



## **INVESTIGACIÓ DE CONTACTES (Veure “Guía de Práctica Clínica de TB, Ministeri de Sanitat”)**

**(Veure Document “Algoritme Estudi Convencional de Contactes”)**  
**(Veure Document “Aspectes generals”)**

(Font: adaptació del protocol nacional de vigilància)

L'estudi de contactes de l'entorn de cada cas detectat és la part més important del programa per aconseguir identificar e interrompre la cadena de transmissió de la infecció tuberculosa. S'ha de realitzar estudi convencional de contactes (ECC) en cada cas diagnosticat de TB respiratòria, és a dir la que afecta al parènquima pulmonar, arbre traqueobronquial i laringe, perquè aquestes formes de TB són les que tenen més capacitat de transmetre's.

S'ha de prioritzar **especialment l'ECC** de:

- 1r) - casos bacil·lífers** (bacil·loscòpia positiva en esput)
  
- 2n) - casos amb imatges de caverne** en l'exploració radiològica.
  
- 3r) - casos amb cultiu positiu d'esput**

Els objectius de l'estudi de contactes són:

- Identificar infectats
- Detectar casos associats
- Detectar i caracteritzar brots
- Reconstruir la cadena de transmissió per identificar el cas primari.
- Interrompre la cadena de transmissió

### **1.- Classificació dels contactes**

- CAP: “Contactes d'alta prioritat”

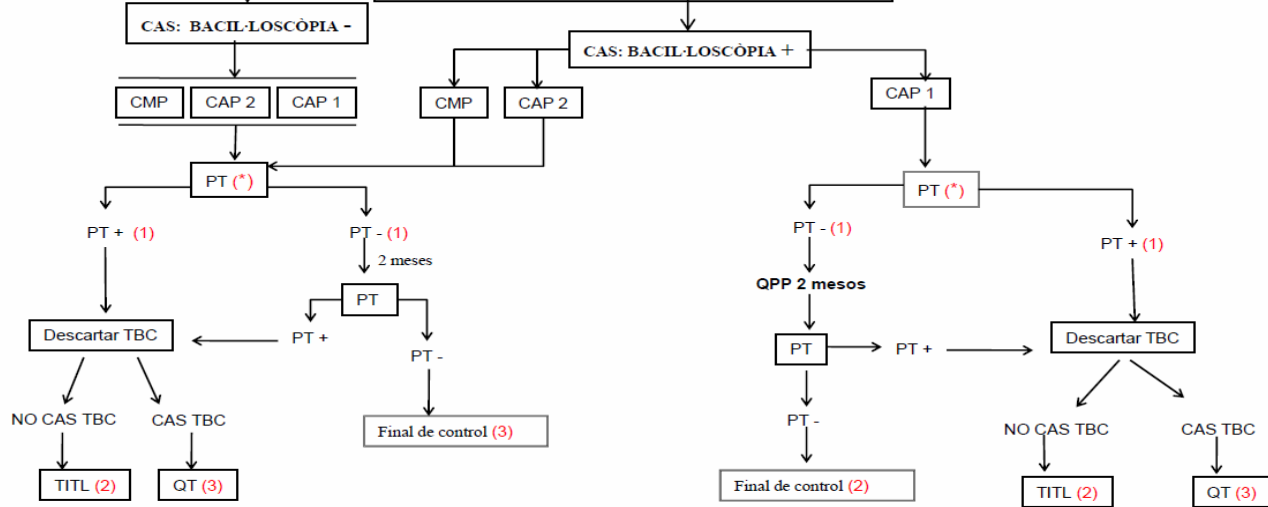
CAP1: Nins < 5 anys, pacients immunodeprimits i en el context d'una microepidèmia contactes fins a l'edat adolescent o adults joves, per ser els més susceptibles de desenvolupar una TB greu i ràpidament progressiva\*<sup>1</sup>.

CAP2: Convivents; parella sexual; contacte continuat i estret >6h/dia (exemple: mateixa aula a l'àmbit docent, determinats àmbits laborals, etc.)

- CMP: “Contactes de mitjana prioritat” (companys de treball, àmbit docent, amics, parents etc. amb relació habitual de <6h./dia i no catalogables com “CAP”)
  
- Contactes casuals. De baixa prioritat, són aquells que només han mantingut una relació esporàdica amb el cas.



