



## G-31. - IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS (TAC Y FIBROBRONCOSCOPIA) EN EL ABORDAJE CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS. ANÁLISIS DEL CMBD NACIONAL (2005-2011)

M. Méndez<sup>1</sup>, G. Araujo<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, N. Cabello<sup>1</sup>, A. Zapatero<sup>3</sup>, J. Pedrajas<sup>1</sup>, S. Plaza<sup>4</sup>, J. Marco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos I. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La infección tuberculosa (TBC) constituye un problema mundial de salud pública.. El ingreso hospitalario en Medicina Interna, constituye un buen escenario para analizar cuál es el papel pronóstico que pueden tener el empleo de procedimientos diagnósticos, como la TAC o la fibrobroncoscopia, en el abordaje clínico de la tuberculosis.

**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 (códigos CIE 9-MC).. Se examinan las diferencias en la distribución de diferentes variables demográficas y clínicas entre pacientes con tuberculosis incluida la presencia o no realización de TAC o fibrobroncoscopia a través de un análisis bivariante y multivariante ( $p < 0,005$ ).

**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). El porcentaje de pacientes con un índice de Charlson  $> 2$  fue del 25%. En los 25.367 ingresos por TBC se realizó TC del tórax en 7216 (28%) y una broncoscopia en 552 (2%). En los ingresos en los que se hizo una TC del tórax la estancia media fue más prolongada (23,05 días de media vs 16,85 con  $p < 0,001$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue inferior para los sujetos en los que se llevó a cabo una TC del tórax (4% vs 6%;  $p < 0,001$ ). En el caso de la broncoscopia la realización de la misma también se acompañó de un menor porcentaje de mortalidad (3% vs 5%;  $p < 0,001$ ). Al realizar el análisis de regresión logística y tras ajustar en el modelo por edad, sexo (mujer) e índice de comorbilidad de Charlson la TC del tórax fue un factor protector en la mortalidad intrahospitalaria (OR 0,59; IC: 0,53-0,70;  $p < 0,001$ ) en el ingreso por TBC. La broncoscopia no se acompañó de diferencias en la supervivencia en el análisis multivariante (OR 0,59; IC: 0,34-1,03;  $p = 0,06$ ).

*Conclusiones:* En nuestro análisis del CMBD nacional hemos observado que la TC del tórax durante el ingreso por TBC es una prueba complementaria que se acompaña de disminución en la mortalidad intrahospitalaria. Desconocemos el motivo por el cual la TC del tórax mejora el pronóstico intrahospitalario, pero postulamos que esta prueba complementaria podría conllevar a una mejor precisión diagnóstica en el abordaje de la TBC. Por otra parte, la TC podría identificar más precozmente complicaciones endobronquiales y pleurales que requieren de un manejo terapéutico específico y más avanzado de la TBC. Se requieren más estudios para evaluar la relación riesgo/beneficio de la realización de fibrobroncoscopia durante el ingreso por TBC.