

Características socio demográfico y clínico de los pacientes ingresados como NAC en el Servicio de emergencia. Periodo de octubre 2012-febrero 2013

VARIABLES	TB (n = 19)	No TB (n = 120)	p†
Edad*	39,05 (± 22,48)	60,75 (± 21,42)	< 0,001
Sexo			NS
Mujer	57,89%	48,33%	
Contacto TB			< 0,001
Intra domiciliario	26,32%	0,83%	
Comorbilidades			NS
VIH	15,79%	8,33%	
DM2	5,26%	10,83%	
TB previa	5,26%	15,83%	
Tiempo de enfermedad			< 0,05
Menor a 7 días	52,63%	24,17%	
De 7 días a 2 semanas	10,53%	46,67%	
Más de 2 semanas	36,84%	29,17%	
Uso de ATB previo	15,78%	13,33%	NS
Síntomas principales			
Tos	94,74%	96,67%	NS
Expectoración	68,42%	74,17%	NS
Fiebre	73,68%	57,98%	< 0,05
Disnea	78,95%	54,17%	NS
Hemoptisis	15,78%	8,33%	NS
Baja de peso	36,84%	18,33%	< 0,05
Bioquímica			
Leucocitos mm ³ *	10,103 × 103 (± 4,556)	12,606 × 103 (± 6,688)	NS
PO2	70,05 (± 13,26)	73,89 (± 16,56)	NS
SIRS	73,68%	66,66%	NS

*Se reporta la mediana (± desviación estándar) para las variables continuas y el porcentaje para las categóricas. El valor de p corresponde a la comparación entre TB y No TB, p < 0,05 en negrita. NS representa p > 0,05 (pruebas de χ^2 , exacta de Fisher o Kruskal-Wallis de acuerdo a si la variable es categórica o continua).

Análisis de regresión logística multivariado de los pacientes con diagnóstico de TB hospitalizados como NAC en un hospital público del Perú

VARIABLES	OR (IC95%) Multivariada	p†
Edad	0,96 (0,93-0,99)	0,008
Contacto TB intra domiciliario	17,87 (1,83-174,54)	0,013
Contacto TB extra domiciliario		NS
Hemoptisis		NS
Baja de peso		NS
Fiebre		NS
Tiempo de enfermedad menor a 7 días		NS

†p < 0,05, NS representa p > 0,05.

TUBERCULOSIS

TUBERCULOSIS EN PACIENTES ADMITIDOS COMO NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO PERUANO

M. Paredes, O. Gayoso, J. Alave y G. Mas

Servicio de Neumología del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú. Facultad de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Introducción: Tuberculosis representa un gran problema de salud pública en el mundo. En países con alta prevalencia de tuberculosis los pacientes acuden frecuentemente a recibir atención médica ambulatoria y/o emergencia. La presentación clínica inespecífica y la diversidad de los hallazgos radiográficos, a veces no permiten diferenciar tuberculosis pulmonar de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se plantea el estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de tuberculosis en pacientes admitidos como neumonía adquirida en la comunidad en un servicio de emergencia de un hospital público.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal de la información clínica de pacientes admitidos como NAC al Servicio de Emergencia Adultos del Hospital Nacional Cayetano Heredia de octubre 2012 a febrero 2013. Se excluyó a pacientes hospitalizados los últimos tres meses o tuberculosis activa. Tuberculosis fue definido con la identificación del M. tuberculosis por métodos microbiológicos o hallazgos histopatológicos.

Resultados: De 186 pacientes que fueron admitidos como NAC durante el periodo de estudio, 160 cumplieron los criterios de inclusión. La frecuencia de tuberculosis fue 11,88%, la mediana de la edad fue 39,05 años, 57% de los pacientes fueron mujeres. El tiempo de enfermedad

menor a 7 días se reportó en 52% de los pacientes. El análisis multivariado la edad y contacto intradomiciliario se asociaron independientemente con el diagnóstico de TB.

Conclusiones: La frecuencia de TB fue 11,88%, y las características clínicas encontradas en este estudio podrían ser utilizadas para proponer estrategias de control nosocomial de TB en los hospitales públicos peruano, específicamente en las unidades de emergencia.

CONCORDANCIA DE LOS MÉTODOS MANUAL Y AUTOMATIZADO PARA LA DETECCIÓN DE ADA EN LÍQUIDOS ORGÁNICOS

M.E. Jaime, J.E. Figueroa, R. Guevara, M. Castillejos, A. Hernández y J.A. Ávalos

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER. México D.F. México.

Introducción: La detección de adenosina desaminasa (ADA) se limita por ausencia de técnicas rápidas con alto valor diagnóstico. Evaluamos la desaminación enzimática de adenosina a inosina y amoniaco por un método manual y otro automatizado, con el propósito de poder emigrar de manera confiable al automatizado que es más rápido y estandarizado.

Objetivos: Determinar concordancia entre método manual y automatizado en detección de ADA en líquidos orgánicos de pacientes con probable tuberculosis.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio clínico para la comparación de dos pruebas diagnósticas en el Laboratorio Clínico. Se compararon las concentraciones de ADA en muestras de líquidos orgánicos de pacientes con diferentes enfermedades para descartar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, entre ambos métodos: manual de Galanti-Gusti y automatizado (Diazyme comercial kit, con analizador Dx C800 de Beckman Coulter). Se incluyeron todas las muestras de líquidos orgánicos consecutivos en el periodo junio-julio del 2013, para determinación de ADA hasta completar 146. Para el análisis de datos se realizó prueba de Sensibilidad (IC95%), Especificidad (IC95%), VPP (IC95%), VPN (IC95%), índice Kappa (IC95%) y curva ROC, usando paquete estadístico SPSS v20.0.

Resultados: Considerando método manual como estándar de oro, se obtuvieron los siguientes resultados: Sensibilidad = 100% (90,4-100,0%), Especificidad = 92,7% (86,3-96,3%), VPP = 81,8% (68,7-90,5%), VPN = 100,0 (96,4-100,0%), un índice Kappa = 0,86 (0,77-0,96) y un área bajo la curva de 0,907.

	Prueba de referencia +	Prueba de referencia -	
Prueba diagnóstica +	36	8	44
Prueba diagnóstica -	0	102	102
	36	110	146
		IC95%	
Sensibilidad	100,0%	90,4 a 100,0	
Especificidad	92,7%	86,3 a 96,3	
Valor predictivo positivo	81,8%	68,0 a 90,5	
Valor predictivo negativo	100,0%	96,4 a 100,0	
Concordancia (índice kappa)	0,86	0,77 a 0,96	

Conclusiones: La concordancia encontrada es elevada y permite establecer que los resultados son reproducibles para ser emigrar al uso del método automatizado confiablemente.

PACIENTES ASISTIDOS POR TUBERCULOSIS. DIVISIÓN NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL ENRIQUE TORNU AÑO 2012

R.H. Rojas Mendiola, M. Scafatti, D. Benedetti, M. Miranda y J.A. González

División de Neumonología. Hospital Enrique Tornú. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Analizar la incidencia y las características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis desde el 01/01/2012 al 31/12/2012 en la División Neumonología del hospital Enrique Tornú.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de las denuncias e historias clínicas de los pacientes que iniciaron tratamiento antituberculoso durante el año 2012.

Resultados: Durante el año 2012 se iniciaron un total de 140 tratamientos de tuberculosis. En relación a las características demográficas 59,29% eran hombres y 40,71% mujeres. La edad media encontrada fue de 37,8 años y la mediana 34,5 (rango de 5 a 85 años). El grupo etario de mayor incidencia se encontró entre los 21 y 30 años con un 31,43%. Solo el 53,57% tenían residencia en Capital Federal. En cuanto a la nacionalidad de los pacientes se encontró que la proporción de extranjeros fue del 36,43%, de los cuales el 22,86% eran de origen boliviano. La forma de presentación más común fue la pulmonar en el 78,42% de los casos, 14,39% extrapulmonares y 5,76% como pulmonar y extrapulmonar. De las enfermedades asociadas, se observó 7,3% de pacientes con HIV, 5,11% diabetes y 2,19% bajo tratamiento inmunosupresor. Hallamos tabaquismo en el 16,18%, consumo de cocaína 5,88%, alcohol 2,94%. Un dato interesante fue el hallazgo de hacinamiento en el 18,84% de los casos. Sobre la escolaridad solo el 10,22% tenían estudios terciarios o universitarios, mientras que el 39,42% tenían solamente estudios primarios o menos. Los retratamientos fueron del 9,28%. La confirmación bacteriológica fue del 65,71%.

Conclusiones: En nuestro trabajo se evidencia que el grupo etario más afectado es entre los 21 y 30 años, el cual es el sector más econó-

micamente activo. Casi el 54% de los pacientes residían en Capital Federal y la proporción de pacientes provenientes de países limítrofes del 36,43%, de los cuales la etnia boliviana fue del 22,86%. El 39,18% pertenecían al área programática de nuestro Hospital. La baja escolaridad encontrada podría contribuir al retraso en la consulta con el consecuente aumento del contagio. La confirmación bacteriológica coincide con los trabajos de otros autores. La tuberculosis continúa siendo un gran desafío para la salud pública. Conocer las características de la población en tratamiento nos permitirá implementar estrategias dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento.

