



I-016 - ESTUDIO DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE TUBERCULOSIS

J. Pascual Pareja¹, M. Ramírez Lapausa², P. González- Ruano Pérez³, R. Carrillo Gómez¹, M. Martínez Prieto¹, M. Jaras Hernández¹, A. Noguerado Asensio¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid. ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer la mortalidad en una Unidad de Aislamiento de tuberculosis (TBC) y determinar los factores asociados.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo, incluyendo pacientes ingresados por TBC activa en la Unidad de Aislamiento de Medicina Interna del Hospital Cantoblanco-La Paz de Madrid entre agosto de 1997 y noviembre de 2011. Se utilizaron las definiciones estándar de curación, tratamiento completado, fracaso del tratamiento, abandono y muerte según los criterios de la OMS. Se estudian las características demográficas, factores de riesgo para TBC, comorbilidades, presencia de resistencias y localización de la TBC. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística para determinar la asociación de estas variables con mortalidad.

Resultados: Entre los 1.528 pacientes ingresados, 1.222 (80%) se diagnosticaron de TBC activa. Las principales características de la muestra eran: 68,3% hombres, edad media \pm DE de 40,4 \pm 16,6 años, 45,3% extranjeros. 13,1% indigentes. 62,8% tenían factores de riesgo para tuberculosis: 28% contacto previo, 22,8% consumo de alcohol excesivo, 12% VIH, 10,4% drogadicción activa, 6,6% diabetes mellitus, 2,3% neoplasia activa, 1,1% silicosis y 2,6% gastrectomizados. 42,1% tenían alguna comorbilidad: 14,2% hepatopatía de cualquier causa, 8,3% hepatopatía VHC, 5,5% HTA, 5,2% EPOC, 3,8% enfermedad psiquiátrica, 0,9% insuficiencia renal crónica grave e 0,7% insuficiencia cardíaca crónica. 85,3% tenía TBC pulmonar como única manifestación, 3,1% extrapulmonar y 11,6% tenían afectación pulmonar y extrapulmonar. En un 9,5% se documentó resistencia a algún fármaco de primera línea y un 3,5% eran multirresistentes. 157 (12,8%) se trasladaron o hicieron el seguimiento en otro centro. Los resultados finales, según criterios de las OMS, de los pacientes seguidos en nuestra unidad fueron: tratamiento completo/curación 854 (80,2%), fracaso 1 (0,1%), muerte 48 (4,5%) y abandonos 162 (15,2%). Los factores asociados con mortalidad en el análisis multivariante fueron: situación de indigencia con una OR de 4,4 (2 - 10) y una $p < 0,001$, consumo de alcohol con una OR de 2 (1 - 4,1) y una $p = 0,045$, tener infección VIH con una OR de 6,5 (2,7-15,8) y una $p < 0,001$, presencia de neoplasia con una OR de 3,9 (1,5- 10,2) y una $p = 0,005$ y la edad con una OR de 1,08 (1,06-1,11) y una $p < 0,001$.

Discusión: La mortalidad global de nuestra serie es menor que la descrita en otros países con menos recursos económicos. Los factores asociados con mayor mortalidad fueron situación de indigencia,

consumo de alcohol, tener infección VIH, presencia de neoplasia y la edad. Hay que destacar que prácticamente todos los pacientes con infección VIH que fallecieron no estaban recibiendo tratamiento antirretroviral y tenían inmunosupresión grave. También es importante reseñar que la tuberculosis multirresistente no fue un factor asociado a mortalidad. Para analizar si el porcentaje de pacientes con abandonos y traslado o seguimiento en otro centro pudiera haber modificado nuestros resultados, se repitió el modelo de análisis multivariante ajustado a las variables: abandono, traslado/seguimiento en otro centro y abandono/traslado o seguimiento en otro centro. El único factor en todos los modelos ajustados que dejó de tener significación estadística como factor asociado a mortalidad fue el consumo de alcohol.

Conclusiones: La mortalidad global de nuestra serie es de un 4%. Los factores asociados con mortalidad fueron situación de indigencia, consumo de alcohol, tener infección VIH, presencia de neoplasia y la edad.