**ALGORITME PER ESTUDI CONVENCIONAL DE CONTACTES (ECC) de Tuberculosi Respiratòria**



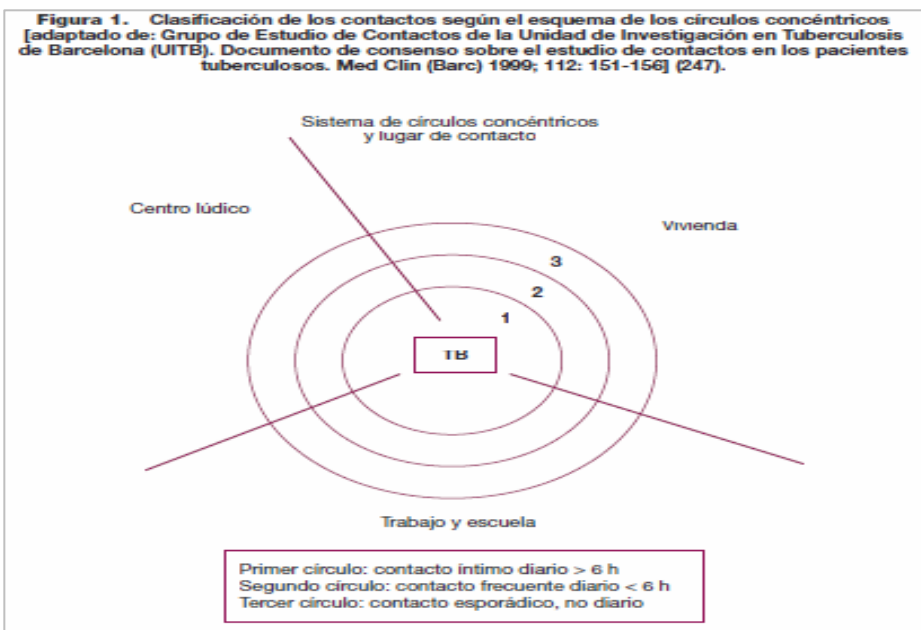
- CAP= "Contactes d'alta prioritat"  
 CAP1= Nins <5 anys; pacients immunodeprimits i/o VIH (+); en context de microepidèmia incloure nins fins a l'adolescència o adults joves.  
 CAP2= Convivents; parella sexual; contacte continuat i estret >6h/dia (exemple: mateixa aula a l'àmbit docent, determinats àmbits laborals, etc.)  
 -CMP= "Contactes de mitjana prioritat" (companys de treball, àmbit docent, amics, parents etc.. amb relació habitual de <6h./dia i no catalogable com CAP)  
 -PT= Prova tuberculina; TITL= Tractament de la Infecció Tuberculosa Latent; QPP= Quimioprofilaxi primària; QT=Quimioteràpia de tractament de malaltia.

- Prioritzar estudi de CAP i en cas bacil·lífer. Estudi de la resta de contactes només si hi ha evidència de transmissió a l'àmbit CAP.  
 - PT(\*): Contactes amb antecedents de TBC o amb PT prèvia positiva o que han completat un cicle de TITL amb anterioritat, no és necessari PT: descartar TBC  
 Contactes amb símptomes compatibles amb TBC: PT i descartar TBC  
 Contactes vacunats o >55 anys: amb una primera PT negativa, s'ha repetit als 7 dies i aquest és el resultat vàlid a efectes de decisió d'actuació.

- (1) Enviar "Protocol de notificació de contacte" (Primera notificació)
- (2) Enviar "Protocol de notificació de contacte" (Ampliació)
- (3) Enviar protocol de notificació de cas

**2.- Metodologia de la investigació. Pautes generals:**

- Prioritzar la investigació dels contactes de malalts bacil·lífers.
- Seguir l'esquema dels cercles concèntrics:
  - o Començar amb la identificació i estudi dels contactes íntims o del primer cercle (CAP)
  - o Si hi ha evidències de transmissió entre contactes CAP ampliar la recerca al següent cercle (CMP) fins arribar al tercer cercle (contactes casuais) si cal.





L'estudi inclourà:

a) Anamnesi:

- Presència de símptomes de TB.
- Antecedents de TB.
- Antecedents de vacunació BCG.
- Existència o no d'un test tuberculínic (test de Mantoux) previ.
- Antecedents de contacte amb cas de tuberculosi
- Antecedents de tractament preventiu.
- Presència de factors de risc.

b) Diagnòstic de la infecció tuberculosa:

- Prova de la tuberculina (PT):
  - Aplicació intradèrmica a la superfície anterior de l'avantbraç (tècnica de Mantoux), de 0,1 ml de tuberculina (PPD-sigles de Purified Protein Derivative)
  - Lectura a les 48-72 hores. Per personal entrenat. Mesura del diàmetre transversal de la induració produïda.
  - Registrar la lectura en mil·límetres.
- **Sempre que la 1ª PT sigui negativa s'ha de repetir a les 8-12 setmanes (2ª PT)**, per considerar finalitzat l'estudi.
- Criteris per a la interpretació de la PT:
  - En el context d'un estudi de contactes de malalt bacil·lífer es consideren positives les induracions  $\geq 5$ mm.
  - Vacunats amb BCG: es pot considerar positiva una  $PT \geq 15$  mm,  
Excepcions: VIH positius, immunodeprimits, contactes íntims de pacients bacil·lífers, persones amb lesions radiològiques suggestives de TB antiga no tractada, així com en edat pediàtrica. En aquests casos es considerarà positiva si és  $\geq 5$ mm.