ASOCIACIÓN ENTRE BIOMARCADORES INMUNOLÓGICOS Y DAÑO PULMONAR EN TUBERCULOSIS ACTIVA

R. Báez Saldaña¹, V. González López¹, P. Gorocica Rosete², A. Santillán Martínez¹, R. Castro Pérez³ y R. Lascurain Ledezma²

¹Hospitalización; ²Departamento de Bioquímica; ³Departamento de Radiología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Ciudad de México. México.

Introducción: La inmunopatogénesis de la remodelación pulmonar que se asocia a tuberculosis pulmonar como cavitación, fibrosis y distorsión de la arquitectura pulmonar, hasta el momento no ha sido explicada satisfactoriamente.

Objetivos: Evaluar la relación entre los niveles de expresión de biomarcadores inmunológicos y el grado de daño pulmonar en casos nuevos de tuberculosis pulmonar comprobada bacteriológicamente al momento de su diagnóstico.

Material y métodos: Se estudiaron 81 casos nuevos de tuberculosis pulmonar comprobada bacteriológicamente. En linfocitos de sangre periférica se midió la expresión de IFN γ , TNF- α , IL-10 e IL-12. En suero se midieron los niveles de biomarcadores de inflamación como proteína C reactiva (PCR) ultrasensible, velocidad de sedimentación globular (VSG), deshidrogenasa láctica (DHL) y albúmina; y a partir de la biometría hemática leucocitos y cuenta absoluta y relativa de linfocitos, neutrófilos y monocitos. Se midió la relación entre el grado de daño pulmonar evaluado por radiografía de tórax mediante una técnica validada y los niveles de los biomarcadores inmunológicos.

Resultados: Se demostró una buena correlación entre los niveles de PCR, albúmina, leucocitos totales, neutrófilos, linfocitos y monocitos circulantes y el grado de daño pulmonar. En cuanto a las citocinas no se documentó en ningún caso correlación significativa (tabla).

Relación entre biomarcadores inmunológicos y el grado de daño pulmonar medido por el grado de alteración radiológica

Biomarcadores inmunológicos (n = 81)	Correlación de Spearman		Regresión lineal simple	
	rho	Valor de p	Parámetro estimado (IC95%)	Valor de p
IFN γ *	0,04	0,8232	0,013	0,560
TNF α *	0,31	0,0862	0,038	0,380
IL-12*	0,06	0,7241	0,013	0,663
IL-10*	0,26	0,1430	0,025	0,417
PCR	0,55	0,000	0,25	0,000
VSG	-0,24	0,0497	-0,07	0,053
Albúmina	-0,60	0,000	-2,68	0,000
Deshidrogenasa láctica	0,14	0,2393	0,001	0,696
Cuenta total de leucocitos	0,38	0,0005	0,0003	0,001
Neutrófilos totales	0,46	0,0000	0,0004	0,000
Neutrófilos (%)	0,55	0,0000	0,11	0,000
Linfocitos totales	-0,25	0,0275	-0,0009	0,058
Linfocitos (%)	-0,58	0,0000	-0,23	0,000
Monocitos totales	-0,19	0,0956	0,0018	0,166
Monocitos (%)	-0,24	0,0325	-0,35	0,028

Conclusiones: Los biomarcadores de inflamación clásicos como PCR, albúmina y leucocitos circulantes, pueden ser útiles en conjunto para identificar a los pacientes con grado elevado de daño pulmonar asociado a tuberculosis activa. Los resultados proporcionan el soporte

para el diseño de investigación futura con el fin de disminuir el daño pulmonar asociado a tuberculosis.

HEPATOTOXICIDAD POR ISONIAZIDA EN PACIENTES CON INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE Y TRATAMIENTO CON BLOQUEANTES DE FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

E. Cuenca, E. Membriani, L. Limongi y A. Putruele

Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes mayoritariamente LES y AR, presentan mayor riesgo de infecciones incluida la tuberculosis (TB). Este riesgo se relaciona con disturbios inmunológicos causados por la propia enfermedad así como también por el uso del tratamiento inmunosupresor entre los que se destacan los bloqueantes del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), constituyendo un rol en la reactivación de la tuberculosis latente (TBL). Queda claro que el screening y profilaxis de TBL constituyen un pilar fundamental previo al inicio del tratamiento anti-TNF. La profilaxis usualmente recomendada con isoniazida (H) acarrea el riesgo de hepatotoxicidad sin olvidar que el daño hepático inducido por drogas es la causa más común de muerte por fallo hepático agudo y representa alrededor del 10% de casos de fallo hepático agudo a nivel mundial. El factor de riesgo más importante es la edad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional. El objetivo fue evaluar el riesgo de hepatotoxicidad al recibir H 5 mg/kg/día (dosis máxima 300 mg/día) en pacientes inmunosuprimidos no HIV con TBL. Se realizó un seguimiento prospectivo de pacientes edad igual o mayor a 18 años, de ambos sexos. Se inició H 5 mg/kg/día con el objetivo de completar 9 meses. Fueron controlados con examen físico basal, a los 15 días y mensualmente más hepatograma basal y a los 15, 30, 60, 90 y 270 días. Luego del primer mes de recibir H se autorizó el inicio de tratamiento modificador de la enfermedad de base (anti-TNF). Ante la presencia de hepatotoxicidad se suspendió el tratamiento.

Resultados: Durante un año de seguimiento fueron incluidos 34 pacientes, edad entre 32 y 79 años con una media de 53. Predominio mujeres que representaron el 79%, y la mayoría de nacionalidad argentina (85%). 3 pacientes presentaban contacto de TB y 3 habían tenido TB previa. La enfermedad de base más frecuente fue la artritis reumatoidea y 17 pacientes se encontraban recibiendo corticoides. Durante el seguimiento un paciente presentó hepatotoxicidad la cual revirtió al suspender la terapéutica.

Conclusiones: En nuestro estudio el riesgo de hepatotoxicidad es el grupo analizado fue de 3,33%, dato que se aproxima al 3% reportado en el último consenso argentino de tuberculosis publicado en 2009. Si bien el grupo que analizamos corresponde a pacientes inmunosuprimidos no HIV, no demuestra la existencia de un aumento de riesgo de hepatotoxicidad al reportado en pacientes no inmunocomprometidos. La hepatotoxicidad se presentó en el grupo etario entre 35 y 49 años. Se menciona que no se han reportado casos de TB activa en los pacientes que reciben profilaxis y tratamiento anti-TNF.

ADA PARA O DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE TUBERCULOSE PLEURAL NO ADOLESCENTE

T.M. Martire, C. Regufe, R. Mannarino, P. Barreto, A.A. Parente e D. Duprat

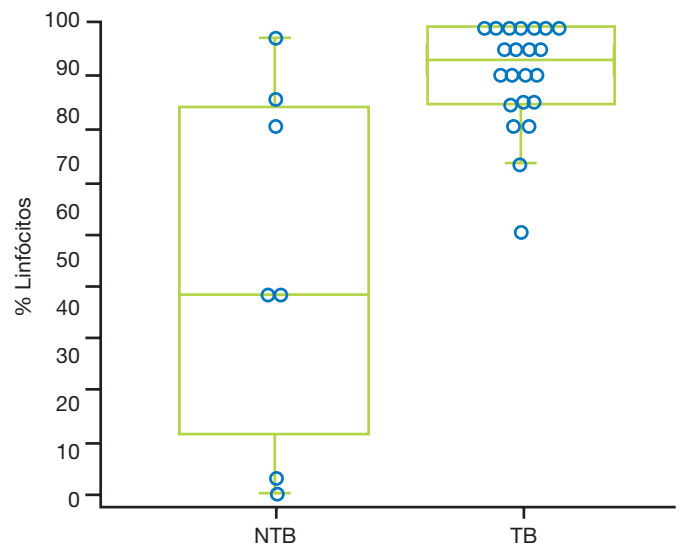
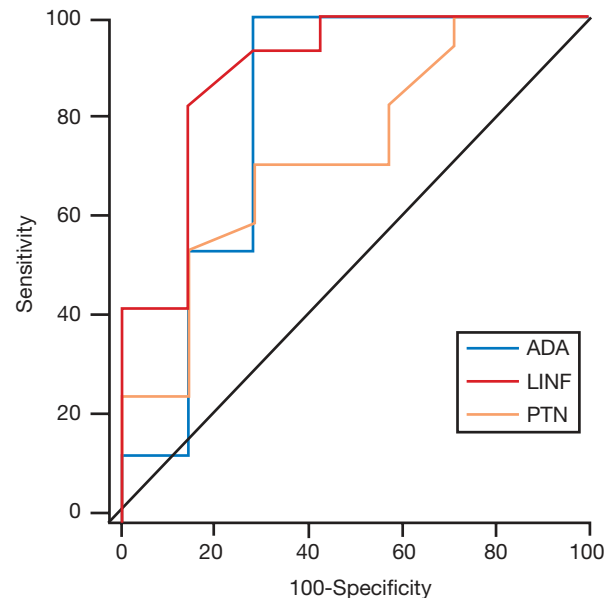
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

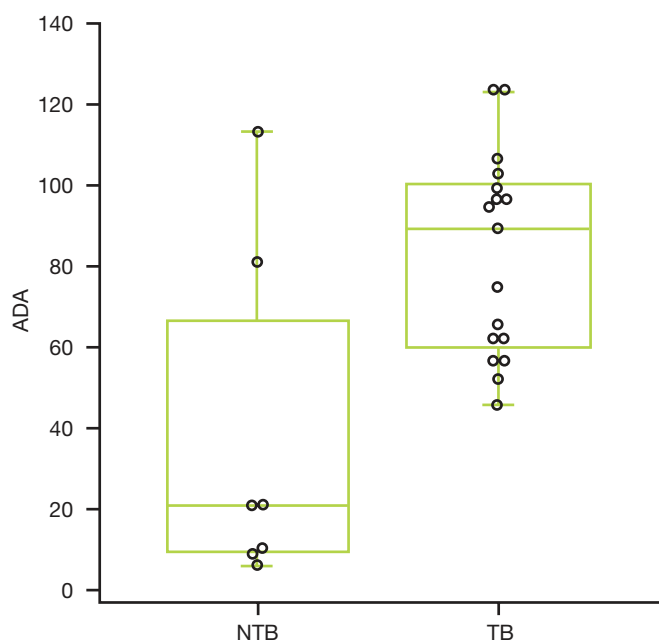
Introdução: A sensibilidade do exame histopatológico no diagnóstico da tuberculose pleural (TBPL) é de 80%, sendo, entretanto, invasivo. A dosagem da ADA no líquido pleural parece ser uma alternativa -como método rápido não invasivo. Objetivo: conhecer a sensibilidade da dosagem da ADA em adolescentes com TB pleural.

Material e métodos: Estudo transversal retrospectivo, com 30 adolescentes com derrame pleural, atendidos em um hospital universitário, de 2001 a 2009, descreveu a importância da ADA para o diagnóstico de TBPL no adolescente. Além da radiografia de tórax e prova tuberculínica (PT), foi realizada pesquisa de BAAR, proteínas totais, LDH, celularidade e ADA no líquido pleural e biópsia da pleura.

Resultados: Tuberculose foi o diagnóstico em 76,6% (23/30). Nestes, a idade variou entre 14 e 19 anos (média de 16,8), sendo 26% (6/23) do sexo feminino. Derrame pleural foi unilateral, à direita em 56,5% (13/23), ocupando, metade do hemitórax na radiografia. A pesquisa de BAAR foi negativa no líquido pleural de todos os pacientes. O período para se fazer o diagnóstico variou de 07 a 60 dias, do início do quadro, com média de 25,2 dias. Todos com TBPL apresentaram linfocitose (> 60%), leucócitos > 500/mm³, LDH > 220 u.i, proteínas totais > 4,2 ui e PMN 45 em todos os adolescentes e linfócitos estavam acima de 60%. A biópsia foi feita em 82,6% (19/23), apresentando necrose caseosa em 94,7% (18/19). A PT foi > 15 mm em 47% (8/17). Dos pacientes com TBPL, a ADA foi superior a 52 UI.

Conclusões: A ADA aumentada no líquido pleural associada ao predomínio de linfócitos confirmou o diagnóstico de TBPL, sem a necessidade da biópsia. Entretanto, como na doença linfoproliferativa podemos ter aumento de ADA, sugerimos que seja feita também a dosagem da ADA 2, para diagnóstico diferencial.





CARACTERÍSTICAS DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL-ECUADOR

M.H. Briones Claudett, K.H. Briones Claudett y A. Grunauer

Hospital Guayaquil. Ecuador. Escuela de Medicina de la Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.

Introducción: La tuberculosis pulmonar es una enfermedad milenaria, data de reportes desde hace 500 años AC, con distintas formas de presentación. El objetivo de nuestro estudio es identificar las diferentes formas de presentación más frecuentes de tuberculosis pulmonar y los factores asociados a mortalidad en la consulta externa del Hospital “Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

Material y métodos: Prospectivo, descriptivo con determinación de factor. Se midieron variables como: edad, sexo, estado socioeconómico, nivel de instrucción; historia de contacto con tuberculosis, uso de drogas; sintomatología: hemoptisis, tos; fiebre vespertina; disnea; etc.; presencia o ausencia de enfermedad intercurrente; raza (mestiza; indígena; negra, asiática; blanca); las alteraciones tomográficas; el tipo de tuberculosis; HIV positivo; y mortalidad, etc. Se empleó un análisis de regresión logística múltiple para establecer la relación entre las variables analizadas y mortalidad.

Resultados: Un total de 224 pacientes fueron analizados. La edad promedio fue de 43,9 ± 17,4 DE; de los cuales 146 (65,2%) fueron hombres y 78 (34,8%) mujeres; el nivel socioeconómico correspondió a: bajo 207 (92,4%); 16 (7,1%) e indigente 1 (0,4%); 119 (53,1%); la sintomatología fue: tos 176 (78,6%); hemoptisis 155 (69,2%); mialgias 164 (73,2%); fiebre vespertina 150 (67%); disnea 176 (78,6%); las razas más frecuentes fueron: mestiza 182 (81,2%); negra 20 (8,9%); indígena 19 (8,5%); blanca 2 (0,9%) y asiático 1 (0,4%). Los hallazgos tomográficos fueron: infiltrados intersticiales 109 (48,7%); cavidades 64 (28,5%); adenopatías 15 (6,7%) y derrame pleural 36 (16%); los diagnósticos fueron: tb pulmonar 118 (52,6%) de los cuales BK positivo fueron el 77,2%, y BK negativo el 22,8%; Tb pleural 33 (15%); Tb meníngea 35 (16%); Tb peritoneal 22 (10%), Tb laríngea 1 (0,45%); Linfa adenitis tb 15 (6,7%) los pacientes HIV positivos fueron 42 (18,5%) y los HIV negativos 182 (81,2%); la mortalidad correspondió a 31 (13,4%); el análisis multivariado demostró que nivel socioeconómico.

Conclusiones: Los bajos niveles socioeconómicos, la presencia de HIV y la tuberculosis extra pulmonares muestran impacto en la mortalidad en nuestros grupos de pacientes.

ANTÍGENOS MPT-64, CFP-10, ESAT-6 UTILIZADOS DE FORMA ASOCIADA PARA O DIAGNÓSTICO M. TUBERCULOSIS NA CRIANÇA-SÃO REALMENTE ÚTEIS?

T.M. Martire, C.C. Santanna, M.H. Saad e M.B. Conde

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. FIOCRUZ. Brasil.

Introdução: A tuberculose (TB) em crianças é devido geralmente a infecção primária. O diagnóstico de TB na infância é um desafio para a saúde pública, em torno de 10-20% deles têm esfregaço alcool ácido resistente positivo (AFB) e a cultura positiva, o padrão ouro é demorada, nem sempre é viável e os espécimes clínicos são paucibacilares na criança. ELISA um dos testes para diagnóstico rápido de doenças infecciosas. Pode ser implementado em laboratório clínico para o diagnóstico de TB na criança. Usando este ensaio para TB na infância tem - se demonstrado que a resposta de anticorpos contra antígenos de micobactérias (Ag) normalmente é baixa. Teste com alta especificidade, embora com sensibilidade baixa, seria uma ferramenta coadjuvante no TB na infância, mas pouco se sabe acerca reatividade espécie específica de Ag de M. tuberculosis em crianças de área endêmica onde a exposição à carga bacilar é freqüente.

Objetivos: Avaliar resposta humoral específicas para o MPT- 64, CFP-10, ESAT- 6 antígenos recombinantes do M. tuberculosis no diagnóstico de TB na infância, quando são utilizados associados entre si e com o teste tuberculínico.

Material e métodos: Amostra individual de soro foram coletados a partir de 207 crianças de ambos os sexos, 50 TB ativa confirmada, incluindo 103 saudáveis e 54 com outras pneumonias não TB, com idade entre 1 mês a 9 anos e 11 meses, frequentando a Unidade Respiratória Pediátrica (UNIRIO) e Unidade Respiratória Pediátrica Respiratória (UFRJ). Detecção de anticorpos (Abs): IgG e IgM contra MPT - 64 e CFP - 10 e ESAT - 6 foi realizada pela técnica o ensaio de ELISA de IgG contra o MPT-64, ESAT-6 e CFP-10.

Resultados: A sensibilidade foi de 27%, 20% e 16%, respectivamente, com uma especificidade de 95%. Ao combinar os resultados de dois ou todos os antígenos, verificou-se um aumento na sensibilidade: 40% (MPT-64 + ESAT-6), 39% (MPT-64 + CFP-10) e 48% (MPT-64 + ESAT-6 + CFP-10). No entanto, houve uma diminuição na especificidade (86-90%). Ao analisar os resultados do ELISA para o MPT-64 associado com a reação TST, a sensibilidade foi de 88%, chegando a 93% para a associação do MPT-64 e CFP-10 ou (MPT-64 + CFP-10 + ESAT-6).

Conclusões: Baseado em IgG-MPT-64 parece ser um teste adjuvante útil no campo pediátrico TB, quando associado a outros antígenos e/ou ao teste tuberculínico, muito embora haja necessidade de novos estudos comparando outros grupos de pacientes e com maior número.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA NO-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN MUNICIPIOS SELECCIONADOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL, CON UN MODELO DE ANÁLISIS JERARQUIZADO

M.B. Herrero

CEDES. CONICET. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: En Argentina, el abandono del tratamiento de la tuberculosis (TB) es uno de los más elevados durante los últimos diez años, y la tendencia desde 2001 a 2010 ha ido en ascenso.

Objetivos: Identificar los determinantes a nivel individual y a nivel de área de la no adherencia al tratamiento de TB en municipios del Área metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Material y métodos: Estudio de corte transversal, con un modelo de análisis jerarquizado. Se entrevistaron 38 pacientes no adherentes y 85

pacientes adherentes, diagnosticados en 2007, residentes y atendidos en hospitales de municipios seleccionados. Los datos correspondientes a las características individuales (nivel 1) se recolectaron mediante un cuestionario estructurado. Para el nivel 2 se analizaron las características del área de estudio en base al Censo Nacional de Población. El análisis de los determinantes se llevó a cabo mediante regresión logística múltiple (modelo jerarquizado) con información socio-demográfica y socioeconómica de los individuos, de acceso a los servicios de salud y del área de donde provienen los casos (2 niveles).

Resultados: A nivel individual los pacientes de sexo masculino tuvieron un riesgo 3 veces mayor de no adherir al tratamiento (OR: 3,53; IC95% 1,23-10,11). Asimismo, se observó que no tener provisión de agua en la vivienda aumentó 4 veces el riesgo de no adherencia, en comparación con las viviendas que sí contaban con provisión de agua (OR: 4,18; IC95% 1,29-13,47). En los hogares cuyo jefe no contaba con cobertura de salud el riesgo de no adherencia al tratamiento se incrementó casi 6 veces (OR: 5,47; IC95% 1,36-21,93). Por otra parte, los pacientes que utilizaron más de un medio de transporte para asistir al servicio de salud tuvieron casi 7 veces más riesgo de no adherir al tratamiento (OR: 6,47; IC95% 1,7-24,6). En aquellas áreas con una mayor proporción de hogares con NBI según capacidad de subsistencia pudo observarse un riesgo 3 veces mayor de no-adherencia (OR: 3,04; IC95% 1,07-8,82). Asimismo, en aquellas áreas cuyas viviendas no contaban con existencia de red de gas natural fue menor el riesgo de no adherencia (OR: 0,18; IC95% 0,05-0,59). Finalmente no tener inodoro con descarga ni desagüe de red aumentó más de 5 veces el riesgo de no-adherencia (OR: 5,08; IC95% 1,51-17,1).

Conclusiones: Estos resultados muestran que existe una influencia de las variables sociales y económicas sobre la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis, tanto a nivel individual como a nivel de área. Resulta fundamental una profundización del estudio de los determinantes sociales de la no adherencia al tratamiento con el fin de identificar los factores contextuales e individuales que intervienen en esta problemática.

ASOCIACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y LA FRECUENCIA DE DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) POSITIVO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

L. Pampa Espinoza, L. Concepción Urteaga y C. Alva Díaz

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. Hospital Regional Docente Trujillo. Perú. Instituto Nacional de Salud. Perú.

Introducción: La tuberculosis (TB) es un grave problema de salud pública que afecta también a trabajadores de salud y estudiantes de medicina. En años anteriores la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo no ha sido ajena a esta problemática, herramientas como el test de PPD que ayuden a diagnosticar la enfermedad en etapas latentes ayudaría a disminuir el número de casos activos teniendo énfasis en un adecuado cuidado en su salud y bioseguridad. El objetivo del trabajo fue determinar la asociación entre la condición de exposición a pacientes hospitalizados y la positividad del resultado del test de PPD.

Material y métodos: Estudio analítico y transversal. Se realizó un estudio aleatorizado a 138 estudiantes de medicina UNT entre expuestos y no expuestos a pacientes hospitalizados, también se les aplicó una encuesta y se revisaron las historias clínicas de Bienestar Universitario para recoger información relevante para este estudio. Para el análisis estadístico se usó el software SPSS y el contraste de hipótesis mediante la prueba χ^2 (χ^2) y la prueba suma de rango de Wilcoxon.

Resultados: Al comparar grupos homogéneos en sexo ($p = 0,628$), IMC ($p = 0,458$) y vacunación BCG ($p = 0,325$). Se encontró una frecuencia de 3,7% (3 estudiantes) con PPD positivos en estudiantes no expuestos a pacientes hospitalizados y una frecuencia de 35% (20 estudiantes) con PPD positivos en estudiantes expuestos. Los expuestos tienen 9,47

veces el riesgo de un resultado de PPD (+) de los no expuestos. El promedio del diámetro de induración en los estudiantes no expuestos fue de 2,18 mm (DE 3,67) y en los estudiantes expuestos fue de 4,01 mm (DE 4,65). Tanto la frecuencia como las dimensiones del resultado PPD tuvieron diferencias estadísticas.

Tabla 1: Estudiantes de la carrera de Medicina Humana según exposición a pacientes hospitalizados y resultado de PPD, Universidad Nacional de Trujillo, 2013

Exposición (año de estudios)	PPD					
	Positivo		Negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con exposición (6° - 7°)	20	35,1	37	64,9	57	100
Sin exposición (1° - 2°)	3	3,7	78	96,3	81	100
Total	23	16,7	115	83,3	138	100

$p = 0,000$ (prueba exacta de Fisher) RR: 9,47 (IC95%: 2,95-30,38).

Tabla 2: Comparación de los diámetro de induración del PPD de estudiantes de la carrera de Medicina Humana según exposición a pacientes hospitalizados, Universidad Nacional de Trujillo, 2013

	Año de estudios	
	Primero-segundo (sin exposición)	Sexto-sétimo (con exposición)
Media	2,18	4,01
Desv. típica	3,67	4,65
Shapiro-Wilk	0 (no DN)*	0 (no DN)*

Prueba suma de rango de Wilcoxon $z = -4,103$ ($p = 0,000$), *DN: Distribución normal.

Conclusiones: La exposición a pacientes hospitalizados se asocia a resultados de PPD positivos. El promedio de los diámetros de induración son mayores en los estudiantes expuestos frente a los no expuestos.

MICOBACTERIAS: PERIODO 2011-2013

E. Martínez Segovia, M.J. Gallego, V. Ursino, R. Billone, S. Tanco y S.M. Otheguy

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones producidas por micobacterias requieren implementar adecuadas terapias antimicrobianas durante tiempo prolongado basados en la identificación y sensibilidad en cada caso. Es objetivo de este trabajo conocer la prevalencia y sensibilidad de las micobacterias aisladas en el laboratorio de microbiología.

Material y métodos: Durante el período enero 2011/diciembre 2013 se realizaron 2.090 cultivos para micobacterias que corresponden a pacientes atendidos en nuestro hospital. Se estudiaron muestras respiratorias 1.671/2.090 (lavados broncoalveolares BAL, esputos, aspirados traqueales AT) y 419/2.090 muestras no respiratorias (ganglios, punciones y biopsias). Se realizó baciloscopia directa (ZN) de los materiales según técnica de Ziehl-Neelsen. Siguiendo las Normas del Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCTB) las muestras se sembraron en medio sólido Lowenstein Jensen y en medio líquido MGIT 960 (Becton Dickinson) con lectura automatizada, previa decontaminación con 4% NaOH/NALC (N-Acetyl-L-Cysteine-Sodium) Los aislamientos recuperados fueron identificados mediante prueba de BD MGIT TBc ID (TBc Identification test) para complejo M. tuberculosis (CMT). Las pruebas de sensibilidad se realizaron a isoniácida (H) (0,1 ug/ml) y rifampicina (R) (1 ug/ml) con BACTEC MGIT 960 SIRE kit (Becton Dickinson). Los aislamientos positivos corresponden a una cepa/paciente. Los analizados con resultados negativos para CMT o para estudio de sensibilidad se derivaron al centro de referencia. Sólo se estudió la sensibilidad a las cepas de pacientes con antecedentes de tratamiento previo, contacto de pacientes con aislamientos multirresistentes, con ZN positiva al finalizar segundo mes de tratamiento.

Resultados: Se aislaron 363/2.090 micobacterias de muestras cultivadas con la siguiente distribución 348/363 CMT, 9/363 complejo M.

avium intracellulare (MAC), 2/363 M. fortuitum (MF) 1/363 grupo IV y 3/363 no tipificadas. Baciloscopias positivas (+) y cultivos+: 247/2.090, baciloscopia negativa y cultivo positivo: 116/2.090, baciloscopia + y cultivo negativo 14/2.090. La prevalencia de CMT 95,9%, MAC 2,5%. Las cepas MF se aislaron de material ganglionar y BAL, cepa grupo IV se aisló de BAL, cepa MAC 7/9 corresponden a esputos, 1/9 a BAL, 1/9 a AT. El 87% (57/65) de las cepas de CMT estudiadas mostraron sensibilidad a H y R, 2/65 cepas resistencia a H, 1/65, resistencia a R y 4/65 resistencia a H-R. Todas las cepas MAC y MF fueron sensibles a claritromicina (CL) y ciprofloxacina, grupo IV resistente a CL.

Conclusiones: Dada la variedad de los resultados destacamos que realizar la correcta identificación microbiana y conocer su patrón de sensibilidad en cada aislamiento permite el tratamiento farmacológico adecuado. En nuestro hospital se observa una baja resistencia de CMT a H y R.

DIAGNÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BOGOTÁ, COLOMBIA, PERIODO 2008-2012

L.F. Jurado, D.M. Palacios y A.M. Baldián

Departamento de Patología y Laboratorios. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Colombia. Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana de transmisión aérea que causa alrededor de 2 millones de muertes al año en el mundo, la mayoría entre personas de países con bajos recursos económicos. El riesgo de progresión a enfermedad activa depende de factores endógenos y exógenos, como la infección por VIH, diabetes, envejecimiento, uso de medicamentos inmunosupresores, desnutrición, alcoholismo, tabaquismo, ser trabajador de la salud y en general la pobreza. El diagnóstico oportuno de la TB pulmonar condiciona el pronóstico del enfermo y constituye uno de los pilares del control de la transmisión, entonces, la sospecha de la enfermedad y su evaluación clínica adecuada, aunadas al uso de técnicas con buen rendimiento diagnóstico son de suma importancia. Describiremos las características de diagnóstico y los factores de riesgo entre los pacientes incluidos en el estudio.

Material y métodos: Se adelantó un estudio retrospectivo y descriptivo de las características de casos nuevos de tuberculosis pulmonar diagnosticada mediante cultivo y pruebas moleculares en un hospital universitario en Bogotá, Colombia, durante un periodo de 5 años. La información se tomó del sistema de historias clínicas del hospital y de las bases de datos del Departamento de Patología y Laboratorios.

Resultados: Se obtuvo la información completa para 62 casos; la edad promedio global fue de 56 años con un rango entre 19 y 93 años; 44% fueron mujeres y 56% hombres; 79% presentó tos pero solo el 40% fue sintomático respiratorio; 11% era trabajador al cuidado de la salud; 15% padecía EPOC, 13%, diabetes mellitus tipo II, 5% VIH/SIDA, 39% tabaquismo, 10% alcoholismo, 31% recibían tratamiento inmunosupresor, solo 6% presentó baciloscopia positiva, 5% fue TB - MDR y 3% falleció; el tiempo promedio de positividad del cultivo fue de 49 días para el medio sólido y 15 para el medio líquido; la histopatología hizo el diagnóstico en el 89% de los casos evaluados. Un caso fue causado por *Mycobacterium bovis*.

Conclusiones: El envejecimiento, el tabaquismo, el alcoholismo, la diabetes mellitus, el tratamiento inmunosupresor y el ser trabajador de la salud, fueron importantes factores de riesgo entre nuestros pacientes. La baciloscopia de esputo no fue útil para el diagnóstico de la enfermedad, la histopatología y las pruebas moleculares fueron de gran utilidad para el diagnóstico rápido de la TB pulmonar. Un bajo porcentaje de los enfermos eran sintomáticos respiratorios, el porcentaje de resistencia a medicamentos fue similar al previamente informado en Colombia.

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR EM HOSPITAL DO RIO DE JANEIRO - BRASIL

C. Rodrigues, B. Gonçalves, L. Cavalini, R. Lemos, L. Buchman, M. Monteiro, L. Magalhães, E. Belmar, D. Quintanilha e S. Marinho

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro. Brasil.

Introdução: A tuberculose (TB) vem aumentando nos hospitais do Brasil. Ocorrem 70 mil casos novos e 4.600 mortes pela doença no país. A unidade onde foi realizada esta pesquisa é hospital geral de alta complexidade e referência regional; situa-se no Estado do Rio de Janeiro, local com 2 vezes a prevalência nacional. São diagnosticadas uma média de 96 casos/ano com 65,5% de forma pulmonar e em 34,5% extrapulmonares exclusivas, contra 15%, esperado para a população em geral. Comorbidades estavam presentes em 38,5% dos pacientes, sendo 17% SIDA e 3% diabetes. O objetivo do presente estudo é analisar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose extrapulmonar no período de 2000 a 2013.

Material e métodos: O estudo seguiu um delineamento longitudinal de pacientes atendidos no hospital onde foi realizado o diagnóstico. Foram incluídos pacientes de emergência, ambulatorios e enfermarias no período de 2000 a 2013. A análise dos dados foi feita utilizando o Programa SPSS Versão 17 para Windows. As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, forma clínica de apresentação e letalidade.

Resultados: Dos 537 casos estudados 63% eram do sexo masculino, apresentando uma média global de 38,5 anos. A faixa etária de 20 a 39 anos concentrou o maior número de casos, representando 37% (199) dos pacientes com TB extrapulmonar. Os menores de 13 anos e maiores de 70 anos representaram menor número de casos, com 4,4% (24) e 4,2% (23) respectivamente. As formas clínicas prevalentes foram: pleural 36,31% (195), ganglionar 19,55% (105), miliar ou disseminada 4,6% (25), meníngea 3,5% (19). As demais apresentaram individualmente frequência menor que 4,0%, porém somadas chegam a 36,04%. Do total de pacientes incluídos, 46 evoluíram para óbito (8,5%). A forma miliar foi a responsável pelo maior número dos óbitos, representando 39,1% (18/46) e seguida pela forma meníngea que apresentou 19,5% (9/46). Dos casos analisados 41,3% (222/537) apresentavam doenças associadas, sendo em 24% a SIDA. Quanto à forma meníngea 57,8% (11/19) foram relacionados com alguma comorbidade, dos quais 72,7% (8/11) faleceram. Nos casos sem doenças associadas 12% (1/8) evoluíram para óbito.

Conclusões: O grande número de casos de TB extrapulmonar (537) e o perfil epidemiológico da doença em ambiente hospitalar (34,5% extrapulmonar) ratifica sua importância como possibilidade diagnóstica entre as diversas patologias atendidas em unidades de alta complexidade, sendo a AIDS a principal comorbidade relacionada. A diversidade de manifestações clínicas, associadas ou não a forma pulmonar, permanece como um desafio aos profissionais da saúde.

REGRAS DE PREDIÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM HOSPITAIS GERAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA

B. Gonçalves, S.R.L. Passo, C.A.F. Andrade, M.A.B. Santos, M.F.M. Martins e F.C.Q. Mello

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica. Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil.

Introdução: A tuberculose pulmonar (TBP) é um problema de saúde pública no mundo. Sua frequência vem aumentando nos hospitais devido à associação com comorbidades, em especial à Aids. Regras de Predição Clínica (RPC) podem ser úteis no reconhecimento do risco

de TBP, e contribuir para otimização das medidas de controle da transmissão nosocomial.

Material e métodos: Revisão sistemática das RPC para TBP em hospitais gerais, com pesquisa nas bases: PubMed, Scopus, Web of Knowledge, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Embase, sem restrição de idioma e período. Foram incluídos estudos com pacientes maiores de 15 anos hospitalizados em unidades não específicas de TBP, com definição de RPC utilizando como padrão de referência a cultura positiva do escarro.

Resultados: Encontramos 323 resumos, dos quais foram selecionados 36 artigos e incluídos 11. Houve variação dos preditores clínicos elencados, mas todas RPC incluíram estudos radiológicos do tórax. Sintomas clássicos da PTB, como tosse e produção de expectoração, não mostraram ser bons preditores no ambiente hospitalar. Sintomas como febre e perda de peso foram incluídos na maioria das RPC. A precisão das diferentes RPC foi alta com área sob a curva característica do receptor (ROC) variando de 0,79 a 0,91. Entre elas, apenas duas RPC foram validadas em cenários com populações diferentes daquelas de onde foram derivadas.

Conclusões: A identificação precoce de pacientes internados com PTB é a principal medida para o controle da transmissão da doença. Não há ainda uma RPC para uso em hospitais gerais. Validações das RPC, em diferentes configurações das derivações, são necessárias para maximizar a generalização.

INFECCIÓN TUBERCULOSA EN 5.242 CONTACTOS DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

V. Romero, E. Agreda, K. Aguilar, M. Martínez, M. Mayta, C. Díaz, L. López y R. Accinelli

Laboratorio de Respiración. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Introducción: La infección tuberculosa se presenta cuando se tiene contacto con un enfermo y el riesgo es mayor entre los que viven con él.

Objetivos: Establecer la asociación que existe entre las características demográficas de los contactos de pacientes con tuberculosis (TB) y la infección tuberculosa.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Ingresaron al estudio 5.242 de los 12.677 contactos de pacientes del Programa de Control de TB del Hospital Nacional Cayetano Heredia. A 5156 contactos se les aplicó la prueba de tuberculina (PPD) cuando el caso índice (CI) fue diagnosticado de TB, mientras que a 86 contactos dos meses después del diagnóstico del CI. Se consideró que un contacto había hecho infección tuberculosa si su PPD fue positivo (≥ 10 mm) o hubo viraje del mismo (5 mm mayor al control previo). En el análisis estadístico las variables categóricas se presentan como frecuencias y para establecer la asociación entre infección TB y edad, enfermedad TB y demás características de los contactos, se empleó la prueba de chi cuadrado, siendo significativo una $p < 0,05$.

Resultados: De los 5.242 contactos a quienes se les aplicó el PPD, fue positivo en 2.399 (45,8%). A 349 (12,3%) contactos que tenían PPD negativo se les puso un segundo PPD, siendo 118 los viradores (33,8%). Teniendo en total 2.517 contactos con infección tuberculosa, se observó que la frecuencia de infección TB se incrementaba con la edad hasta los 25 años (27,6% en 5 años, 38,9% de 5 a 10, 51,3% de 10 a 15, 55,2% de 15 a 20, 55,4% de 20 a 25, 63,2% de 25 a 30, 62,2% en ≥ 30 años) ($p < 0,0001$). En el grupo con infección TB hubo un mayor porcentaje de enfermos TB (5% vs 1,9%, $p < 0,0001$). Recibieron quimioprofilaxis 1.644 (65,5%) infectados, haciendo menos enfermedad con respecto a

quienes no la recibieron (3% vs 8,8%, $p < 0,0001$). Los sintomáticos respiratorios (SR) fueron más entre los infectados (13,3% vs 5,7%, $p < 0,0001$). Asimismo, los casos de TB fueron más entre los SR, sean (14,3% vs 3,6%, $p < 0,0001$) o no infectados (11,7% vs 1,3%, $p < 0,0001$). No se encontró asociación entre PPD positivo y antecedente de vacuna BCG (50,6% vs 56,4%, $p = 0,060$).

Conclusiones: Entre los contactos de casos TB el 45,8% tuvo infección tuberculosa, la que se asoció a un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. El tener infección TB se asoció con la edad, alcanzado esta población una meseta por encima de los 25 años donde un poco más del 60% fue PPD positivo. La presencia de BCG no se asoció a tener una prueba de PPD positiva.

EL PROBLEMA DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS AFECTADAS

A. Greco, M.B. Herrero y A. Carbonetti

CIECS-Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. Córdoba. Argentina.

Introducción: La tuberculosis es curable y prevenible, sin embargo continúa siendo un grave problema de salud pública, en especial en las poblaciones socialmente más vulnerables. La principal medida de control consiste en la detección precoz y el tratamiento completo de los casos, siendo entonces la no adherencia al tratamiento un importante obstáculo para frenar la propagación de la enfermedad, evitar el desarrollo de resistencia a los medicamentos y reducir los índices de morbi-mortalidad. El presente estudio se propone por lo tanto analizar los aspectos socio-culturales y las características de la atención involucrados en la problemática de la no adherencia, desde la perspectiva de los pacientes residentes en áreas geográficas seleccionadas de la Argentina.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo de tipo exploratorio, en base a una muestra (cuyo tamaño se ha determinado en base al criterio de saturación teórica) conformada por pacientes adultos que completaron el tratamiento (adherentes) y pacientes que lo abandonaron (no adherentes), diagnosticados con tuberculosis pulmonar y residentes en las provincias de Buenos Aires, Jujuy, Salta, Formosa, Chaco, Corrientes y Santa Fe. Para la recolección de datos se han administrado entrevistas semi-estructuradas, orientadas a explorar los significados, las creencias y los aspectos emocionales involucrados en las experiencias de las personas afectadas en relación con el diagnóstico de la enfermedad y la trayectoria recorrida para poder finalizar, o no, los tratamientos. Para el análisis de los datos se ha empleado el software ATLAS.Ti.

Resultados: Se ha observado que en la no adherencia al tratamiento convergen múltiples dimensiones relativas a las condiciones de vida de los pacientes (constituyéndose en barreras geográficas y/o económicas de acceso), pero también a la singular manera en que los pacientes experimentan la enfermedad, en un proceso de construcción cultural en el que es posible reconocer la impronta social del estigma y la discriminación, la participación de creencias populares y, en definitiva, la manera en que interactúan con dichos factores los modelos de atención y la organización de los servicios de salud.

Conclusiones: Los resultados obtenidos contribuyen a ofrecer una nueva perspectiva en el análisis de la problemática de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis, profundizando aspectos hasta ahora poco explorados, y aportando elementos para un abordaje más integral e inclusivo de esta enfermedad que contemple también, más allá de lo específicamente médico-terapéutico, los aspectos psicosociales (intra e intersubjetivos), socio-culturales y socio-económicos implicados.

ASOCIACIÓN ENTRE PARENTESCO Y ENFERMEDAD TUBERCULOSA ENTRE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS

E. Agreda, K. Aguilar, M. Martínez, M. Mayta, V. Romero, C. Díaz, L. López y R. Accinelli

Laboratorio de Respiración. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Introducción: El desarrollo de enfermedad tuberculosa está condicionado por factores propios del patógeno, genéticos del huésped y ambientales.

Objetivos: Determinar la relación que existe entre parentesco y enfermedad tuberculosa en los contactos de pacientes con tuberculosis (TB).

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se consideró a los contactos de los pacientes con tuberculosis que recibieron tratamiento en el período 1977-2011. Se clasificó a los contactos según el parentesco. Además se les dividió en grupos según el porcentaje genético compartido: hermanos hasta un 100%, padres e hijos hasta un 50%, abuelos, nietos, tíos y sobrinos hasta un 25%, primos, bisabuelos y bisnietos hasta un 12,5%, y en los que no eran familiares 0%. Para medir la asociación entre parentesco y TB se empleó la prueba de chi cuadrado y para medir la asociación entre el tamaño del PPD y parentesco se empleó la prueba U-Mann Whitney. Se aplicó regresión logística para determinar los factores asociados con desarrollo de TB.

Resultados: Se incluyó en el estudio 12.411 contactos, siendo en su mayoría familiares consanguíneos, hermanos (29,1%) e hijos (16,8%). De estos contactos hicieron enfermedad TB 514, 49% fueron hermanos, 18,3% hijos y 13% madre/padre ($p < 0,0001$). Asimismo, se encontró que los contactos con enfermedad TB tenían mayor proximidad genética con el caso índice (49%, 31,3%, 10,1%, 1,8% y 7,8% correspondieron a 100%, 50%, 25%, 12,5% y 0% de porcentaje genético respectivamente, $p < 0,0001$). El PPD positivo fue más frecuente entre hermanos (29,4%), hijos (23,4%) y madre/padre (11,8%) ($p < 0,0001$). Se encontró relación entre el valor promedio del PPD y la filiación de parentesco como hermano (10,2 vs 8,4, $p < 0,0001$), madre/padre (13,8 vs 8,5, $p < 0,0001$). En el análisis multivariado hermanos (OR: 2,96, IC95%: 2,30-3,80), hijos OR: 1,90, IC95%: 1,41-2,56) y madre/padre (OR: 1,44, IC95%: 1,04-2,00) se asociaron significativamente con enfermedad tuberculosa.

Conclusiones: Los hermanos, hijos, madre o padre de los pacientes con TB tuvieron una probabilidad mayor de hacer enfermedad TB. A mayor proximidad genética de los contactos con el caso índice mayor porcentaje entre ellos tanto de TB infección como TB enfermedad.

PROTECCIÓN DE LA VACUNA BCG ENTRE LOS CONTACTOS DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, LIMA, PERÚ

M. Mayta, V. Romero, E. Agreda, K. Aguilar, M. Martínez, C. Díaz, L. López y R. Accinelli

Laboratorio de Respiración. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Introducción: Se ha encontrado que la vacuna BCG protege para el desarrollo de formas meníngeas y diseminadas de la tuberculosis (TB), pero la protección para TB pulmonar es controversial, por lo cual decidimos hacer este estudio.

Objetivos: Determinar el efecto protector de la vacuna BCG según tipo de TB y características demográficas.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se revisó las fichas de tratamiento de pacientes con TB del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo 1977-2011 donde se consignaba la información

sobre sus contactos. La población estuvo conformada por aquellos contactos que tenían el dato de colocación de vacuna BCG. Se determina frecuencias de las características de la población y se determina el efecto protector mediante la fórmula: $EP = (1-OR) \times 100\%$.

Resultados: Se incluyó 4.696 contactos de los cuales 4.052 (86,3%) tenía vacuna BCG. La frecuencia de enfermedad tuberculosa fue menor entre los que tenían vacuna BCG con respecto a los que no tenían (4% vs 6,5%, $p = 0,003$) siendo el efecto protector de 40,7% (OR: 0,593, IC95%: 0,418-0,842). No se encontró diferencia entre vacuna BCG y tipo de TB ($p = 0,643$). La mediana de la edad entre los contactos fue 22 años. Al considerar una edad menor o igual a 22 años se encontró que los contactos con vacuna BCG hicieron menos enfermedad TB que aquellos sin vacuna (4,0% vs 10,7%, $p < 0,0001$). Sin embargo, al considerar una edad mayor a 22 años no se encuentra ninguna diferencia (4,0% vs 4,1%, $p = 0,906$). El efecto protector para los vacunados con BCG y edad menor o igual a 22 años fue de 65,3% (OR: 0,347, IC95%: 0,217-0,554), mientras que para los mayores de 22 años fue 3,3% (OR: 0,967, IC95%: 0,558-1,676).

Conclusiones: La vacunación con BCG tuvo un efecto protector del 40,7% entre los contactos de los pacientes del Programa de Control de la Tuberculosis. El efecto protector fue mayor en los menores de 22 años en que fue del 65,3%.

ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN CONTACTOS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

M. Martínez, M. Mayta, V. Romero, E. Agreda, K. Aguilar, C. Díaz, L. López y R. Accinelli

Laboratorio de Respiración. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Introducción: Los contactos de los pacientes con tuberculosis (TB) tienen mayor riesgo de hacer enfermedad tuberculosa.

