

# Programa Piloto para el Estudio de Contactos de Tuberculosis en el Área Sanitaria III del Principado de Asturias

2007

# Introducción

- Estudio de contactos fundamental en el control de la tuberculosis.
- Detecta nuevos casos de enfermedad, así como infectados susceptibles de tratamiento de la infección (Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente).

# Introducción (2)

- El estudio es **complejo**.
- El riesgo del contacto depende de su intensidad (duración, frecuencia, regularidad), de la contagiosidad del caso índice, de las características del espacio compartido y de la susceptibilidad del contacto.

# Introducción (3)

- Por ello, y aunque la prioridad de los estudios son los contactos íntimos, convivientes, en función de la contagiosidad de cada caso, variarán tanto la determinación de contactos a estudiar como el ámbito de actuación (familia, escuela, hospital, empresa y otros).

# Introducción (4)

- Por otro lado es fuente de discusión quién es el médico o nivel asistencial que ha de estudiar los contactos.
- Además la decisión de Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente o de Quimioprofilaxis Primaria es difícil en ocasiones y con importantes controversias en las guías o consensos.

# Introducción (5)

- Incluso a la Prueba de la Tuberculina, se le están buscando alternativas, test serológicos que permiten detectar la respuesta inmunológica a la infección mediada por células que al ser estimuladas en el laboratorio por antígenos específicos (ESAT-6, CFP-10) producen Interferón-gamma.

# Introducción (6)

- Por último, una vez indicado el tratamiento se precisa una supervisión hasta su finalización.
- Existen pocos datos acerca del cumplimiento, incluso en los Estándares Internacionales para el Control de la Tuberculosis no lo incluyen cómo un objetivo (menores de 5 años, VIH).

[http://www.who.int/tb/publications/2006/istc\\_report.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf)

TABLA 2

**Evaluación de los programas de control de la tuberculosis de las distintas comunidades autónomas de España. Comparación de los objetivos básicos analizados en los años 1996 y 2000**

Comunidad autónoma/objetivos	Porcentaje de EDO (> 90%)		Tasas de cumplimiento (> 95%)		Porcentaje de TDO (> 90%)		Retraso diagnóstico en bacilíferos (< 30 días)		Porcentaje de casos con contactos revisados (> 90%)	
	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000
Andalucía	75	92,3		30					45	40
Aragón	100	97		73,9		2,2		15		
Asturias	72	77		94,7		8,6				
Baleares	72	90,3					30	30	88	
Canarias	40	48,3		91,7				35	60	
Cantabria	100	85,7				0,9				48,2
Castilla-La Mancha										95
Castilla y León	63	60,6		72,8		2,4		30		76,4
Cataluña	95		90	95,8	10	17,4		68,1		78
Ceuta <sup>a</sup>	96	68,8	86		6	6,7	45	32	84	73,3
Extremadura										
Galicia	42	64,3	77,4	96,5	4,6	11,6			57	50
Madrid	34	63	80	91,5	7	7,9	31	36	21	90,4
Melilla <sup>a</sup>										
Murcia	90			89		1,8		30	70	86
Navarra	80	78,2	97,5	82		4,9			74	74
País Vasco	80			76,9 <sup>b</sup>				30	80	82
Comunidad Valenciana	85	88,4		70		1,5		52,2	56	42

Fuente de datos de 1996: Rodrigo et al<sup>1</sup>. En blanco datos no disponibles. Entre paréntesis el objetivo idóneo.

<sup>a</sup>No son comunidades autónomas, sino ciudades autónomas; Melilla, Castilla-La Mancha y Extremadura (está en proceso de elaboración) manifestaron no disponer de programa. La Rioja no contestó a la encuesta. <sup>b</sup>Datos que corresponden sólo a la provincia de Guipúzcoa. EDO: enfermedades de declaración obligatoria; el resto, hasta el 100%, corresponden a casos obtenidos a través de vigilancia epidemiológica activa; TDO: terapia directamente observada.

Rodrigo T, Caylà J.A. Efectividad de los programas de control de la tuberculosis en España Med Clin (Barc) 2003; 121: 375-7

# Introducción conclusión

- Se trata por lo tanto de un problema sanitario y epidemiológico de primer orden que está lejos de estar resuelto, como se desprende de los pocos datos que existen acerca de los estudios de contactos y del cumplimiento del tratamiento en nuestro país.

# Objetivo del Plan Piloto

- Organizar el estudio de contactos de pacientes con tuberculosis en un Área Sanitaria, a través de la coordinación de Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada.
- El objetivo final es conocer el número de contactos estudiados, tratados y que finalizan el tratamiento.

# Objetivos Principales

1. El número de contactos identificados y estudiados.
2. El número de contactos tratados.
3. El número de contactos que finalizan el tratamiento. Causas de fracaso.
4. Asimismo, conocer las dificultades para la implantación y desarrollo del Programa de estudio de contactos.

# Metodología

Se crea un Grupo de Trabajo de Tuberculosis en el Área Sanitaria III del Principado de Asturias, integrado por:

- Salud Pública como responsable epidemiológico.
- Atención Especializada (Neumología, MI, Pediatría) como responsable de los tratamientos de tuberculosis.

# Metodología

- Microbiología: diagnóstico y estudio genético.
- Atención Primaria responsable del estudio de los contactos de tuberculosis (evaluación, diagnóstico y seguimiento).
- 25 personas comprometidas.

# Metodología

- Labor inicial de formación del personal sanitario y de consenso de protocolos de actuación conjunta.

# Estudio de contactos

- A través del caso índice se obtendrá un listado de los contactos.
- Estos serán estudiados en su respectivo Centro de Salud.
- Un responsable por cada Centro que estudie o supervise el estudio.
- Toma de decisiones conjunta.

# Datos del estudio

- Antecedente de vacunación con BCG.
- Historia previa de tuberculosis y tratamiento, tuberculina y profilaxis.
- Tipo de contacto.
- Síntomas, radiografía de tórax y prueba de la tuberculina.
- Existiría una red informática con acceso mediante usuario y contraseña.

# Previsión de casos

- 35-40 casos anuales (22-26 por 100.000)
- Número de contactos estimados de 4 por caso índice, con lo cual serían unos 160 contactos íntimos al año. Si añadimos otros contactos podemos calcular unos 200 estudios de contactos al año, por lo tanto 300 en año y medio.

# Diagnóstico

- Tres pilares básicos; la prueba de la tuberculina, la radiografía de tórax y la bacteriología para BK.
- Infección definida como tuberculina positiva (igual o mayor de 5 mm).
- Enfermedad: inicio de tratamiento tras diagnóstico microbiológico o clínico-Rx.

# Pauta a seguir tras el estudio

- Seguimiento o tratamiento.
- Tratamiento de las personas infectadas
- Seguimiento de las no infectadas,
- Quimioprofilaxis Primaria en las personas con más riesgo de desarrollar enfermedad (niños, VIH positivos) y repitiendo la tuberculina a las 8-10 semanas. A consensuar.

# Limitaciones del estudio

- Coordinación de todos los Centros de Salud y de todo el personal implicado en el estudio de contactos.
- Dificultad en tener criterios comunes entre todas las partes implicadas.