

# Tuberculosis: la malaltia invisible

*El pròxim 24 de març és el dia mundial d'aquesta malaltia, que molts creuen -erròneament- erradicada*

Fins que no es va presentar a l'hospital amb 40 de febre, ningú va diagnosticar a la Mònica la malaltia que patia. Ella havia acudit al CAP en repetides ocasions perquè tossia molt i es quedava afònica amb freqüència, però mai hauria imaginat que aquests eren símptomes de tuberculosi. Ni ella, ni el seu metge de capçalera, que, sense saber bé a què s'enfrontava, li va receptar antibiòtics d'ampli espectre esperant observar algun tipus de millora. Cada any es detecten al voltant de 500 casos de tuberculosi a Barcelona, una ciutat amb una mitjana de 30 afectats per cada 100.000 habitants. Espanya, amb 5.000 nous casos anuals, presenta un dels índexs més alts de la Unió Europea, només superat per Portugal i Romania. La tuberculosi és una malaltia infecciosa causada pel bacteri *Mycobacterium tuberculosis*, també conegut com bacil de Koch. El contagi es produeix a través de l'aire, encara que requereix un contacte continuat. "Seria molt mala sort contagiar-se durant una conversa en un bar o en un viatge de metro", explica Joan Caylà, cap del Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, "però no és impossible". De fet, si féssim la prova de la tuberculina a tota la població de Barcelona, entre el 25 i el 30% donaria positiu, especialment les persones grans. Això es deu al fet que -encara que en els últims anys s'ha deixat de fer- antigament se solia vacunar a tota la població, fet que provoca que qualsevol persona a qui s'hagi subministrat la BCG (Bacillus de Calmette i Guérin), la vacuna contra la tuberculosi, donarà positiu en la prova de la tuberculina. A això cal afegir que algunes comunitats autònomes, com el País Basc, encara apliquen la vacuna, que només té un 30% d'eficàcia. Això, i el poc familiaritzats que estan els serveis sanitaris d'atenció primària amb la malaltia, són els obstacles principals per a un bon diagnòstic.

El cas de la Mònica posa de manifest el principal problema que afecta el tractament de la tuberculosi: el desconeixement. Dels pacients, que creuen que es tracta d'una malaltia erradicada en la nostra societat, però també de molts metges. Un facultatiu d'un centre d'atenció primària normal i corrent veu, de mitjana, un cas de tuberculosi cada any. Per aquest motiu moltes vegades costa identificar la malaltia. "És molt fàcil confondre els símptomes amb altres afeccions pulmonars" explica Anna Rodes, responsable del Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi del Departament de Salut de Catalunya- "especialment en el cas dels fumadors". Una vegada detectada, cal tractar-la com més aviat millor. A les tres setmanes de començar a prendre la medicació, el malalt deixa de ser contagiós, però encara així haurà de mantenir el tractament un mínim de sis mesos, i patir els efectes secundaris dels fàrmacs, que solen incloure cansament generalitzat o erupcions. Abandonar el tractament abans del que està indicat implica el risc que el bacil pugui mutar a un cep multirresistent, fet que suposarà que el temps de curació es multipliqui per dos. També s'ha de ser curós, per part del personal mèdic, a l'hora de receptar els medicaments; el pacient ha de prendre els quatre fàrmacs al mateix temps. Per cada 20 milions de bacteris en sorgeix un que pot desenvolupar resistències a certs medicaments, d'aquí la idea d'atacar la malaltia amb els quatre productes: per aprofitar la vulnerabilitat. Si s'apliquen fàrmacs per separat i el bacteri desenvolupa resistència a la malaltia, serà molt difícil de guarir. I després hi ha el silenci. Moltes persones trien no explicar-ho al seu entorn per por de l'estigmatització social. La Mònica, que treballava de cara al públic en un cèntric museu de la ciutat, ho va comunicar als seus caps. "Però van ser ells els que van decidir no explicar-ho a la resta de treballadors". Van dir que entenien que es tractava d'un afer privat i ho respectaven, encara que no estic segura de si ho feien per mi o per ells". Els tabús relatius a aquesta malaltia són molts. La tuberculosi té unes connotacions històriques difícils d'evitar. És una paraula que remet

