

CAPÍTULO 7

CONTROL DE CONTACTOS

7.1 - Definición de Caso Índice

7.2 - Control de Contactos –Objetivos

7.3 - Definición de Contacto y Foco Tuberculoso

7.4 - Factores que Determinan el Riesgo de Infección

7.5 - Categorías de Contactos

7.5.1 - Contactos convivientes

7.5.2 - Contactos no convivientes

7.6 - ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MARCO DEL CONTROL DE CONTACTOS

7.6.1 - Primer Control

- Prueba tuberculínica
- Estudio radiológico de tórax
- Estudio bacteriológico de esputos
- Entrevista médica

7.6.2.- -Segundo Control

- Test tuberculínico a los “no reactivos”
- Estudio bacteriológico de esputos
- Entrevista médica

7.6.3.- Tercer Control

- Estudio radiológico de tórax
- Estudio bacteriológico de esputos
- Entrevista médica

7-7 - CONDUCTA A SEGUIR

7.7.1 - CONTACTOS DE PACIENTES CON TB PULMONAR CONFIRMADA BACTERIOLÓGICAMENTE

7.7.1.1 - Contacto con prueba tuberculínica positiva (5 mm y más)

7.7.1.2 - Contacto con prueba tuberculínica negativa (<5 mm)

7.1 - Definición de Caso Índice - A efectos del control de su entorno, la persona que cumple con las condiciones de caso de tuberculosis recibe el nombre de *caso índice* (CI)

7.2 - Control de Contactos -Objetivos - Al diagnosticarse un CI debe iniciarse un conjunto de acciones, el control de contactos (CC), una de las actividades más importantes del PNC-TB, cuyos objetivos son:

- a) Identificar las personas que estuvieron expuestas al bacilo de la tuberculosis

- b) diagnosticar si han desarrollado una enfermedad tuberculosa activa (TB activa) o tienen una infección tuberculosa latente (ITBL)
- c) tratar precozmente a los enfermos que han desarrollado una TB activa
- d) tratar a los portadores de ITBL que lo requieran luego de descartar fehacientemente una TB activa
- e) recomponer la cadena de transmisión de la infección tuberculosa para identificar al verdadero CI

7.3 - Definición de Contacto y Foco Tuberculoso - Se denominan **contactos** las personas que comparten temporalmente con un CI un espacio en común, cualquiera sean las características de la enfermedad: localización (pulmonar o extra-pulmonar) y categoría diagnóstica (confirmada o no confirmada bacteriológicamente).

El conjunto de individuos integrado por el CI y sus contactos recibe el nombre de foco tuberculoso. No siempre el caso que da lugar a la investigación es el verdadero CI.

7.4 - Factores que Determinan el Riesgo de Infección – Si bien se han descrito situaciones en las cuales el contacto con un CI durante lapsos breves (pocas horas) ha producido casos de infección tuberculosa y eventualmente de enfermedad activa, en general para que esto ocurra el contacto debe ser estrecho y prolongado.

Hay tres tipos de factores fundamentales que se relacionan en forma directa con el riesgo de infectarse:

- a) la frecuencia y duración de la exposición al bacilo tuberculoso y
- b) las características de la enfermedad del CI:
 - localización,
 - resultados de la bacteriología,

extensión de las lesiones, objetivada por los hallazgos de la radiografía de tórax y

- c) susceptibilidad personal y estado inmunitario del sujeto expuesto.

Al respecto, las personas que han estado en contacto con un CI cuya enfermedad tiene localización pulmonar y/o laríngea, gran riqueza bacilar en los estudios baciloscópicos (BK⁺ - tuberculosis pulmonar bacilífera), y además presentan lesiones extensas y/o cavitadas, tienen mayor riesgo de ser infectadas por el bacilo tuberculoso y por lo tanto, de presentar una ITBL y eventualmente desarrollar una TB activa.

Por el contrario, las lesiones pulmonares con baciloscopía negativa (BK⁻), los casos que no se confirman por bacteriología (BK⁻/C⁻) y las lesiones extra-pulmonares, (excepto la laríngea) tienen un potencial infectante significativamente menor. Esto **NO** significa que los contactos de estos grupos de pacientes no deban ser estudiados. En estas situaciones el verdadero CI puede surgir del CC.

