Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):38

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

CO40 - Incidencia, tendencia y factores asociados a infección tuberculosa en pacientes con Espondiloartritis en España. (Estudio TREND-EspA)

R. Mazzucchelli Esteban[1], N. Crespí[2], E. Pérez-Fernández[3], J. Quirós[1], R. Almodóvar[1] y P. Zarco[1]

[1]Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. [2]C.S La Rivota. Alcorcón. [3]Unidad de Investigación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Resumen

Introducción: En los últimos 20 años se ha incorporado en el tratamiento de las espondiloartritis (EspA) las terapias biológicas. Uno de los riesgos de estos tratamientos es el aumento de infecciones oportunistas como la tuberculosis (Tbc).

Objetivos: Analizar la incidencia, tendencia y factores asociados a hospitalizaciones por Tbc en pacientes con EspA, en España.

Métodos: Estudio poblacional basado en el análisis de una base de datos administrativa de ámbito nacional (CMBD). Periodo: 1/1/1999 hasta 31/12/2015. Población de estudio: pacientes con diagnóstico primario o secundario de EspA que ingresaron en cualquier hospital nacional. Las entidades incluidas en este estudio como EspA son: 1. Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias (EA) (CIE-9 720); 2. Artropatía psoriásica (APs) (696.0); 3. Artritis reactivas (Areact) (099.3); 4. Artritis relacionadas con enfermedad intestinal inflamatoria (EspA-EII) ((720 o 696.0) + (555 (enteritis regional) o 556 (colitis ulcerosa)). Población control: se han utilizado 2 grupos como controles: PG: grupo de la población general (sin diagn de EspA) emparejado de igual sexo, edad, año de ingreso y CCAA que la población de estudio. AR: pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) (CIE-9 714.0-714.9). Los ingresos por Tbc se identificaron por la presencia de los códigos 011 a 018. Se estimó la población en riesgo a través del censo de población del Instituto Nacional de Estadística, con una prevalencia estimada de EspA de 0,84% (EPISER-2016). La prevalencia estimada de AR del 0,5% en ambos sexos (EPISER-2000). Se calcularon las tasas brutas y ajustadas a nivel nacional. La tendencia se analizó mediante modelos lineales generalizados (MLG). Mediante el test de chi^2 y test de Mantel-Haenszel se calculó la Odds Ratio (OR) de Tbc en EspA vs PG y EspA vs AR. Se describen las características clínico-demográficas de los pacientes con Tbc.

Resultados: La base de datos (BD) para el análisis está formada por: 1. Población de estudio: 102.609 ingresos con diagn de EspA (EA 63.214 (61,60%); APs 37.813 (36,85%); Areact 2.192 (2,13%); EspA-EII 5.039 (4,91%). 2. PG: 102.609 ingresos emparejados con la población de estudio. 3. AR: 320.332 ingresos con diagn de AR. Hubo un total de 2.057 ingresos con diagnóstico (principal o secundario) de Tbc: 630 (0,61%) en EspA, 295 (0,27%) en PG y 1.132 (0,35%) en AR. Por localización de la Tbc destaca una mayor frecuencia de infección extrapulmonar (miliar, snc, osteoarticular) tanto en EspA y AR frente a PG. En la siguiente tabla se muestran las principales

características clínico-demográficas de los pacientes con EspA y tbc frente al resto de EspA. Las tasas ajustadas por edad (/100.000 hab*año) de Tbc en EspA/PG/AR fueron de 12,61/6,02/39,73 respectivamente. Las tasas ajustadas de Tbc aumentaron el 1,2%/año en EspA, mientras que en PG disminuyó un 3,2%/año. En AR permaneció estable. La OR de Tbc en EspA vs PG es de 2,28 (IC95%: 1,907-2,733) y de EspA vs AR fue de 1,943 (IC95%: 1,709-2,208).

	EspA_Tbc	EspA_sin_tbc	OR	IC95%	*p*
N (%)	630 (0.6)	101,979 (99.4)			< 0.001
Mean Age (SD)	50.76 (15.53)	58.99 (15.46)	0.967	0.962-0.971	< 0.001
Mean Charlson Index (SD)	1.07 (2.03)	1.15 (1.81)	0.976	0.933-1.021	0.305
ALOS (SD)	18.48 (18.39)	9.89 (13.99)	1.014	1.011-1.016	< 0.001
Male n (%)	474 (75.23)	68,135 (66.81)	1.509	1.258 -1.809	< 0.001
Dead during admission, n (%)	14 (3.35)	3,429 (3.36)	0.653	0.384-1.110	0.127
Areact (%)	23 (3.65)	2,169 (2.12)	1.743	1.147-2.649	0.013
EspA_EII (%)	33 (5.23)	5,006 (4.90)	1.07	0.753-1.521	0.720
EA (%)	417 (66.19)	62,797 (61.57)	1.221	1.035-1.441	0.020
Aps (%)	198 (31.42)	37,615 (36.88)	0.784	0.662-0.928	0.005
Psoriasis (%)	22 (3.49)	2,851 (2.79)	1.258	0.820-1.928	0.277
Uveitis (%)	9 (1.42)	534 (0.523)	2.753	1.418-5.345	0.007
Diabetes mellitus (%)	50 (7.9)	14,251 (13.97)	0.53	0.397-0.708	< 0.001
Dementia (%)	0 (0)	607 (0.59)			0.059
HTA (%)	111 (17.61)	30,390 (29.80)	0.503	0.410-0.618	< 0.001
Tabaquism (%)	127 (20.15)	12,726 (12.47)	1.77	1.456-2.153	< 0.001
Hiperlipemia (%)	82 (13.01)	17,257 (16.92)	0.734	0.582-0.927	0.010
TVP (%)	1 (0.15)	627 (0.614)	0.256	0.036-1.830	0.196
Depresión (%)	36 (5.71)	5,668 (5.55)	1.031	0.734-1.443	0.871
Amiloidosis (%)	5 (0.79)	777 (0.76)	1.041	0.430-2.519	0.817
EN	2 (0.31)	91 (0.08)	3.565	0.876-14.506	0.112
VIH	56 (8.88)	579 (0.56)	17.085	12.832-22.749	< 0.001
VHC	33 (5.23)	1,274 (1.24)	4.369	3.064-6.231	< 0.001
VHB	10 (1.58)	314 (0.30)	5.222	2.768-9.849	< 0.001
Obesidad	13 (2.06)	5,903 (5.78)	0.342	0.197-0.594	< 0.001

Conclusiones: En España, durante el periodo 1999 a 2015, se ha producido un aumento en la incidencia de Tbc con EspA, mientras que en PG ha disminuido. Estimamos un aumento del 1,2% anual (EspA). La frecuencia de tbc extrapulmonar es mayor que en PG. Los pacientes con EspA tienen el doble de riesgo de tbc que PG y población de AR. Los factores asociados con tbc en EspA son: ser varón, EA o areactiva, uveítis, eritema nodoso, infección VIH, VHC o VHB.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados