



I-29. - LA INFECCIÓN TUBERCULOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS COINFECTADOS POR EL VIH EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA ESPAÑOLES. PERÍODO 2005-2011

J. Marco-Martínez¹, S. Plaza Canteli², R. Barba-Martín⁵, J. Pedrajas-Navas¹, J. de Miguel-Yanes³, A. Zapatero-Gaviria⁴, M. Méndez-Bailón¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos I. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Objetivos: La infección tuberculosa (TBC) constituye un problema Mundial de salud pública. Un factor epidemiológico fundamental es la relación existente entre infección tuberculosa y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El ingreso hospitalario en Medicina Interna constituye un buen escenario para analizar los pacientes infectados por VIH y tuberculosis en nuestro país.

Métodos: Análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de todas las altas emitidas por los servicios de Medicina Interna del Sistema Nacional Público español entre 2005 y 2011. Esta información incluye aspectos demográficos (edad, sexo), datos sobre el ingreso (fecha de ingreso y alta) circunstancias del alta (a domicilio, traslado a otro centro, alta voluntaria o exitus); diagnóstico principal que llevó al ingreso de cada paciente y hasta 12 diagnósticos secundarios así como los procedimientos diagnósticos (hasta 20) Se seleccionaron todos los casos dados de alta con un diagnóstico de tuberculosis y/o infección VIH (códigos CIE 9-MC) A continuación se categorizaron los casos por su localización fundamental como tuberculosis pulmonar, tuberculosis extrapulmonar o tuberculosis diseminada. Se utilizó el índice de Charlson ajustado a la edad como medida de la comorbilidad de cada paciente. Se examinan las diferencias en la distribución de diferentes variables demográficas y clínicas entre pacientes con y sin tuberculosis incluida la presencia o no de infección VIH. Igualmente se comparan los pacientes con infección tuberculosa en distintas localizaciones: pulmonar, extrapulmonar y deseminada. Finalmente la evolución temporal de diferentes aspectos de la infección a lo largo de los años.

Resultados: Identificamos un total de 25.367 pacientes con un diagnóstico de tuberculosis codificado en su informe del alta. El 69,6% de los sujetos son varones y la edad media de los pacientes con TB es 47,3 años (DE 19,4). Los pacientes coinfectados con TBC y VIH suman un total de 5.196, es decir un 20,5% de la serie de pacientes con tuberculosis dados de alta de los servicios de MI durante el periodo estudiado. La edad media de los pacientes con VIH-TBC es de 40,33 años frente a los 49,07 años de los pacientes sin VIH y con TBC ($p < 0,001$). Los sujetos con TBC y VIH tuvieron un índice de Charlson > 2 en el 96% de los casos mientras que en los pacientes sin VIH el índice de Charlson

fue > 2 solamente en el 6,6% de los casos. Los sujetos con VIH presentaron con mayor frecuencia TBC diseminada (25,6%) que los sujetos con TBC sin VIH (7,7%) ($p < 0,001$). La mortalidad de los individuos con VIH fue del 6,6% frente a un 4,6% en los tuberculosos sin VIH ($p < 0,001$). La tasa de reingreso también fue superior para los pacientes con VIH, de un 21,1% comparada con el 12,6% de los pacientes con tuberculosis sin coinfección por VIH ($p < 0,001$). La presencia de VIH como comorbilidad es un factor independiente asociado a la mortalidad en el ingreso por TBC con una OR 4,22 (IC: 3,53-4,98; $p < 0,001$).

Discusión: Existen diferencias claras en el comportamiento de la tuberculosis del paciente coinfectado con el virus de la inmunodeficiencia humana. Nuestros datos, extraídos de una gran base de datos clínico-administrativa, que incluye un gran número de pacientes, no hacen sino confirmar esta información. Los pacientes seropositivos tienen mayor mortalidad intrahospitalaria, mayor frecuencia de TBC diseminada, mayor riesgo de reingresar a los 30 días del alta y una elevada tasa de comorbilidad sea uno de los factores mal pronóstico.