Objetivos: Determinar las características de los contactos de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCTB) del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) que hicieron TB.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los contactos de pacientes del PCTB desde 1977 a 2011. Se consideró que un contacto había hecho enfermedad tuberculosa si la información estaba registrada en la tarjeta del caso índice (CI) o aparecía como enfermo en el registro del PCTB meses o años después. Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables. Se empleó la prueba de Chi cuadrado para determinar asociación entre los casos de TB pulmonar con BK positivo y los años del PCT, y entre recaídas con baciloscopia, se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Hubo 12.677 contactos de 2.429 pacientes del PCTB. El 52,5% fueron mujeres. La edad promedio fue de $26,18 \pm 19,00$ años. 183 (1,4%) tuvieron TB antes del caso índice y 520 (4,1%) después. De este último grupo 447 (91,4%) hicieron TB pulmonar, 33 (6,8%) extrapulmonar y 9 (1,8%) ambos tipos. La pleural (51,5%) y la ganglionar (24,2%) fueron las formas más frecuentes de TB extrapulmonar. La mediana del tiempo de diagnóstico fue de 13,13 meses de diagnosticado el CI. Hubo 133 casos (28%) a quienes se les diagnosticó la enfermedad TB dentro de los primeros 2 meses de diagnóstico del CI, 42 (8,8%) entre el 2º y 5º mes, 49 (10,3%) entre el 6º y 11º mes, 45 (9,5%) entre el 12º y 23º mes, 52 (10,9%) entre el 24º y 47º mes, y 154 (32,4%) luego de 4 años. El porcentaje de casos con solo TB pulmonar y BK positivo disminuyó al aumentar el número de años del PCTB pues fue 97,4% en el 1º quinquenio, 84% en el 2º, 78,1% en el 3º, 72% en el 4º, 54,4% en el 5º, 54,1% en el 6º y 43,8% en el 7º ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El 4,1% de los contactos hizo enfermedad tuberculosa, presentándose el 50% de ellos en los 13,13 meses de diagnosticado el caso índice. En los 35 años evaluados se encontró que las formas pul-

monares con esputo positivo fueron disminuyendo llegando a ser en el último quinquenio menos de la mitad del porcentaje del primer quinquenio.

EFFECTO PROTECTOR DE LA QUIMIOPROFILAXIS EN CONTACTOS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DESDE 1977 A 2011

K. Aguilar, M. Martínez, M. Mayta, V. Romero, E. Agreda, C. Díaz, L. López y R. Accinelli

Laboratorio de Respiración. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Introducción: La prevención secundaria de la enfermedad tuberculosa con la administración de quimioprofilaxis (QP) con isoniacida es el tercer elemento de un Programa de Control de la Tuberculosis (PCTB). El objetivo de este estudio fue determinar su efecto protector en un estudio operacional entre los contactos de los pacientes del PCTB del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

Material y métodos: Estudio transversal, que incluyó a todos los contactos de pacientes con TB que recibieron tratamiento en el PCTB del HNCH desde 1977 hasta 2011. Se consideró que un contacto había tomado QP si éste estaba consignado en la ficha de tratamiento del caso índice. El efecto protector (EP) de la QP se determinó empleando la fórmula $(1-OR) \times 100\%$. La asociación entre variables se determinó mediante la prueba de chi cuadrado, un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó en el estudio 12.638 contactos que tenían registrado el dato sobre QP, 26,2% (3.305) tomaron isoniacida y 73,8% (9.333) no. El porcentaje de enfermedad tuberculosa fue menor entre los que recibieron isoniacida (2,4% vs 4,7%, $p < 0,0001$) obteniendo un EP 50,3% (OR: 0,497, IC95%: 0,390-0,634). Al considerar sólo a los contactos que habían recibido vacuna de BCG, los que tomaron isoniacida hicieron menos tuberculosis (2,3% vs 5,3%, $p < 0,0001$) siendo el EP 57% (OR: 0,430, IC95%: 0,301-0,613). Al considerar sólo a los contactos con infección tuberculosa, los que tomaron isoniacida hicieron menos tuberculosis (3% vs 8,8%, $p < 0,0001$) siendo el EP 68% (OR: 0,320, IC95%: 0,221-0,462). Asimismo, cuando se consideró sólo a los contactos infectados que habían recibido vacuna BCG aquéllos que tomaron isoniacida de este grupo hicieron menos tuberculosis (2,8% vs 9,6%, $p < 0,0001$) siendo el EP 72,8% (OR: 0,272, IC95%: 0,160-0,461).

Conclusiones: En condiciones operacionales de Programa de Control de la Tuberculosis el efecto protector de la quimioprofilaxis con isoniacida fue 50,3%, que se incrementó a 57% cuando se midió en los vacunados con BCG. La protección fue mayor cuando se consideró únicamente a los contactos con infección TB 68%, y en este grupo aumentó más cuando se consideró al grupo que había recibido BCG: 72,8%.

TUBERCULOSIS Y CÁNCER EN UN INSTITUTO ONCOLÓGICO DE PERÚ

K.I. Gutarra-Chuquin, F.K. Llanos-Tejada, C. Saavedra-Ramírez, L. Tay-Liyuan, D.D. Espinoza-Gutarra y M.R. Espinoza-Gutarra

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN. Lima. Perú.

Introducción: El cáncer y la tuberculosis son grandes problemas de salud pública que causan una significativa morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Su coexistencia causa un dilema diagnóstico debido a las similitudes en la presentación que conducen a un retraso en el diagnóstico y la instauración del tratamiento adecuado. El objetivo

de este estudio es presentar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en una institución monográfica de cáncer en el Perú.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes con cáncer registrado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, un instituto oncológico referencial ubicado en Lima, Perú, de enero de 2006 a diciembre de 2013, identificando los casos con tuberculosis con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados: Durante los ocho años del periodo un total de 80.901 pacientes con cáncer fueron atendidos, de los cuales 130 pacientes tuvieron un diagnóstico de tuberculosis confirmado con cultivo (frecuencia del 160,7 casos por 100.000 pacientes con cáncer atendidos); 48 (37%) pacientes correspondían a neoplasias hematológicas asociadas a tuberculosis y 82 (63%) a neoplasias sólidas; de éstos, las neoplasias hematológicas constituyen el 37% del total de casos, observándose en este grupo la máxima frecuencia de tuberculosis que fue del 506,4 por 100.000 pacientes. Los linfomas y leucemias fueron las neoplasias hematológicas más frecuentemente asociadas con tuberculosis: el linfoma no Hodgkin es la más frecuente de las neoplasias hematológicas 21 (43,75%) seguido de la leucemia linfática aguda 11 (22,9%). En los pacientes con cánceres en órgano sólido los más frecuentemente asociados a tuberculosis fueron: cabeza y cuello 18 (22%), cérvix 13 (16%) y mama 8 (10%) pacientes.

Conclusiones: Se muestra una mayor incidencia de tuberculosis en pacientes con neoplasias hematológicas, los linfomas (especialmente el linfoma no Hodgkin) y leucemias fueron las neoplasias hematológicas más frecuentemente asociadas. Los cánceres de cabeza y cuello, son las neoplasias sólidas más frecuentemente relacionadas con tuberculosis.

PERFIL DE RESISTENCIA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS A LOS ANTIMICROBIANOS EN LA REGIÓN LA LIBERTAD-PERÚ, 2005-2013

L.A. Rodríguez Hidalgo¹, V. Fernández Gómez² y C. Chimoy Tuñoque³

¹Centro de Excelencia para el manejo de la Tuberculosis. Hospital Regional Docente de Trujillo. Perú. ²Hospital Belén de Trujillo. Perú. ³Área Micobacterias del Laboratorio Referencial de Salud Pública GERESA. La Libertad. Perú.

Introducción: La Libertad se encuentra entre las tres primeras ciudades a nivel nacional con casos de tuberculosis resistentes, después de Lima y Callao. El objetivo de presente estudio es el conocimiento de la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a los antimicrobianos en la región La Libertad, para entender su actual magnitud y generar directivas acordes con su realidad epidemiológica.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Se revisaron resultados de pruebas de sensibilidad a fármacos de primera línea y segunda línea de pacientes con tuberculosis pulmonar; los datos fueron obtenidos de los registros del Laboratorio Referencial de Salud Pública de La Libertad, del periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2013. De éstos datos se determinaron las medidas de frecuencia absoluta y relativa así como los porcentajes utilizando el programa IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Se obtuvieron datos de 2.945 pruebas de sensibilidad a fármacos de primera línea y de 1.313 pruebas de sensibilidad a fármacos de segunda línea de pacientes con tuberculosis pulmonar. Los fármacos antituberculosos de primera línea, isoniacida (26,85%), estreptomycin (21,1%) y rifampicina (15,6%) mostraron altos valores de resistencia; los fármacos de segunda línea, etionamida (7,7%), kanamicina (2,9%) y capreomicina (1,8%) mostraron los mayores valores relativos de resistencia.

Tabla 1. Perfil de resistencia de Mycobacterium tuberculosis a los antimicrobianos de primera línea en la región la libertad- Perú 2005-2013

Año	Isoniacida		Estreptomina		Etambutol		Rifampicina		Pirazinamida		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2005	52	28,4%	58	31,7%	15	8,2%	46	25,1%	23	12,6%	183
2006	65	25,8%	62	24,6%	21	8,3%	44	17,5%	22	8,7%	252
2007	72	22,0%	57	17,4%	14	4,3%	73	22,3%	27	8,2%	225
2008	84	20,6%	66	16,2%	19	4,7%	70	17,2%	22	5,4%	407
2009	53	16,2%	50	15,2%	15	4,6%	26	7,9%	13	4,0%	328
2010	83	15,9%	78	15,0%	30	5,8%	52	10,0%	24	4,6%	521
2011	83	19,0%	75	17,2%	24	5,5%	43	9,8%	21	4,8%	437
2012	145	37,3%	85	21,9%	35	9,0%	56	14,4%	27	6,9%	389
2013	113	55,7%	63	31,0%	15	7,4%	32	15,8%	0	0,0%	203
Promedio		26,8%		21,1%		6,4%		15,6%		6,1%	2,945

Tabla 2. Perfil de resistencia de Mycobacterium tuberculosis a los antimicrobianos de segunda línea en la Región La Libertad- Perú 2005-2013

Año	Etionamida		Capreomicina		Cicloserina		Kanamicina		Ác. Paraminosalicílico (PAS)		Ciprofloxacino		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2005	6	10,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	55
2006	5	8,8%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,5%	1	1,8%	57
2007	8	6,3%	2	1,6%	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	2	1,6%	128
2008	6	9,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	67
2009	6	11,8%	4	7,8%	1	2,0%	4	7,8%	2	3,9%	0	0,0%	51
2010	9	5,6%	4	2,5%	0	0,0%	7	4,3%	1	0,6%	6	3,7%	161
2011	11	6,0%	3	1,6%	0	0,0%	4	2,2%	1	0,5%	2	1,1%	183
2012	21	5,4%	6	1,5%	0	0,0%	7	1,8%	1	0,3%	3	0,8%	391
2013	13	5,9%	2	0,9%	0	0,0%	8	3,6%	0	0,0%	3	1,4%	220
Promedio		7,7%		1,8%		0,4%		2,9%		1,2%		1,1%	1313

Conclusiones: Este estudio mostró un porcentaje significativo de casos de tuberculosis resistente entre los años 2005 y 2013 en la Región La Libertad. Es una alerta sobre la obligación de extremar el control de la quimioterapia que reciben los pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE TUBERCULOSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITAL SANTA CLARA DE BOGOTÁ

G. Ortiz, C. Dueñas, M. Garay, J. Ordoñez y G. Díaz

Hospital Santa Clara. Bogotá D.C. Colombia.

Introducción: La tuberculosis es considerada un problema de salud pública, solo entre 1 al 3% de los pacientes con tuberculosis requieren ingreso a la unidad de cuidado intensivo. Son pocos los estudios donde se describe la epidemiología de la tuberculosis en la unidad de cuidado intensivo, por lo cual nuestro objetivo fue realizar una caracterización epidemiológica de esta patología.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, descriptivo retrospectivo de corte transversal (2005-2012) de todos los casos de tuberculosis con diagnóstico microbiológico confirmado que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Santa Clara de Bogotá. Se realizó la revisión manual de las historias clínicas de los pacientes adultos tomando características como sexo, edad, tiempo de hospitalización, antecedentes, clínica, características radiológicas, factores de riesgo, localización de la enfermedad y mortalidad. Se tuvo en cuenta la resolución 8.430 de 1993 para consideraciones éticas. Se realizó estadística descriptiva con el programa SPSS y Excel.

Resultados: De los pacientes que ingresaron con sospecha de tuberculosis en la Unidad de cuidado intensivo se comprobaron el 60%, predominó en hombres. Las manifestaciones clínicas fueron tos (52,5%), fiebre (45,9%), disnea (39,3%) y fatiga (24,6). La mayoría de los pacientes ingresaron a la unidad de cuidado intensivo por requerimiento de ventilación mecánica, shock y virus de la inmunodeficiencia adquirida. El mayor porcentaje de radiografías se leyeron como normales (32,8%), en el 27,9% consolidación y micronódulo (14,8%). La mayoría de pacientes requirió tratamiento antituberculoso (24,6%), se realizó cubrimiento para bacilos Gram negativos en el 18% y el 18%

restante recibió terapia dual. El 63,9% tenían tuberculosis pulmonar, 14,8% tuberculosis meníngea y 13,1% tuberculosis miliar. El 46% de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis fallecieron en la unidad de cuidado intensivo.

Conclusiones: Los pacientes con tuberculosis que requieren ingreso a la unidad de cuidado intensivo no se comportan igual que la tuberculosis en otros escenarios. No hay clínica específica o hallazgos radiológicos predominantes.

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

G. Ortiz, C. Dueñas, M. Garay, J. Ordoñez y G. Díaz

Hospital Santa Clara. Bogotá D.C. Colombia.

Introducción: Los pacientes con tuberculosis que requieren unidad de cuidado intensivo tiene una incidencia de 1-3%, con una mortalidad asociada a falla ventilatoria que va desde 25,9% hasta 81%. El objetivo principal del estudio fue describir los factores que predicen la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con tuberculosis que requirieron unidad de cuidado intensivo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional longitudinal retrospectivo en el hospital santa clara, Bogotá, Colombia. Se realizó una revisión documental de las historias clínicas y se evaluaron los predictores de mortalidad. El diagnóstico de la tuberculosis se basó en varios criterios. Recolectando datos demográficos, antecedentes, síntomas al ingreso, presencia de comorbilidades, tratamiento anti-tuberculoso, motivos de ingreso en la unidad de cuidado intensivo, shock séptico, duración de la estancia en la unidad de cuidado intensivo, necesidad de ventilación mecánica, paraclínicos, uso de corticoides, vasoactivos e inotrópicos y estado al egreso, los cuales fueron analizados y se tomaron aquellos con un valor de $p < 0,05$ para analizar por el método de Kaplan-Meier para analizar la supervivencia y se realizó un log rank test.

Resultados: De los 61 pacientes que requirieron cuidado intensivo con diagnóstico de tuberculosis, la mayoría de los pacientes eran hombres, con edades alrededor de los 45 años. Las características de

los pacientes fueron tos, fiebre, disnea, astenia y pérdida de peso. La disnea se presentó de forma frecuente en los pacientes que presentaron deceso. Los paraclínicos presentaron leucocitosis y anemia leve. La mayoría de los pacientes requirieron apoyo ventilatorio y shock al ingreso a la unidad. Las comorbilidades principales fueron virus de la inmunodeficiencia humana, falla renal y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se requirió vasoactivos (57,4%) e inotropia (37,7%), corticoides en el 26,2%, monoterapia (44,3%). En el análisis de Kaplan-Meier la presencia de shock al ingreso a la unidad se asoció a mayor mortalidad y fue significativamente estadística. ($p < 0,02$).

Conclusiones: La presencia de shock al ingreso en pacientes con tuberculosis que requieren cuidados intensivos se asoció con mayor la mortalidad. No se declara conflicto de interés.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ANTI-TUBERCULOSO EN EL HOSPITAL SANTA CLARA DE BOGOTÁ

C. Awad y G. Díaz

Hospital Santa Clara. Bogotá D.C. Colombia.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad con un alta prevalencia, aunque presenta una disminución en la incidencia en los últimos años. Un avance en el tratamiento y control de esta infección, se logró mediante la implementación del tratamiento acortado estrictamente supervisado. El objetivo de este estudio fue describir las caracte-

terísticas epidemiológicas de los pacientes que requirieron tratamiento anti-tuberculoso durante la hospitalización.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo de corte transversal desde 1995 hasta 2012 de los pacientes que requirieron hospitalización por tuberculosis en el Hospital Santa Clara y requirieron el inicio de tratamiento anti-tuberculoso. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes tomando el sexo, edad, baciloscopia al ingreso, método de diagnóstico, criterio de inicio de tratamiento, factores de riesgo, tipo de tuberculosis y mortalidad. Para consideraciones éticas se tomó en cuenta la resolución 8.430 de 1993. El análisis estadístico se realizó con SPSS y Excel.

Resultados: En los últimos 17 años 1.080 pacientes se trataron por tuberculosis, con predominio masculino en el 64,3%, mayor compromiso pulmonar que el extrapulmonar (68,6% vs 31,4%) y con edad entre los 15 y 60 años. Los pacientes tenían como factores de riesgo el virus de la inmunodeficiencia adquirida, diabetes y silicosis. Para iniciar el tratamiento se documentó baciloscopias positivas en 53,3%, cultivos (10,6%), biopsia (17,3%) y el 18,8% de los tratamientos se inició por sospecha clínica. El éxito en el tratamiento fue del 60,4%, fallecieron 23,7%, el 15,2% abandonaron el tratamiento y solo el 0,7% tuvieron fracaso terapéutico.

Conclusiones: Los pacientes en quien se inició tratamiento anti-tuberculoso se caracterizaron por ser hombres alrededor de los 45 años. Las principales indicaciones del inicio de tratamiento fueron la baciloscopia positiva, criterio clínico y biopsia. Los factores de riesgo fueron la infección por virus de la inmunodeficiencia adquirida, diabetes y la silicosis. La mortalidad fue igual a la descrita en la literatura.