

# TUBERCULOSIS EN PACIENTES EN PROGRAMA DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN LA PROVINCIA DE OURENSE

## EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, INFECCIÓN LATENTE VS INFECCIÓN ACTIVA

C. PÉREZ MÉLON, MJ. CAMBA CARIDE, B. MILLÁN DÍAZ, A. IGLESIAS FORNEIRO, M. BORRAJO PROL, M. CRUCIO LÓPEZ, M. HERNANSANZ PEREZ, B. FERREIRO ALVAREZ, E. IGLESIAS LAMAS, B. TEMES ALVAREZ **Servicio de Nefrología. CHUO (Ourense)**

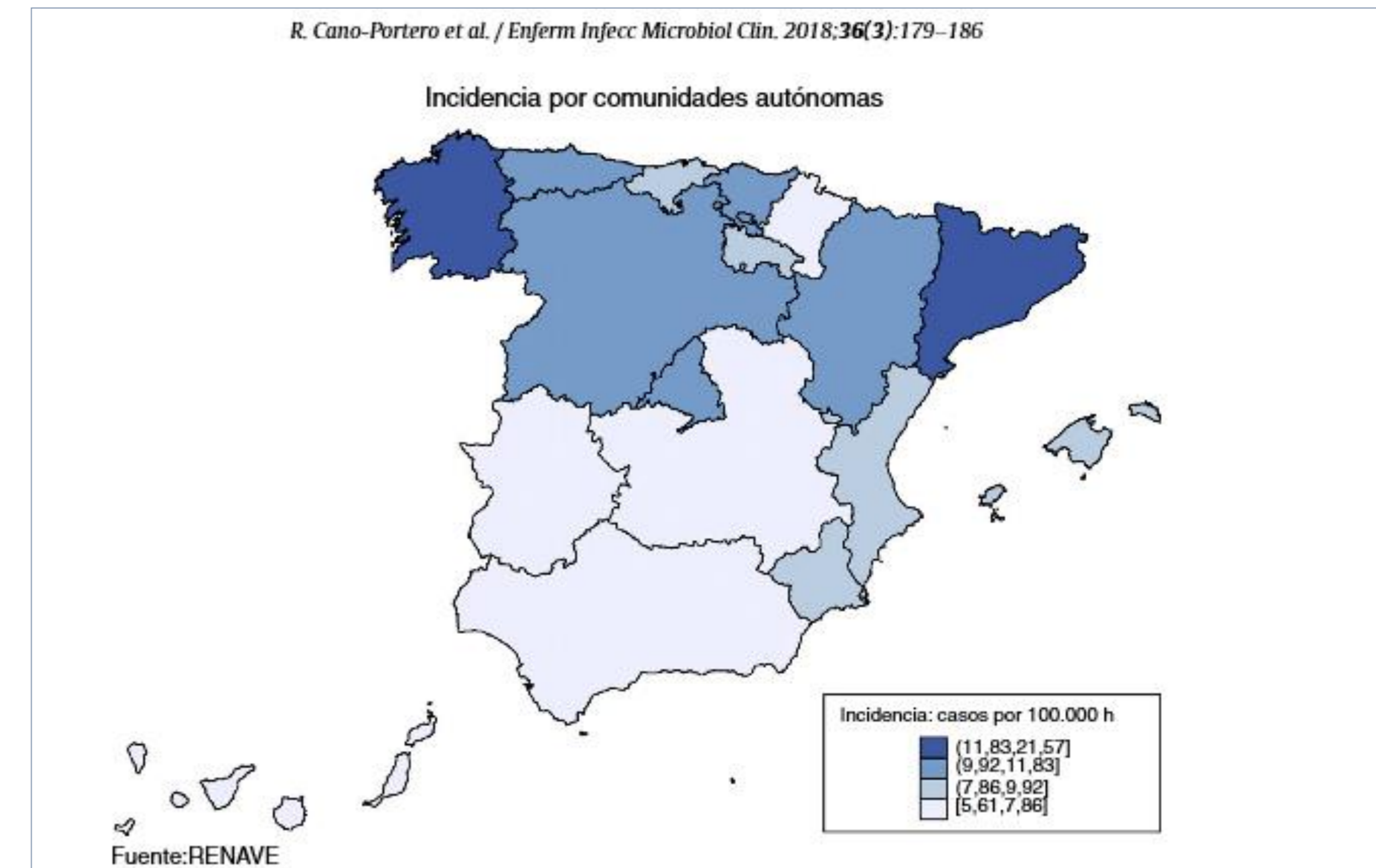
### INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, producida por *M. tuberculosis*, de transmisión aérea con importante mortalidad a nivel mundial. Desde hace varias décadas se persigue mediante Programas de Prevención y Control, (PPyC) la reducción de su incidencia y su mortalidad.

A nivel nacional hay diferencias en la incidencia de casos entre comunidades (Fig.1), con ayuda de los PPyC se ha conseguido un descenso progresivo y constante en la incidencia de TB.

