



## D-032 - INFLUENCIA PRONÓSTICA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL INGRESO HOSPITALARIO POR TBC. ANÁLISIS DEL CMBD (2005-2011)

B. Calvo<sup>1</sup>, M. Ramón<sup>1</sup>, A. Grimón<sup>1</sup>, M. Farid-Zahran<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Pedrajas<sup>1</sup>, M. Méndez<sup>1</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. Móstoles (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** La tuberculosis (TBC) constituye un problema mundial de salud pública. Un factor epidemiológico que podría influir en el pronóstico de la enfermedad es la presencia de comorbilidades asociadas como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La relación entre ambas se ha observado no sólo en países en vías de desarrollo, donde se objetivan las cifras de incidencia de TBC más altas a nivel mundial, sino también en regiones desarrolladas, donde existen programas específicos de diagnóstico y tratamiento de TBC. En España, fueron declarados 5.177 casos de tuberculosis en 2013, de los cuales 3.931 fueron de tuberculosis respiratoria, 66 de meningitis tuberculosa y 1.180 casos asociados a otros tipos de tuberculosis. El ingreso hospitalario en Medicina Interna constituye un buen escenario para analizar cuál ha sido el papel pronóstico de la DM2 en la TBC.

**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 empleados (hasta 20). Se seleccionaron todos los casos dados de alta con diagnóstico de tuberculosis y/o DM2 asociada (códigos CIE 9-MC). Se utilizó el índice de Charlson ajustado a la edad como medida de la comorbilidad de cada paciente. Se examinaron las diferencias en la distribución de las diferentes variables demográficas y clínicas entre pacientes con y sin tuberculosis, incluida la presencia o no de DM a través de un análisis bivariante y multivariante ( $p < 0,005$ ).

**Resultados:** Identificamos un total de 25.367 pacientes con el diagnóstico de tuberculosis codificado en su informe del alta. De ellos, 2.338 (9,2%) fueron codificados además como DM2. El 63% de los pacientes con DM2 y TBC, tuvieron TBC pulmonar y un 36% forma extrapulmonar y diseminada. Los pacientes con DM2 (7,7% vs 4,8%;  $p < 0,001$ ) tuvieron mayor mortalidad intrahospitalaria que los sujetos con TBC sin DM2. Se registraron 150 casos de hipoglucemia durante el ingreso, que se asociaron a una mayor mortalidad intrahospitalaria (11,3% vs 5%;  $p = 0,01$ ).

**Discusión:** En los pacientes ingresados por TBC en los servicios de Medicina Interna de España, la presencia de DM2 y de hipoglucemia durante el ingreso se ha asociado a un incremento de la

mortalidad. Las formas extrapulmonares y diseminadas también son relativamente frecuentes (> 30%) en los sujetos con DM2.

*Conclusiones:* El despistaje precoz de DM2 y/o el tratamiento y control de perfiles glucémicos en individuos ingresados por TBC en los Servicios de Medicina Interna españoles podrían lograr disminuir la mortalidad asociada en pacientes con ambos diagnósticos al ingreso. Los pacientes con mala adherencia al tratamiento antidiabético y valores de HbA1C > 6%, podrían suponer un grupo de riesgo para el desarrollo de TBC, probablemente por el estado de inmunosupresión que genera a largo plazo. Recientes estudios indican que la coexistencia de DM y TBC alteran la distribución de las poblaciones celulares del sistema inmune (Kumar et al. Immunology. 2015), si bien son necesarios estudios transversales más amplios en España.