



A-142. - EVOLUCIÓN DE LAS RESISTENCIAS A *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EN EL ÁREA SANITARIA DE JEREZ (CÁDIZ)

P. Villanueva Rodríguez¹, E. Pérez Escolano², J. Gutiérrez Rodríguez³, M. Pujante Martínez², M. López Rodríguez-Medina², F. Barrera García², J. Alados Arboledas², M. López Prieto²

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, ²Unidad de Gestión Clínica de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). ³Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Las resistencias a fármacos antituberculosos aparecen como resultado de la adquisición de mutaciones en diferentes genes de *M. tuberculosis* y dificultan el tratamiento de la tuberculosis. El conocimiento de las resistencias es una prioridad en los programas de control de la tuberculosis y pueden ser un buen parámetro de medida sobre la idoneidad con que se realizan los tratamientos antituberculosos en una comunidad. El objetivo de este estudio es conocer la sensibilidad a los principales tuberculostáticos de cepas de *M. tuberculosis* aisladas de pacientes de nuestra Área Sanitaria.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo a partir de los casos de tuberculosis con cultivo positivo diagnosticados en el Hospital de Jerez, responsable de un área sanitaria de 205.364 habitantes (censo 2008), entre enero de 2004 y diciembre de 2012. Se analizó la sensibilidad a isoniazida (INH), rifampicina (RIF), Estreptomicina (STR) y etambutol (ETB) en cepas de *M. tuberculosis*. Se utilizó el sistema BacT Alert durante el periodo 2004-2007 y BACTEC MGIT 960 TB en el periodo 2008-2012. Se revisaron las historias clínicas para recoger datos clínico-epidemiológicos.

Resultados: Se analizaron 262 cepas. Presentan alguna resistencia 47 casos (17,93%) de los que 43 eran autóctonos y 5 inmigrantes; de éstos, tres presentaron resistencia a ETB, uno a INH y uno a INH + STR. Se ha obtenido una resistencia aislada a INH en 16 cepas (6,1%), a RIF en 0 (0%), a STR en 5 (1,9%) y a ETB en 6 (2,29%). Sólo una cepa fue MDR-TB (resistente a INH y RIF en un paciente autóctono con mal tratamiento previo). Otras resistencias conjuntas fueron INH + STR en 18 cepas (6,87%) y a INH + ETB en 1 cepa (0,38%). La resistencia a INH sola y combinada con STR se encontró en 34 pacientes lo que supone un 12,97% de las resistencias. Las resistencias primarias encontradas fueron 43 (16,41%), de las cuales 33 (12,59%) correspondían a INH. Las 4 resistencias secundarias obtenidas fueron además de la cepa MDR-TB ya descrita, una a STR, una a INH y una a INH + ETB; ello supone el 1,52% de todas las cepas. Ninguno de los casos resistentes que recibieron tratamiento ha presentado recidiva posterior al aislamiento inicial.

Discusión: En nuestra serie, de las 47 cepas resistentes encontradas el 16,41% corresponden a resistencias primarias y el 1,52% a resistencias secundarias. Las resistencias secundarias reflejan criterios de prescripción acertada o no de fármacos y del buen o mal cumplimiento de las pautas

terapéuticas, y en nuestra área encontramos concentraciones mucho más bajas que las publicadas por otros autores, reflejando un buen control de la enfermedad gracias a las medidas de prevención aplicadas.

Conclusiones: Existe una elevada tasa de resistencia primaria a INH especialmente ligada a la resistencia a STR. Sería de interés el análisis molecular de estas cepas para verificar una posible transmisión clonal. Parece justificada la inclusión de un 4º fármaco en la pauta inicial de tratamiento, lo que ha proporcionado un alto índice de curación en estos pacientes.