7.5 – Categorías de Contactos – A los efectos epidemiológicos y operativos, los contactos pueden dividirse en dos grandes categorías:

7.5.1 - Contactos convivientes – Son las personas que pernoctan bajo el mismo techo de un enfermo con diagnóstico de tuberculosis. Este grupo tiene el mayor riesgo de infección y de desarrollar una TB activa. Puede ampliarse por circunstancias que si bien no llenan enteramente los requisitos de la definición, pueden generar un riesgo similar al contacto conviviente propiamente dicho.

7.5.2 - Contactos no convivientes, son aquellos que no conviven pero tienen una relación con el paciente de tipo personal, laboral o de otra índole que favorece la transmisión de la infección tuberculosa.

En nuestro país, la condición de contacto, en especial el conviviente, constituye uno de los principales factores de riesgo para infectarse y enfermar de TB.

7.6 - ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MARCO DEL CONTROL DE CONTACTOS

Los contactos cuyo CI padece una TB pulmonar diagnosticada bacteriológicamente, deben controlarse en tres oportunidades durante seis meses a partir del momento en que se diagnostica el CI que motiva la investigación: al inicio, a los tres y a los 6 meses.

El primer paso es identificar a las personas que estuvieron en riesgo de infectarse y enfermar por su relación con el CI.

La identificación de los contactos debe surgir de una entrevista con el CI tratando de fundamentar y transmitir la importancia de la investigación, establecer un clima que promueva la confianza del entrevistado asegurando el manejo confidencial de la información obtenida.

El contacto debe ser identificado, entrevistado y controlado en un lapso no mayor a 15 días luego de diagnosticado el CI.

De preferencia, los contactos convivientes realizarán sus estudios en el centro asistencial donde el CI supervisa el tratamiento antituberculoso.

7.6.1 - Primer Control

En esta instancia se estudiarán **TODOS** los contactos cualesquiera sean la localización y la categoría diagnóstica de la enfermedad del CI.

La prioridad mayor la presentan los contactos convivientes.

Si a juicio del médico tratante/integrante del equipo del PNC-TB existen contactos no convivientes con una exposición que implique mayor riesgo, estos también se incluirán en el CC siguiendo la misma rutina. Esta consiste en:

- a) Prueba tuberculínica (*ver Cuadro 7.1*)
- b) Estudio radiológico de tórax
- c) Estudio bacteriológico de esputos si tiene expectoración (*ver Normas Bacteriológicas*)
- d) Entrevista con el médico tratante/médico supervisor del PNC-TB

La entrevista con el médico tratante/médico supervisor del PNC-TB es fundamental y debe incluir interrogatorio sobre antecedentes de vacunación BCG, presencia de cicatriz vacunal, historia clínica incluyendo la búsqueda de síntomas respiratorios y la presencia de factores de riesgo que favorezcan la infección/enfermedad tuberculosa. Además, desde el punto de vista educativo, es la oportunidad idónea para comunicar a los examinados los fundamentos de la investigación y la importancia de cumplir en su totalidad con las acciones pertinentes.

No es necesario reiterar la prueba tuberculínica (PT) en personas con una prueba previa con resultado positivo bien documentado.

En general, los contactos de formas de TB extrapulmonar y de TB pulmonar no confirmada bacteriológicamente serán sometidos únicamente a este primer control.

7.6.2 - Segundo Control

Este control se practicará a los tres meses de realizado el primero. Consistirá en la realización de la siguiente rutina

- Repetición de la prueba tuberculínica a los “no reactores” en el primer control (PPD <5mm)
- Estudio bacteriológico de esputos si tiene expectoración
- Entrevista con médico tratante/médico supervisor del PNCTB

7.6.3 - Tercer Control

Se realizará finalmente, este tercer control a los tres meses de practicado el segundo. En esta instancia se incluye:

- Estudio radiológico de tórax
- Estudio bacteriológico de esputos si tiene expectoración
- Entrevista con médico tratante/médico supervisor del PNC-TB

Los contactos que reciben tratamiento de la ITBL deberán realizar control médico mensual a efectos de controlar la tolerancia y adherencia a la terapéutica preventiva.

7.7 - CONDUCTA A SEGUIR

7.7.1 - Contactos De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Confirmada Bacteriológicamente

7.7.1.1 - Contacto Con Prueba Tuberculínica Positiva (5 mm y más).

En contactos de CI con TB pulmonar confirmada bacteriológicamente, la PT se considera positiva cuando la induración cutánea es ≥ 5 mm.

Se procederá según el resultado del control Rx

- **Con Rx normal:** tanto en niños como en adultos se realizará la quimioprofilaxis secundaria (QPS) o tratamiento de la ITBL con **ISONIACIDA** durante 6 meses. (*ver Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente*)

- **Con Rx patológica:** se realizarán los exámenes bacteriológicos a efectos de confirmar o descartar el diagnóstico de TB.

- **Con bacteriología positiva:** tratar de acuerdo a las presentes Normas Nacionales de tratamiento.

- **Con bacteriología negativa:** se realizarán todos los esfuerzos (estudios bacteriológicos, histopatológicos, etc.) a efectos de confirmar o descartar la presencia de TB u otras enfermedades respiratorias con imágenes radiológicas similares (micosis, neuoconiosis, etc.). Si una vez agotados estos recursos, a juicio del médico tratante/médico supervisor del PN-CTB persiste la razonable sospecha de que se trata de un caso de TB, se podrá iniciar el tratamiento antituberculoso. En esta situación el paciente ingresa a la incidencia de casos de TB no confirmada.

7.7.1.2 - Contacto con Prueba Tuberculínica Negativa (<5 mm)

Con primer examen radiológico normal: tanto en niños como en adultos se realizará la quimioprofilaxis primaria (QPP) con ISONIACIDA. (ver Capítulo 7 – Quimioprofilaxis)

A los tres meses se repetirá la PT procediéndose de acuerdo al resultado de ésta de la siguiente manera:

- **Prueba tuberculínica negativa** - Si esta resultare negativa, se suspenderá la QPP.

Esta conducta no se aplica en caso de que el sujeto sea portador de infección VIH. En esta situación la QPP no se suspende, por el contrario, se continúa hasta completar 6 meses.

- **Prueba tuberculínica positiva – Viraje tuberculínico** – Es la situación de una persona cuya PT, dentro de un período de hasta dos años atrás, presentó una pápula menor de 5 mm y cuyo resultado actual, una vez reiterada la prueba es una pápula igual o mayor a 5 mm. Para aceptar el viraje tuberculínico, los resultados de las PT deben estar adecuadamente documentados.

En quienes muestren esta evolución, se realizarán estudios radiológicos y a quienes pueden producir esputos los estudios bacteriológicos correspondientes.

Si no hay evidencia radiológica de lesión activa y la bacteriología es negativa, se continuará el tratamiento de la ITBL o QPS con INH hasta completar 6 meses.

Si se evidencia lesión radiológica y estudios bacteriológicos positivos, se iniciará el tratamiento antituberculoso de acuerdo con las presentes Normas Nacionales.

Frente a alteraciones radiológicas sugestivas con bacteriología negativa, si a juicio del médico tratante/médico supervisor del PNC-TB persiste la razonable sospecha que se trata de un caso de TB, se podrá iniciar el tratamiento antituberculoso. En esta situación el paciente ingresa a la incidencia de casos de TB no confirmada.

Con primer examen Rx patológico: se realizarán los exámenes bacteriológicos a efectos de confirmar el diagnóstico de TB.

- **Con bacteriología positiva:** tratar de acuerdo a las presentes Normas Nacionales de tratamiento.

- **Con bacteriología negativa:** se realizarán todos los esfuerzos (estudios bacteriológicos, histopatológicos, etc.) a efectos de descartar la presencia de TB u otras enfermedades respiratorias con imágenes radiológicas similares (micosis, neumoconiosis, etc.). Si a juicio del médico tratante/médico supervisor del PN-CTB persiste la razonable sospecha de que se trata de un caso de TB, una vez agotados estos recursos, se podrá iniciar el tratamiento antituberculoso. En esta situación el paciente integrará la incidencia como caso de TB no confirmada.