Altres excepcions: En el contexte d'un brot de TB (quan hi ha hagut més d'un cas de malaltia TB relacionada epidemiològicament) es considerarà la positivitat dels vacunats amb BCG amb una  $PT \geq 5$ mm si son convivents o contactes freqüents.\*<sup>2</sup>

  - Als majors de 55 anys, als vacunats amb BCG i a les persones sotmeses a screening periòdic d'infecció tuberculosa, cal avaluar l'efecte "booster" o de reforç: si presenten una primera PT negativa, fer un segona PT una setmana més tard, que és la que es tindrà en compte.
- Tècniques IGRA ("interferon gamma release assay"):
  - Aquestes tècniques discriminen els individus infectats per *M. tuberculosis* dels que han rebut la vacuna antituberculosa i dels exposats a altres micobacteris. El principal inconvenient de la tècnica és el major cost econòmic respecte a la PT. Es necessiten més estudis per determinar-ne l'eficiència a cada grup de risc i per sistematitzar-ne els criteris d'ús.

### 3.- Tractament preventiu

- **Quimioprofilaxi primària (QPP) o tractament preventiu de la infecció:**

OBJECTIU: Evitar la infecció i prevenir la malaltia en exposats a un focus potencialment contagiós.

Indicada **exclusivament** a contactes tipus CAP1 amb PT (-), de casos amb bacil·loscòpia positiva:

- S'ha de mantenir la QPP fins a tenir el resultat de la 2ª PT (que es fa a les 8-12 setmanes de la primera PT).



- Si aquesta 2ª PT és negativa s'interromprà la QPP i el seguiment.
- Si la 2ª PT es positiva s'han de realitzar les proves dirigides al diagnòstic de TB. Si es descarta TB s'instaura TITL (veure següent apartat) mentre que si es cataloga com a cas de TB s'instaura el tractament oportú.

Pauta: Isoniazida(H). Dosis recomanades:

- Adults: 5 mg/kg/dia sense superar els 300 mg diaris.
- Nins: 5-10 mg/kg/dia, segons criteri del pediatre, i sense superar els 300 mg diaris.

- **Tractament de la infecció tuberculosa latent (TITL) (abans anomenat: Quimioprofilaxi secundària)**

OBJECTIU: Evitar que un contacte que té una infecció tuberculosa latent (PT +) desenvolupi la malaltia clínicament activa.

INDICACIÓ: Una vegada s'hagi descartat la malaltia i l'existència de malaltia hepàtica aguda.

La TITL es realitza una sola vegada en la vida i habitualment té una durada de sis mesos.

Fàrmac d'elecció: isoniazida (H) 6 mesos o de 9 a 12 mesos en els nins, en infectats pel VIH i en persones amb lesions radiològiques suggestives de TB antiga no tractada.

Dosis recomanades:

- Adults: 5 mg/kg/dia sense superar els 300 mg diaris.
- Nins: 5-10 mg/kg/dia, segons criteri del pediatre, i sense superar els 300 mg diaris.

Atesa la hepatotoxicitat de la isoniazida, aquest tipus de tractament s'ha de valorar en majors de 35 anys sense factors de risc.

Pautes alternatives habituals: s'han de valorar individualment:

- 1) Isoniazida-Rifampicina (HR), 3 mesos  
R: 10 mg/kg/dia sense superar 600 mg/dia  
H: 5 mg/kg/dia sense superar els 300 mg diaris
- 2) Com a alternativa en casos de resistència microbiològica a H o intolerància: 4 mesos de Rifampicina (R) 10 mg/kg/dia sense superar 600 mg/dia

**4.- Altres consideracions:** Passar **directament a descartar malaltia activa sense fer PT** en els següents supòsits:

- **Antecedents de TB prèvia**
- **PT prèvia positiva documentada**
- **Completat amb anterioritat un cicle de TITL**

- Contactes de casos de TB multirresistent (MDR) o extremadament resistent (XDR). Aquest tipus de pacients, quan són bacil·lífers, presenten una infecciositat similar als de TB sensible. Ja que no hi ha pautes farmacològiques amb eficàcia demostrada per als contactes es recomana l'avaluació clínica i radiològica cada



3 o 6 mesos durant dos anys, a criteri del clínic. És important que s'informi exhaustivament a aquests contactes sobre els signes i símptomes de la malaltia, perquè vagin al metge si aquests apareixen.

Bibliografia consultada:

\*1.- Normativa SEPAR sobre diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, 2008. Accesible en :

<http://www.separ.es/biblioteca-1/Biblioteca-para-Profesionales/normativas>

-2.- Protocolo de Vigilancia de Tuberculosis, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: 23 de julio de 2013. Accesible en:

[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilanciasalertas/PROTOCOLOS\\_RENAVE.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilanciasalertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf)