna. Aspectos Clínico-epidemiológicos y evolutivos (1975-1982). *Revista de Osakidetza* 1986; nº 2: 155-167.
- Ausina V, Condom MJ. Tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana. *Arch. Bronconeumol.* 1987, 23 (4): 161-3.
- Ausina V, García-Barceló M, Luquin M, et al. Estudio de las resistencias bacterianas primarias e iniciales en enfermos tuberculosos de un hospital general durante 1983-1987. *Enf. Infec y Microbiol Clin* 1990; 8 (5): 274-7.
- Ausina V. Actualidad de la tuberculosis. Una visión crítica de las nuevas técnicas diagnósticas. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1992; 10(5): 249-54.
- Baguena MJ. La Tuberculosis y su historia. 1ª ed. Barcelona: Fundación Uriach 1838. Colección Histórica de Ciencias de la salud/ nº3. 1992; 119 pp.
- Barbado FJ, Vázquez JJ, Peña JM, et al. Fever of unknown origin: a survey on 133 patients. *Journal of Medicine* 1984; 15(3): 185-92.
- Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, et al. Tuberculosis in patients with human immuno-deficiency virus infection. *N Engl J Med* 1991; 324(23): 1644-50.
- Berenguer J, Moreno S, Laguna F, et al. Tuberculous meningitis in patients infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1992; 326(10): 668-72.
- Bignall Jr. Failure to control tuberculosis: a personal view. *Tubercle* 1982; 63(3): 171-4.
- Bloom BR, Murray CJL. Tuberculosis: Commentary on a Reemergent Killer. *Science* 1992; 257: 1055-64.
- Bouza E, Diaz-Lopez MD, Moreno S, et al. Mycobacterium tuberculosis bacteremia in patients with and without Human Immunodeficiency Virus infection. *Arch Intern Med* 1993; 153: 496-500.

- Bouza E, Martin-Scapa C, Bernaldo de Quirós JCL, et al. High Prevalence of Tuberculosis in AIDS patients in Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1988; 7(6): 785-8.
- Brausch LM, Bass JB jr. The treatment of tuberculosis. *Med Clin North Am*. 1993; 77(6): 1277-88.
- Broadbudd C, Dake MD, Stulbarg Ms, et al. Bronchoalveolar lavage and trans-bronchial biopsy for the diagnosis of pulmonary infections in the acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann. Intern. Med* 1985; 102 (6): 747-52.
- Brudney K, Dobkin J. Resurgent Tuberculosis in New York City. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144: 745-9.
- Cabañes M, Villar A, Bellver V, et al. La tuberculosis en un servicio de Medicina Interna de un hospital de área. *An Med Intern (Madrid)* 1990; 7 (1): 13-8.
- Caminero Luna JA. Diagnóstico serológico de la tuberculosis y otras micobacteriosis(I). Consideraciones generales. *Med.Clin. (Bar)* 1990; 94(5): 187-95.
- Caminero Luna JA. Resistencia primaria a fármacos antituberculosos . *Med. Clin. (Barc)* 1989; 93 (1): 30-36.
- Cantwell MF, Snider DE, Cauthen GM, et al. Epidemiology of Tuberculosis in the United States, 1985 through 1992. *Jama* 1994; 272 (7): 535-9.
- Casal M. La tuberculosis como problema sanitario a las puertas del 2000. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1993; 11(6):291-3.
- Casal M. Métodos microbiológicos de diagnóstico de la tuberculosis. *Enf Infec y Microbiol Clín* 1984; 2(4): 180-3.
- Castilla J, Gutiérrez A, Sánchez M F, et al. La tuberculosis en los enfermos de SIDA en España. Impacto de la ampliación de la definición de caso de SIDA. *Pub of SEISIDA* 1995; 6(2): 65-71.
- Caylá JA, Jansá JM, Batalla J, et al. Tuberculosis en Barcelona. Análisis de los 899 casos notificados en 1986. *Med. Clín (Barc)* 1988; 90 (15): 611-6.
- Caylá JA, Jansa JM, Iglesias B, et al. Epidemiología del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Barcelona (1981-1991) (I). Estudio descriptivo y de tendencias temporales. *Med. Clín. (Barc)* 1993; 101(8): 286-93.
- Caylá JA, Jansá JM. SIDA y tuberculosis: Confluencia de una nueva epidemia y una vieja endemia. *Arch Bronconeumol* 1992; 28(1): 21-6.
- Centers for Disease Control (CDC). Prevention and Control of tuberculosis in Correctional institutions: Recommendations, Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis. *JAMA* 1989; 262(23): 3258-9, 3262.
- Centers for Disease Control. Revision of the CDC Surveillance case definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. *MMWR* 1987; 36 (suppl 1S).

- Centers for Disease Control. Tuberculosis and Acquired Immunodeficiency Syndrome - New York City. MMWR. 1987; 36 (48): 785-95.
- Centers for Disease Control. Tuberculosis -United States, 1985- and the possible impact of Human T-Lymphotropic Virus type III / Lymphadenopathy - Associated Virus infection. MMWR 1986; 35 (5): 74-6.
- Claver M, Ruiz A, Contreras F. El problema de la tuberculosis estudiado a través de un Servicio General de Anatomía Patológica. Patología 1971; 4(4): 195-206.
- Chaisson RE., Slutkin G. Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Infection. J Infec Dis 1989; 159 (1): 96-100.
- Chastonay PH, Gardiol D. La tuberculose active étendue à l'autopsie: étude rétrospective d'un collectif d'autopsies d'adultes (1961-1985). Schweiz Med Wschr. 1987; 117(24): 925-7.
- Chaves F, Drona F, González A, et al. Tuberculosis en población penitenciaria: estudio de 138 casos. Med Clín (Barc) 1993; 101(14): 525-9.
- Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Programa para el Control de la Tuberculosis en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria, 1994.
- Díez Ruiz Navarro M, Caloto González MT. (Grupo del trabajo del PMIT). Epidemiología de la tuberculosis en minorías étnicas e inmigrantes en España. En: Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas. Plan Nacional sobre drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2001.
- Eisenach KD, Sifford MD, Cave MD, et al. Detection of Mycobacterium tuberculosis in Sputum Samples using a Polymerase Chain Reaction. Am Rev Respir Dis 1991; 144: 1160-3.
- Elcuaz R, Martín N, González T, et al. Infecciones por micobacterias: Rendimiento de la baciloscopia en diferentes muestras clínicas(1975-1988). Med Clin (Barc) 1991; 97(6): 211-4.
- Ena J, Valls V, Pérez de Oteyza C, et al. Utilidad y limitaciones de la adenosina desaminasa en el diagnóstico de la pleuresía tuberculosa. Estudio metaanalítico. Med. Clín (Barc) 1990; 95(9): 333-5.
- Enarson DA, Grosset J, Mwinga A, Hershfield ES, O' Brien R, Cole S y Reichman L. El desafío de la tuberculosis: manifestaciones acerca de su prevención y controles globales. The Lancet (Ed. Esp.) 1995; 346: 809-819.
- Errezola Saizar M. Epidemiología de la tuberculosis. Bol S Vasco-Nav Ped 1983; 18 (70): 105-12.
- España PP, Mayo J, Salinas C, et al. Tuberculosis e infección por VIH. Análisis de 36 casos. Arch Bronconeumol 1991; 27 (5): 197-201.
- Eugene McCray, MD, Cindy M, Weinbaum, MD, Christopher R Braden, MD