Hay que mantener especial atención a los pacientes inmunocomprometidos, sin olvidarnos del déficit inmunitario celular producido por la uremia que presentan los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). La incidencia de TB en pacientes en TRS es significativamente mayor que en la población general, con mayor prevalencia de afectación extrapulmonar.

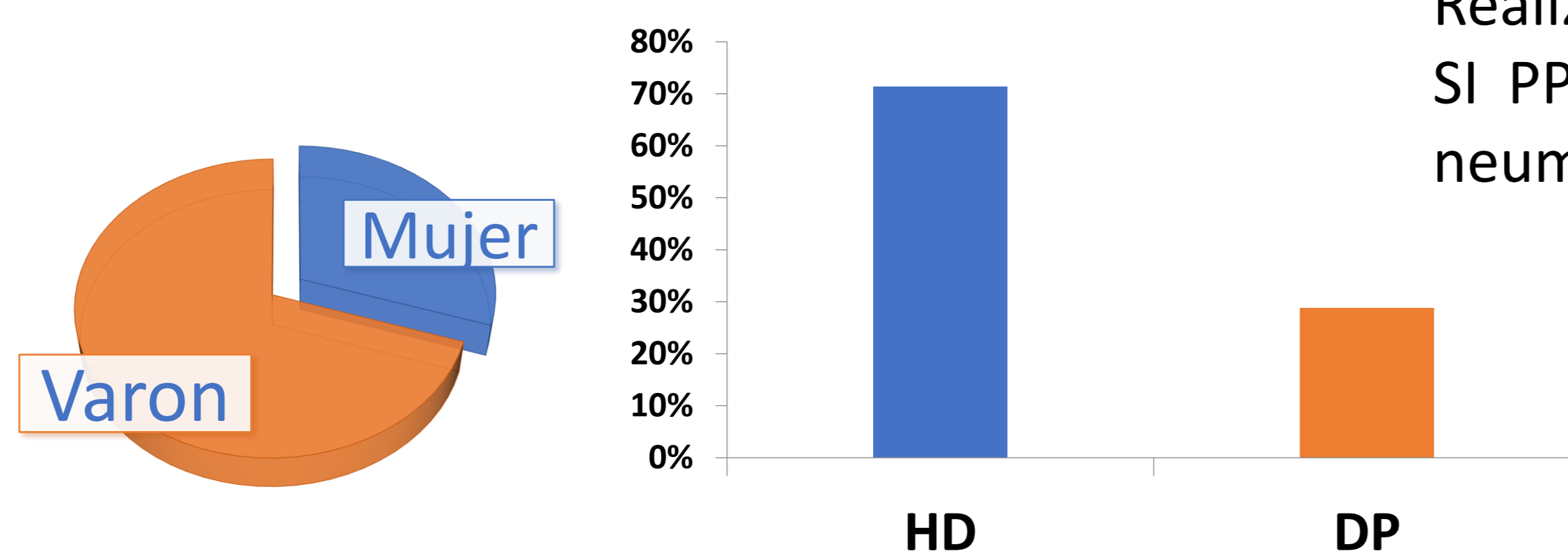
Ante la mayor prevalencia presente de TB en Galicia y la necesidad de despistaje de infección TB (latente o activa) para inclusión en lista de trasplante renal (TR); decidimos realizar un análisis de la incidencia y diagnóstico de Tuberculosis en la población en TRS en la provincia de Ourense.



### OBJETIVOS: Pretendemos valorar

1. Incidencia de infección tuberculosa latente (ITL) en pacientes en TRS
2. Necesidad de determinación IGRA, en el despistaje de la TB.
3. Necesidad de pruebas adicionales para descartar infección activa/latente en pacientes incluidos en lista de espera de Tx renal.

### RESULTADOS:



Se recoge información de 180 pacientes en TRS, de los que se descartan 3 pacientes por haber padecido TB. La patología renal de base más prevalente es la **Nefropatía Diabética (35%)**.

Las poblaciones son de características similares salvo **ciertas diferencias en edad y tiempo en TRS**, mayor ambas en HD respecto DP.

La PPD fue positiva en 13%, según técnica de diálisis fueron 19,6% y 10,5% en DP y HD respectivamente. Los pacientes PPD negativo se sometieron a IGRA, siendo positiva en el 19,2% del conjunto, siendo HD el 21,2% y 14% en DP.

Demostrando **menor sensibilidad** como prueba diagnóstica el **PPD frente al IGRA**, con peor rentabilidad en paciente en HD.

El **27,6%** de los pacientes estudiados fueron valorados por la Unidad de TB, diagnosticándose de **Infección TB latente**.

