



## A-204. - EFECTOS ADVERSOS (EA) DE LOS TUBERCULOSTÁTICOS DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES TRATADOS DE TUBERCULOSIS (TBC) ACTIVA

J. Pascual Pareja, M. Ramírez Lapausa, R. Carrillo Gómez, M. Martínez Prieto, P. González-Ruano Pérez, J. Vidal Pérez, A. Noguero Asensio

Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco-La Paz. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de EA a tuberculostáticos de primera línea en pacientes con TBC activa y su implicación. Estudiar los factores asociados a la presencia de EA moderados-severos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratados de TBC en la U. de Aislamiento del S. de M. Interna del H. Cantoblanco-La Paz, Madrid desde enero 2002 a diciembre 2011. Se excluyeron TBC multiresistentes. Se registraron el número de EA totales durante el seguimiento de cada paciente con gradación de gravedad, se consideró EA moderado-severo a los grados III y IV. Se realizó análisis de regresión logística para determinar factores asociados a EA moderados-severos.

**Resultados:** Se analizaron 831 pacientes. 68% hombres. Edad media  $\pm$  DE  $40 \pm 16$  años. 52% extranjeros. 13% indigentes. 61% con factores de riesgo: 30% contacto previo, 22% consumo de alcohol excesivo, VIH 9%, drogadicción activa 8% y DM 6%. 37% con comorbilidad: hepatopatía (cualquier causa) 15%, VHC 11%, HTA 6%, EPOC 5%, enf. psiquiátrica 3%, neoplasia 2%, enf. renal 1% e insuficiencia cardiaca 0,6%. 95% TBC pulmonar, 83% como única afectación. 91% diagnóstico por cultivo positivo. En 4,7% se documentó resistencia a algún fármaco de primera línea: isoniácida (H) 3,4%, pirazinamida (Z) 1,2%, rifampicina (R) 0,5%, etambutol (E) 0,1%. Los resultados según la OMS: curación/tratamiento completo 72,1%, pérdida/abandono 13,7%, seguimiento en otro centro 11,3% y muerte 2,9%. 316 EA se registraron en 259 pacientes (31,2%). Mediana de tiempo de aparición (RIQ): 2 (1-4) semanas. EA más prevalentes: hepatitis 50,6%, EA cutáneos 25,3%, digestivos 9,5%, articulares 7,6%, hematológicos 3,8% y neurológicos 1,3%. 18,2% de pacientes con EA tuvo más de uno. EA se atribuyeron de forma aislada a Z 14,2%, H 12,7%, R 8,5% y E 0,6%. 63,7% los EA se atribuyeron a varios tuberculostáticos, formando parte R en un 62,5%, H 60%, Z 58,4% y E 45,8%. 60% de EA fueron transitorios. 26,6% de EA fueron moderados-severos. 2 pacientes tuvieron hepatitis fulminante uno de ellos falleció y otro se realizó trasplante hepático. 74 fármacos se dejaron de administrar en 59 pacientes (7,1%) debido a presencia de EA y en 5,1% de pacientes esta suspensión obligó a prologar la duración del tratamiento. Un 7,2% de pacientes prolongaron su estancia hospitalaria por EA, siendo la mediana y RIQ de 26 (15,8-43,3) días. Los factores asociados con EA moderado-severos en análisis multivariante fueron: edad con OR: 1,02 (1,01-1,04), p 0,002, VIH con OR: 2,1 (1,04-4,2), p 0,039, e insuficiencia cardiaca con OR: 21,5 (2,22-205,6), p 0,008. Los factores asociados con hepatitis moderada-severa fueron: edad con OR: 1,02 (1,01-1,04), p 0,013, VIH con OR: 2,6 (1,09-6,2), p 0,032, sexo femenino con OR: 2,4 (1,2-4,7), p

0,011 e insuficiencia cardiaca con OR de 9,1 (1,3-62,9), p 0,026. El único factor asociado a EA cutáneo moderado-grave fue la edad con OR: 1,02 (1-1,05), p 0,046.

*Discusión:* Más de 1/3 de pacientes tuvieron EA; hepatitis y afectación cutánea los más frecuentes. Aunque un 60% de EA fueron transitorios, más de un 25% fueron moderados-graves teniendo una repercusión en estancia hospitalaria y en duración de tratamiento por discontinuación de algún fármaco. Z fue el más implicado con EA seguido de H y R. Los factores asociados con EA generales moderados-graves y hepatitis moderada-grave fueron: edad, VIH e insuficiencia cardiaca. El sexo femenino también se ha asociado con hepatitis moderada-severa. El único factor asociado con EA cutáneos moderados-graves fue la edad.

*Conclusiones:* Un número significativo de pacientes con TBC tratados tuvieron EA a tuberculostáticos con repercusiones en la estancia hospitalaria y en la duración de tratamiento. Debemos seguir estrechamente a estos pacientes sobre todo a los que tienen mayor riesgo: mayor edad, infección VIH e insuficiencia cardiaca.