indefectiblement a pobresa i fam, més aviat al segle passat que a l'actual. N'hi ha prou de preguntar al propi entorn per adonar-se'n. Paradoxalment, en les zones amb més incidència d'infectats, l'atenció als malalts és molt millor, ja que els serveis sanitaris estan més acostumats a tractar amb aquesta malaltia. És el que passa al barri barceloní del Raval, amb un percentatge d'immigració del 47% i unes taxes d'incidència de 50 malalts per cada 100.000 habitants, gairebé el doble que a la resta de la ciutat. Perquè si alguna cosa és clara és que la tuberculosi és una malaltia que afecta sobretot els més desfavorits; en l'àmbit internacional, amb els països en vies de desenvolupament. A l'estat, la diferència la marca l'extracció social. Persones sense sostre, alcohòlics i immigrants són qui més pateixen els estralls de la tuberculosi. Ho explica la doctora Neus Altet, directora de la Unitat de Prevenció i Control de la Tuberculosi de Barcelona. "Aquesta és una malaltia de pobres. El bacil ataca amb més facilitat els sistemes immunològics deprimits, per això és més difícil que una persona ben alimentada, que té una feina i no està sotmesa a grans dosis d'estrès, desenvolupi la malaltia encara que sigui portadora del bacteri." Aquesta és la raó principal que la tuberculosi aparegui molts cops de la mà del VIH, i n'obstaculitzi la curació. Alexandra, boliviana establerta a Espanya des de fa nou anys, és portadora del VIH i ha sofert una recaiguda de tuberculosi. La sida és un agreujant que n'allarga el tractament. Després de més i mig d'internament en els serveis clínics, se li ha donat l'alta perquè no hi ha risc de contagi, però haurà de continuar amb un tractament que es presenta llarg. Abans, ja va estar un any prenent la medicació i és conscient que la seva situació és complicada. "Totes dues malalties estigmatitzen igual" explica. "Existeix molta ignorància, la societat ha d'entendre que no som empestats". Malgrat que a la fi dels anys noranta es va aconseguir disminuir els índexs d'infectats, en els últims anys aquest declivi s'ha atenuat, a causa sobretot a l'impacte demogràfic de la immigració. La majoria d'immigrants vénen a Espanya moguts per raons econòmiques, encara que moltes vegades no aconseguixin allò amb què

somiaven. En situació precària, són el blanc perfecte per al bacil. Però no ens equivoquem, la tuberculosi no l'han portat els immigrants. N'hi havia, i molta, abans que arribessin les onades massives d'immigració. El que passa és que, en determinades comunitats d'immigrants, tots els estadis del protocol, des de la detecció al tractament, es compliquen. D'una banda, algunes comunitats estrangeres tendeixen a acudir poc a la sanitat pública, de vegades per desconeixement i de vegades perquè ni tan sols són capaços de comunicar-se amb el personal mèdic. "La barrera idiomàtica és important", explica el doctor Jesús Ospina, "però no és l'únic problema, també cal superar altres diferències culturals".

Amb aquest propòsit va néixer, el 1993, el programa d'Agents Comunitaris de Salut (ACS) de Barcelona. Són 12 en total, d'origen subsaharià, xinès, pakistanès... El mètode, pioner a Espanya, havia estat provat amb eficàcia en altres països europeus. Es tracta de prestar una atenció integral als pacients immigrants", explica Ospina. "La funció dels agents comunitaris va més enllà de la del simple traductor o mediador, que poden servir de canal o solucionar un conflicte puntual. Els ACS coneixen bé la xarxa associativa i tracten d'aproximar els immigrants a la sanitat pública". No es tracta solament que hi acudeixin, també és important que segueixin i acabin el tractament, que l'administració dels medicaments sigui la correcta... Què passa amb un immigrant il·legal que aconsegueix una feina a Badajoz? O que, simplement, ha canviat de domicili i no sap agafar el metro. Sembla de broma, però una cosa "a priori" tan simple com utilitzar un mapa no és a l'abast de tots els que viuen a la nostra ciutat. I quan es tracta d'un malalt musulmà que ha de prendre la medicació en dejú quan arriba el ramadà? "Metges i pacients tendeixen a enrocar-se en les seves postures, aconseguir alguna cosa tan simple com que el pacient es desperti mitja hora abans perquè pugui complir tant amb la seva obligació religiosa com amb la metgessa de vegades és difícilíssim". Prossegueix Ospina "aquí és on

s'aprecia la importància de la tasca que realitzen els agents comunitaris". Els ACS informen, però d'una manera que els immigrants ho puguin comprendre. Els explica les conseqüències de la malaltia i de l'abandó del tractament, amb uns termes que poden entendre, i en els seus propis espais. Col·legis, escales de veïns, parcs... qualsevol lloc és bo per fer una sessió informativa. El problema, com en tot, és la falta de recursos. No hi ha diners. Els ACS treballen a mitja jornada, les ajudes a la investigació per aconseguir una vacuna són poques i difícils d'aconseguir. Encara que, com reconeix la doctora Rodés, la coordinació entre Ajuntament i Generalitat ha millorat, hi ha una falta de voluntat política evident. "Encara que tenim un bon programa de prevenció, no tenim línia de crèdit des de Madrid. I mira que el tractament és barat". Tampoc les farmacèutiques semblen especialment interessades a investigar, com assegura l'equip mèdic de Can Ruti que porta a terme estudis clínics per desenvolupar la vacuna. Després de tot, quins beneficis podria reportar un medicament per a pobres? Ignorada per la societat, els governs i les farmacèutiques, la tuberculosi és un problema real al qual s'ha de fer front.