El grupo PPD - / IGRA + demostró diferencia estadísticamente significativa a mayor edad, grado de comorbilidad (IC) y peor índice de nutrición (IU).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

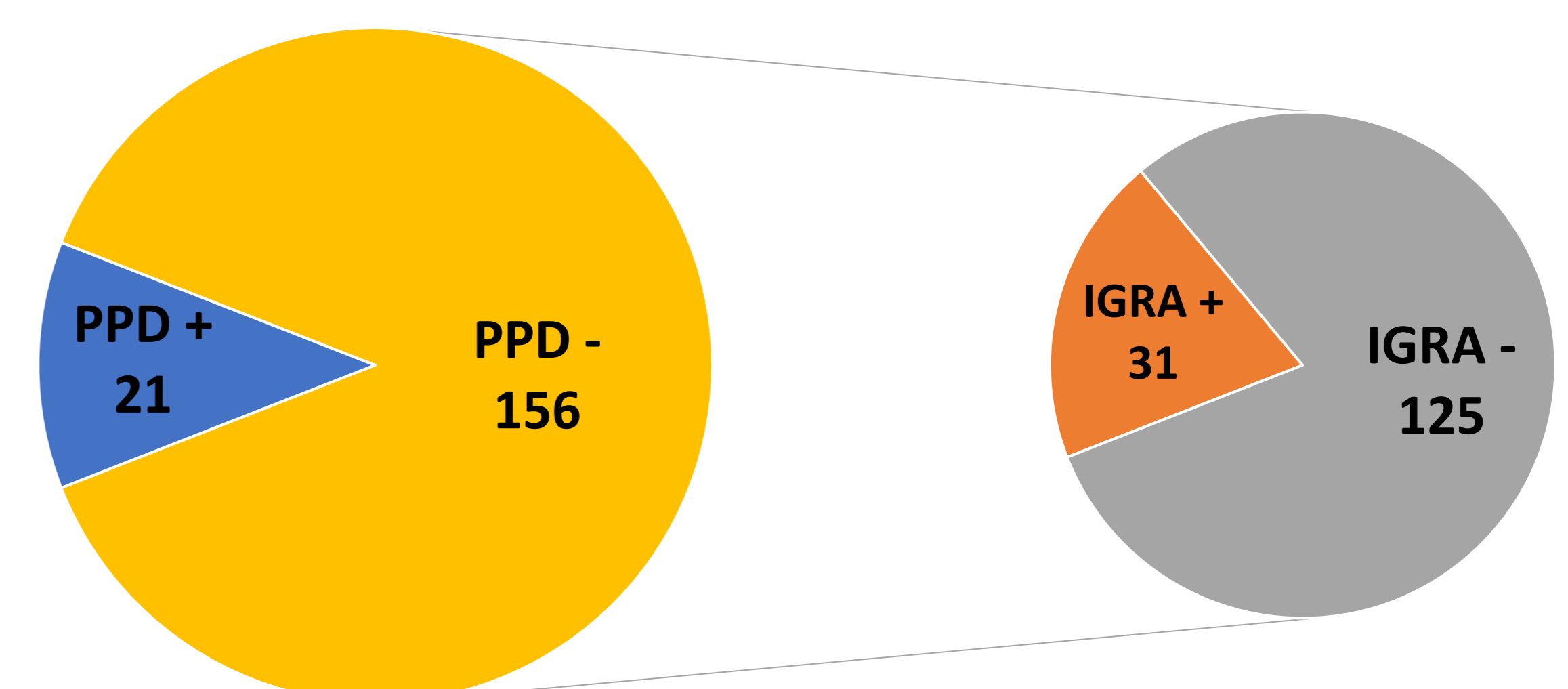
Incluimos pacientes en TRS [Diálisis peritoneal (DP) y Hemodiálisis (HD)] con su Historia Clínica Completa y otras variables: tiempo en TRS, Índice de comorbilidad de Charlson modificado (IC), índice de nutrición de Ulibarri (IU), hemoglobina y albúmina sérica y proteína C reactiva.

Realización de PPD e IGRA si PPD fue negativo.

Si PPD o IGRA positivo, realización de radiografía de tórax y valoración por el neumólogo en Unidad de TB.

	DP	HD	p
Edad	62,5 ± 12,11	67,3 ± 14,82	0,09
Tiempo en TRS	34,9 ± 41,55	49,9 ± 45,3	0,027
Índice Charlson	4,6 ± 3,30	4,8 ± 3,18	NS
Índice Ulibarri	4,9 ± 2,60	4,8 ± 2,11	NS

### PRUEBAS DIAGNÓSTICAS N = 177



	Edad	Tiempo en TRS	Índice Charlson	Índice Ulibarri
PT+	62,2 ± 10,2	28,6 ± 27,0	3,4 ± 2,85	4,5 ± 1,90
PT-/IGRA+	72,9 ± 9,9	53,9 ± 57	5,9 ± 3,44	5,6 ± 2,42
p	<b>0,01</b>	0,11	<b>0,01</b>	<b>0,04</b>

### CONCLUSIONES

1. Screening de ITL en TRS en zonas de alta prevalencia es recomendable. **Necesario si optan a trasplante renal (TR)**.  
\* Evaluar adelantar estudio a Consulta ERCA.
2. El **uso combinado de PPD + IGRA** parece la mejor opción diagnóstica teniendo en cuenta la comorbilidad.
3. Los pacientes en lista de espera de TR con PPD o IGRA +, una placa de tórax normal puede no ser suficiente para descartar infección TB activa o latente. → Si alto grado de sospecha clínica, solicitar pruebas adicionales.
4. Si PPD e IGRA negativos: **Realizar control anual en HD y cada 2-3 años en DP**