- and Ida M. Oronato, MD. The epidemiology of tuberculosis in The United States. *Clinics in Chest Medicine*. 1997; 18 (1): 99-113.
- Fernández A, Arazo P, Aguirre JM, et al. Tuberculosis pulmonar: diferencias entre pacientes seropositivos y seronegativos para el virus de la inmunodeficiencia adquirida. *An Med Intern (Madrid)*1993; 10(8): 381-5.
- Fernández-Nogués F, Garau J, Gudiol F, et al. Incidencia y diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en un servicio de Medicina Interna. *Med Clí (Barc)* 1983; 81(15): 651-4.
- Fischl MA, Uttamchandani RB, Daikos GL, et al. An outbreak of tuberculosis caused by multiple-drug-resistant tubercle bacilli among patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 1992; 117(3): 177-83.
- Fortuny G, Aixelá E y Villalbí JR. Tuberculosis y marginación social. *Med Clin (Barc)* 1985; 85 (16): 686.
- Franco R, Balparda J, Alvaro C, et al. Esofagitis tuberculosa pseudotumoral. *Gastro-enterología y Hepatología* 1984; 7 (2): 107-8.
- Franco R, Martínez P, Echevarría MP, et al. Elevación inusual de la actividad de la adenosindeaminasa (ADA) en el curso del tratamiento tuberculostático de una meningitis tuberculosa. Valor predictivo en la aparición de complicaciones aracnoidíticas. *Enf Infec y Microbiol Clín* 1989; 7 (8): 78-9.
- Franco R, Miguel F, Hernandez C, et al. La Tuberculosis pulmonar en la práctica ambulatoria de la Seguridad Social en Vizcaya. *Med Clin (Barc)* 1979; 72 (8): 335-7.
- Franco R, Miguel F, Hernández C, et al. La tuberculosis pulmonar. Ocho años de experiencia hospitalaria. *Med Clí (Barc)* 1978; 71 (10) : 381-6.
- Frieden TR, Sterling T, Pablos-Mendez A, et al. The emergence of drug-resistant tuberculosis in New York City. *N Engl J Med* 1993; 328(8): 521-6.
- Gandy M, Zumla A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the «new» tuberculosis. *Social Science & Medicine*, 2002; 55:385-396.
- García JF, Vázquez J, Juan de J, et al. Epidemiología de la tuberculosis en El Ferrol. *Med Clin (Barc)* 1995; 104(10): 365-8.
- García JM, Daza R, Ramos A, et al. Tuberculosis en 1991. Estudio hospitalario. *Rev Clí Esp* 1993; 193 (5): 225-8.
- García Páez JM, Yebra M. Tuberculosis en España. *Med Clin* 1987; 88 (7): 300.
- García Páez JM. Aspectos epidemiológicos de la Tuberculosis. *Rev Esp Microbiol Clín* 1988; 3 (8): 585.
- Garros J, Iturriaga A, García E. Estudio de 1.096 casos de tuberculosis pulmonar en Vizcaya. Años 1982-1987. *Arch Bronconeumol* 1990; 26 (5): 199-203.
- Gómez E, Cuello JA, Muñoz F, et al. La tuberculosis en 7 hospitales generales de Andalucía. *Enf Infec y Microbiol Clín* 1992; 10(5): 259-66.

- Gómez Gumersindo. «Cómo se vive y cómo se muere en Bilbao». Edit Ayuntamiento de Bilbao; Bilbao, 1896.
- Gracia de J, Curull V, Vidal R, et al. Diagnostic value of Bronchoalveolar lavage in suspected pullmonary tuberculosis. *Chest* 1988; 93(2): 329-32.
- Graham NM, Nelson KE, Solomon L, et al. Prevalence of tuberculin positivity and skin test anergy in HIV-1 seropositive and seronegative intravenous drug users. *JAMA* 1992; 267(3): 369-73.
- Grupo de Trabajo de la SEPAR. TIR. Epidemiología de la tuberculosis en España. Resultados de las encuestas realizadas por el Grupo TIR en 1988. *Arch Bronconeumol* 1991; 27(5): 202-9.
- Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis (FIS). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1992; 98 (1): 24-31.
- Grupo de Trabajo de Tuberculosis. Consenso Nacional para el control de la Tuberculosis en España. *Medicina Clínica (Barc)* 1992; 98: 24-31.
- Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). *Revista de Medicina Clínica*.
- Grupo de Trabajo del PMIT. El diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en España: Resultados del proyecto multicéntrico de investigación sobre tuberculosis (PMIT). *Med Clin (Barc)* 2001; 116:167-173.
- Guerra Sanz FJ. El ayer, el hoy y el mañana de la tuberculosis. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1987; 5 (8): 443-7.
- Hopewell PC. Impact of Humann Immunodeficiency Virus Infection on the Epidemiology, clinical features, management, and Control of tuberculosis. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 540-7.
- Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in elderly patients. *JAGS* 1993; 41(11): 1187-92.
- Koch R. Die Aetiologie der Tuberculose. *Berl Klin Wochenschr* 1882; 15: 221-30.
- Kochi A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. *Tubercle* 1991; 72: 1-6.
- Kochi A. The role of the World Health Organization. En: Reichman LB, Hershfield Es. *Tuberculosis. A Comprehensive International Approach*. New York. Marcel Dekker, Inc 1993.
- Lee JKM y Ng THK. Undiagnosed tuberculosis in Hospitalized patients- An Autopsy Survey. *J R Soc Health* 1990; 110 (4): 141-3.
- Mallofré C, Bombí JA, Soriano E, et al. Tuberculosis en necropsias. *Med Clin (Barc)* 1988; 90 (1): 43-4.
- Mallolas J, Soriano E. Resurrección de la tuberculosis. *Med Clin (Barc)* 1988; 91(4): 142-4.

- March de P. Perspectivas futuras en el control de tuberculosis y SIDA. Arch Bronconeumol 1992; 28(2): 102-7.
- March P de. La evolución de la tuberculosis en España: Situación actual. Dificultades y errores epidemiológicos. Arch Bronconeumol 1987; 23(4): 181-91.
- March P de. La transmisión de la resistencia al Mycobacterium tuberculosis en los infectados por el VIH. La llamada tercera epidemia del VIH. Med Clin (Barc) 1994; 102 (3): 98-100.
- March P de. Medio siglo de vacunación BCG. Una revisión crítica. Rev Clin Esp 1978; 151 (6): 469-78.
- March P de. Situación actual de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1991; 97(12): 463-72.
- March P de. Tuberculosis y SIDA. Situación en España. Perspectivas. Rev Clin Esp 1990; 186 (8): 365-8.
- March P de., García A. La evolución de la infección VIH/SIDA en los países desarrollados. Impacto sobre la tuberculosis. Med Clin (Barc) 1993; 100 (5): 187-93.
- Martin JJ, Lillo JA, Huertas A. et al. Valoración de la adenosina desaminasa (ADA) en la pleuritis tuberculosa. Arch Bronconeumol 1991; 27 (1) :13-6.
- Monreal M, Tor J, Vidal R, et al. Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en un hospital general. Med Clín (Barc) 1983; 81(12): 503-5.
- Montejo M, Aguirrebengoa K, Zárata P, et al. Unidad de enfermedades infecciosas; primer año de andadura. Gac Med Bilbao 1993; 90 (3): 89-92.
- Morales MM, Llopis A, Sáiz E. Aspectos epidemiológicos y coste económico de la tuberculosis en el Hospital clínico de Valencia durante el periodo 1986-1987. Enf Infec y Microbiol Clín 1989; 7 (1): 29-35.
- Muñoz Sánchez J. Epidemiología, presentación clínica y supervivencia de los pacientes con SIDA en el País Vasco. Variaciones y tendencias en el tiempo. Tesis Doctoral. Departamento de Medicina. UPV/EHU. 1999.
- Navarro V, Guix J, Juan G, et al. Tuberculosis pulmonar con radiografía de tórax normal e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enf Infec y Microbiol Clín 1991; 9(1): 26-9.
- Nosocomial Transmission of multidrug-resistant tuberculosis among HIV-infected patients-Florida and New York, 1988-1991. MWR Morb Mortal Wkly Rep 1991; 40(34): 585-91.
- Page MI, Lunn JS. Experience with tuberculosis in a Public Teaching Hospital. Am J Med 1984; 77: 667-70.
- Palomero A, Sanchez I, Montero MD, et al. Evolución de la tuberculosis pulmonar en un hospital monográfico desde su puesta en marcha hasta el momento actual. Aspectos generales. Rev Clín Esp 1989; 185(5): 240-5.

- PMIT-2: Proyecto multicéntrico de investigación sobre tuberculosis. Evaluación de los resultados del tratamiento antituberculoso. (En prensa).
- Prieto S, Guillén V, García E, et al. Enfermedad tuberculosa en un hospital general. A propósito de 445 casos. *Enf Inf Microbiol Clin* 1990; 8(5): 263-9.
- Programa de prevención y control de la tuberculosis. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2001.
- Puyuelo T, Hernández E, Gatell JM, et al. Prevalencia de la infección tuberculosa en el personal sanitario. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 564- 6.
- Querol JM, García de Lomas J. ¿Debemos introducir la prueba de amplificación enzimática de ADN(PCR) en el diagnóstico de la tuberculosis?. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1993; 11(2): 61-4.
- Registro Nacional de casos de SIDA. Fecha de actualización: 30 septiembre de 1994.
- Rodríguez S, Pascual T, Martínez J. Incidencia de la Enfermedad tuberculosa en un Hospital General. *Arch Bronconeumol* 1983; 19(6): 80-4.
- Romero Salvo MI, Morales Martínez S, Vispe Roman C, Nieves Marco P, Bernal Pérez M, Martínez Terrer. Evolución de las tasas de incidencia y mortalidad por tuberculosis respiratoria en España. Años 1900-1992. *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*. 1997; 37 (1): 23-26.
- Rubio Cabello S. La enfermedad tuberculosa durante la primera década del SIDA (1983-1992). Tesis Doctoral. UPV/EHU, 1995.
- Ruiz J y Morera J. Tuberculosis Pulmonar en 1988. *MTA-Medicina Interna* 1988; 6(10): 515-560.
- Ruiz Manzano. Tuberculosis e inmigración (editorial). *Medicina Clínica*. 2000; 114:257-8.(Barc) 2000; 114:530-537.
- Salinas Solano C, Altube Urrengoetxea *et al*. Tuberculosis en población inmigrante de Bilbao. *Archivos de Bronconeumología* 2002; 32 (11): 506-10.
- Salgueiro M, Zamarrón C, Alvarez-Calderón P, et al. Estudio epidemiológico de la tuberculosis en el área sanitaria de Santiago de Compostela durante los años 1989, 1990 y 1991. *An Med Intern(Madrid)*1993; 10(9): 427-32.
- Sánchez Granjel L, Goti Iturriaga JL. Historia del Hospital de Basurto. Bilbao: Sto Hospital Civil de Basurto, 1983.
- Servei d'Epidemiología. Institut Municipal de la Salut. La tuberculosis en Barcelona; informe 1992: Programa de prevención y control de la tuberculosis de Barcelona. Ed Castellana. Barcelona: Area de salut publica. Ajuntament de Barcelona, 1993: 53 pp.
- Sharma SK, Mohan A, Pande JN, Prasad KL, Grupta AK, Khilnani GC.

- Clinical profile, laboratory characteristics and outcome in miliary tuberculosis. QJM. 1995; 88(1):29-37.
- Snider DE Jr, Roper WL. The new tuberculosis. N Engl J Med 1992; 326(10): 703-5.
- Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. 4ª Ed. Barcelona: Muchnik Editores, 1989; 131 pp.
- Styblo K. The elimination of tuberculosis in the Netherlands. Bull Int Union Tuberc Lung Dis 1990; 65 (2-3): 49-55
- Sutton FD. La tuberculosis y sus compañeros de viaje. Hospital Practice (Ed Esp) 1988; 3(5): 29-42.
- Telenti M, Fernández J, Susano R, et al. Incidencia y localización de la tuberculosis en un hospital general (1982-1990). Med Clín (Barc) 1993; 101(5): 199.
- Toledo JD. Tuberculosis. En Fariña J. Anatomía Patológica. 1ª Ed. Barcelona: Salvat, 1990; 234-245.
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Memoria 1992. Bilbao: Delegación Territorial de Sanidad de Vizcaya, 1993
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Memoria Bizkaia-1994. Bilbao: Delegación Territorial de Sanidad de Bizkaia, 1995.
- Vidal R, Ruiz J. ¿Aumenta la tuberculosis en España?. Med. Clin. (Barc) 1986; 86(20): 845-7.
- Vidal R, Vilaplana M, Richart C, et al. Correlaciones clinicoradiológicas en 100 casos de Tuberculosis miliar. Rev Clín Esp 1981; 161 (2): 109-12.
- Viejo JL, Gallo F, Mijan de la Torre A, et al. Incidencia actual de la tuberculosis pulmonar en la práctica hospitalaria. Rev Clín Esp 1980; 159(1): 7-10.
- Villanueva Edo A. «El Sanatorio Marino de Gorliz». Edit Diputación Foral de Bizkaia. 1991.
- Villanueva Edo A. Historia social de la Tuberculosis en Bizkaia, 1882-1958. [Bilbao]: Diputación Foral de Bizkaia, [s.d]
- Wolff G. Tuberculosis mortality and industrialization: with special reference to the United States. Am Rev Tuberc 1940; 42: 214-9.
- Zapatero J, Martínez E, Cubillo JM, et al. La infección y la enfermedad tuberculosa en España antaño y hogaño. (Perspectivas de futuro a través de una experiencia de 43 años de exámenes seriados.) Rev Clín Esp 1984; 173(5)(6): 259-64.
- Zapatero J. La gastrectomía y la bronquitis crónica en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar. Rev Clín Esp 1982; 167(3): 155-60.
- Zulaica D, Arrizabalaga J. Problemas que plantea el paciente con serología positiva frente al retrovirus HTLV-III/LAV. Med Clin (Barc) 1987; 88(3): 117-22.

PALABRAS DE RECEPCIÓN Y PRESENTACIÓN

pronunciadas por

Pascual Román Polo

Amigo Presidente de la Comisión de Bizkaia, Amigas y Amigos de la RSBAP, señoras y señores:

Nunca antes había tenido la ocasión de transformar un deber en un honor tan agradable. Es para mi un gran privilegio recibir y presentar antes ustedes como nuevo Amigo de Número en nuestra Comisión de Bizkaia de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País al doctor Ricardo Franco Vicario. El doctor Franco atesora una gran categoría personal y profesional, siempre dispuesto a servir a los demás, aún a riesgo de sacrificar su tiempo de descanso, por quien tengo gran estima y al que me une una estrecha amistad. Espero que sea capaz de plasmar ante ustedes las cualidades que le adornan.

El doctor Ricardo Franco nació en el bilbaíno barrio de Olabeaga el 6 de noviembre de 1949 en parto gemelar. En esta ciudad realizó sus estudios de enseñanza primaria en la escuela pública y de secundaria en el Colegio Santiago Apóstol de los Hermanos de las Escuelas Cristianas de La Salle. Su interés por la Medicina le venía de muy joven, cuando decidió cursar sus estudios universitarios de Medicina en la Universidad de Valladolid, ya que en aquella época comenzaba su andadura muy tímidamente la joven Universidad Autónoma de Bilbao, que más tarde se integraría en la que hoy conocemos como Universidad del País Vasco.

Desde muy joven el Dr. Franco sintió gran atracción por la cultura en general y un profundo amor por las costumbres y tradiciones del País Vasco. En su juventud aprendió a tocar el txistu y el tamboril, e incluso se permitió crear alguna composición para estos instrumentos, a la par que dirigía grupos de danzas vascas. Durante su etapa de estudiante de Medicina participó en la organización de obras de teatro y cine forums y obtuvo por oposición la plaza de alumno interno durante el periodo comprendido entre noviembre de 1971 y julio de 1972 en la cátedra de Patología Quirúrgica bajo la dirección del profesor doctor Adolfo Núñez Puerta, a quien siempre consideró su primer maestro. Ese mismo mes realizó el examen de licenciatura y obtuvo el título de licenciado en Medicina y Cirugía en noviembre de 1972 con excelentes calificaciones. Finalizados sus estudios de Medicina en Valladolid, se incorporó como médico interno becario en el Colegio Mayor de Especialidades Médicas «Gregorio de la Revilla»-de Basurto (Bilbao) desde 1973 hasta 1977.

Desde junio de 1978 realizó las especialidades como médico especialista en Medicina Interna y Aparato Respiratorio bajo la dirección del profesor doctor Victor Bustamante Murga, a quien siempre ha considerado su verdadero maestro y en quien tuvo un modelo de ética y praxis a imitar. Asimismo, obtuvo la especialidad de aparato digestivo en noviembre de 1984 siendo el jefe del departamento de Patología y Clínica Médica el Dr. Bustamante Murga.

Durante el bienio 1972-1973 realizó los cursos monográficos de doctorado con el fin de conseguir el grado de doctor en Medicina y Cirugía que logró en diciembre de 1985 obteniendo la máxima calificación con el trabajo titulado «Estudio de la homeóstasis glucídica en la cirrosis hepática. Valor diagnóstico y pronóstico del doble test del glucagón intravenoso», dirigido por el profesor doctor Bustamante Murga. En noviembre de 1988 consiguió la plaza de profesor titular de Medicina y Odontología de la Universidad del País Vasco.

EL Dr. Franco Vicario ha realizado una importante labor asistencial como médico interno en el Santo Hospital Civil de Bilbao desde octubre de 1974 hasta octubre de 1977. En este mes consiguió una plaza de Medicina General del Instituto Nacional de la Salud (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social), que desempeñó hasta

mayo de 1980. En mayo de 1978 obtuvo la plaza de médico adjunto del Hospital de Basurto-Bilbao y en septiembre de 1988 la de jefe clínico del servicio de Medicina Interna del mismo Centro. Durante el periodo comprendido entre mayo de 1978 y febrero de 1998 fue jefe de guardia del Servicio de Urgencias Centrales.

Es bien conocida la fama de pedagogo y maestro de médicos entre los alumnos de la cátedra de Patología y Clínica Médica de la UPV/EHU. En ella se inició en los años 1972-1974 como profesor Ayudante de clases prácticas. Durante el periodo comprendido entre 1974 y 1987 desempeñó el puesto de profesor encargado de curso; ese mismo año alcanzó el puesto de profesor titular interino del Departamento de Medicina y desde 1988 es profesor Titular de dicho Departamento de la UPV/EHU. Durante los años 1977-1981 fue profesor de la Escuela de Medicina e Higiene Naval impartiendo la asignatura de Patología Naval.

Durante el trienio 1977-1980 desempeñó el cargo de representante de los médicos del hospital de Basurto en su Consejo de Administración o Comisión Gestora. En ese mismo periodo, fue Secretario de la Mesa de hospitales de Bizkaia, siendo el presidente de la misma el doctor Iñaki Azkuna. El año 1980 fue nombrado vicesecretario del Colegio de Médicos de Bizkaia, cuando era presidente el doctor Andrés Aya Goñi.

Si de algo se siente particularmente orgulloso el Dr. Franco es de su actividad como director y profesor de los cursos de Extensión Universitaria organizados por la Universidad del País Vasco y el Ayuntamiento de Bilbao desde 1983 a 1995 con los rectores profesores Monreal, Barberá, Goiriena y Salaburu. Durante esos 12 años, la labor desarrollada por la Oficina de Extensión Universitaria fue de un gran impacto social de la que se beneficiaron un gran número de bilbaínos por la ingente labor desempeñada por su director que se tradujo en un gran número de cursos, conferencias, seminarios, coloquios, vídeos, obras teatrales y exposiciones.

Su afición por el cine y los media le condujo a realizar 23 programas de divulgación académico-científica para la ETB dentro de la serie Unibertsitateko Mintegiak. Estos programas bilingües de 30 minutos fueron emitidos en el bienio 1987-1988. Fue actor y guionista

de algunos de ellos, entre los que sobresale su lograda interpretación como un alcohólico en estado de *delirium tremens*. De estos programas destacan los de contenido médico que merecieron el Premio Especial del Jurado del Certamen Internacional de Cine Médico celebrado en la ciudad de Donostia en octubre de 1987.

Conocedor del buen hacer del Dr. Franco, en 1999 contacté personalmente con él cuando ocupaba la presidencia de la Comisión de Bizkaia de la RSBAP para proponerle la realización de unas jornadas destinadas a los jóvenes bajo el título de Salud y Juventud. Así, se celebraron las primeras sobre el tabaco (1999), alcohol (2000), anorexia y bulimia (2001), deporte (2002) y sexualidad (2003).

A éstas siguieron las jornadas sobre la Semana de la Ciencia, cuya primera semilla se había sembrado en la Primera Semana de la Ciencia y que tuvieron lugar durante los días 6 al 10 de mayo de 1995. El artífice de aquellas primeras jornadas fue un gran Amigo de esta Comisión de Bizkaia, hombre bueno donde los haya y a quien todos los que hemos tenido la suerte de conocerlo le profesamos un gran respeto y admiración por su dedicación, entrega y ejemplo a las tareas de la Bascongada. Supongo que todos habréis adivinado que me estoy refiriendo al Amigo Adrián Celaya Ibarra. Siendo un destacado hombre del Derecho, nunca abandonó su formación en el Magisterio y siempre consideró que las ciencias experimentales forman una parte esencial de la cultura de nuestros días. Así, el Dr. Franco Vicario continuó esta meritoria labor como coordinador y se celebraron las Jornadas sobre las Ciencias experimentales y el progreso social (mayo de 2001) y las Ciencias de la salud y el progreso social (mayo de 2002).

El Dr. Franco es Colegial de Honor del Colegio Mayor Miguel de Unamuno de la UPV/EHU desde el año 1995 por sus desvelos, atención médica y colaboración desinteresada con esta institución. Desde 1990, es miembro de la Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear. Pertenece a la ONG Médicos del Mundo desde su fundación en Bilbao en 1997. Es miembro de prestigiosas sociedades médicas entre las que destacaré la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (1973), la Sociedad Vasco Navarra de Aparato Digestivo (1986), la Sociedad Española de Medicina Interna (1990) y la Sociedad Europea de Medicina Interna (1992).

Una afición que adora Ricardo Franco es su pasión por el teatro. Afición que le ha llevado a representar con fines benéficos entre otras obras «Sublime decisión de Miguel Mihura y «Cuatro corazones con freno y marcha a tras» de Jardiel Pondela que obtuvieron gran resonancia y éxito artístico.

El Dr. Franco ingresó en la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País en 1998 y fue admitido como Socio Supernumerario al año siguiente. Yo tuve el privilegio de presentarlo ante nuestra Sociedad. En el año 2000 se incorporó a las tareas de la Junta Rectora de la Comisión de Bizkaia, a la que pertenece desde entonces y donde ha desempeñado una entusiasta y eficaz labor.

Ricardo Franco es un autor prolífico. Sólo o en colaboración con otros investigadores ha publicado más de un centenar de artículos, monografías y libros de su especialidad. Ha sido ponente de numerosas comunicaciones a Congresos nacionales e internacionales donde ha participado con trabajos científicos relacionados con el campo de su investigación.

De entre sus investigaciones científicas destacan sus aportaciones en el campo de la tuberculosis de la que es un reconocido especialista tanto a nivel nacional como internacional. El Dr. Franco se inició en este campo de la medicina con su maestro el profesor Bustamante Murga con quien publicó su primer trabajo en el año 1978. A este seguirían otros trabajos que han tenido gran repercusión sobre todo en el ámbito del País Vasco.

La lección de ingreso del Dr. Franco ha versado sobre «La enfermedad tuberculosa a finales del siglo XX». pienso que puede considerarse una lección magistral por su rigor científico y el largo periodo auditado en un mismo centro de referencia (más de 35 años de seguimiento) y los matices sobre una enfermedad que parecía desterrada cuando comenzó a estudiarse. El interés despertado por el rebrote de la enfermedad tuberculosa a partir de 1980 hizo que las autoridades sanitarias elaboraran un primer plan de control de la tuberculosis en la CAPV. La situación preliminar era caótica y los datos que se manejaban eran poco fiables. La introducción y posterior modificación de la ficha de recogida de datos fue un elemento determinante para poner orden en aquella confusa situación.

Durante la década de 1980 se produjo una grave epidemia tuberculosa por la aparición y el desarrollo de la drogadicción y la infección por el VIH y el SIDA. El proyecto desarrollado para el estudio y seguimiento de la tuberculosis puesto a punto por el equipo del Dr. Franco permitió conocer con total claridad la realidad clínico epidemiológica, que discrepaba de los datos que manejaba la medicina oficial.

Los últimos trabajos de investigación sobre la enfermedad tuberculosa se refieren al periodo 1993-2002, habiendo observado los autores del proyecto un punto de inflexión hacia el año 1995 que coincide con un descenso acentuado de la patología VIH/SIDA. En esta época los datos obtenidos por el equipo del Dr. Franco se acercan a los del REDO (Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria). Los trabajos del grupo del Dr. Franco han servido de guía al nuevo programa de prevención y control de la tuberculosis puesto en marcha por el Servicio Vasco de salud en el año 2001.

Esta fuera de dudas, la importancia médica, científica y social de las aportaciones del nuevo Amigo para el País Vasco y, en particular, para el territorio de Bizkaia. Su quehacer profesional diario en la triple faceta docente, investigadora y asistencial hacen del Dr. Franco un Amigo de la Bascongada, por su dedicación al estudio de una enfermedad de tanta importancia para país y sus gentes.

El Dr. Franco encarna en su persona los valores que nos legó nuestro primer Director y fundador, cualidad muy sobresaliente del nuevo Amigo que quiero significar. Antes de su incorporación a la RSBAP y más tarde como Amigo Supernumerario, siempre ha estado dispuesto a colaborar en cuantas tareas relacionadas con nuestra Sociedad se le han solicitado. Desde su incorporación a la Junta Rectora de la Comisión de Bizkaia, de la que actualmente forma parte activa, hasta su contribución en numerosas iniciativas, a las que he hecho referencia con anterioridad.

Muchos Amigos de nuestra Comisión de Bizkaia tienen en el Dr. Franco el amigo y consejero médico siempre disponible para oír nuestros dolencias y en busca de su sabio consejo. Entre otros, quisiera destacar a nuestra Primera Directora de la Sociedad D^a. María Ángeles Larrea.

En nombre de la Comisión de Bizkaia de la RSBAP, doy la más cordial bienvenida al Dr. Franco, que hago extensiva a Concha, su esposa, a sus hijos y demás familiares. No le voy a recordar su deber de esforzarse en favor de nuestra Sociedad, porque el Amigo Ricardo ha dado sobradas muestras que le hacen acreedor por su dedicación y entusiasmo de ser un digno Socio Numerario de la Bascongada por el amor puesto en los trabajos desarrollados y estoy seguro seguirá con ese mismo espíritu en los años venideros.

Enhorabuena Ricardo y muchas gracias por aceptar compartir contigo nuestros desvelos en favor del país y sus gentes.

A todos ustedes quisiera agradecerles su atención y su compañía para compartir estos momentos con nuestro nuevo Amigo. Muchas gracias.

Felix María Goñi Urcelay

Lección expuesta en Bilbao
el día 29 de Abril de 2011
en el Salón de Artes del
Archivo Postal de Bizkaia