

VI. Estudio de contactos

Todo programa de control de la TB debe profundizar en la realización del estudio de contactos, ya que en el entorno del paciente puede haber otros infectados o enfermos.

En los países con recursos sanitarios adecuados, entre los que se encuentra España, se debería realizar un estudio de contactos en cada caso diagnosticado de TB, siendo prioritario en los casos de TB pulmonar con baciloscopia o cultivo de esputo positivo. También se deben estudiar los contactos de los menores de 15 años con prueba de la tuberculina positiva en busca de la fuente de infección, y de los contactos de los conversores recientes de la prueba de tuberculina.

VI.1 Requisitos para realizar el estudio de contactos

- Los programas de TB deben asumir el estudio de contactos, no sólo a nivel familiar sino también considerando los contactos laborales, en escuelas, etc.
- Seguir el esquema de los círculos concéntricos para el estudio de contactos, estableciendo prioridades según la probabilidad de infección de TB y los resultados potenciales de esta infección. Existe alta prioridad en la investigación de los contactos en enfermos bacilíferos.
Prioridades en el estudio de contactos:
 1. Contactos de alta prioridad:
 - Personas con contacto estrecho o prolongado (mayor de 6 horas al día)
 - Niños menores de 5 años
 - Personas con alteración del sistema inmunitario
 2. Contactos de prioridad mediana:
 - Personas con contacto diario, pero menor de 6 horas
 3. Contactos de baja prioridad:
 - Contacto esporádico (no diario)
- Cada centro asistencial debe conocer sus profesionales expertos de referencia para TB. Los servicios de Salud Pública coordinarán los estudios de contactos que se realicen tanto en el ámbito asistencial como en colectividades.

- Realizar estudio y seguimiento de los contactos de cada caso de TB buscando contagios (infectados y enfermos) y casos índice auténticos, realizando un censo en la primera semana tras el diagnóstico del primer caso. Conviene iniciar el estudio de contactos lo antes posible, aprovechando el impacto que produce el diagnóstico de la TB. La máxima rentabilidad se obtendrá en casos bacilíferos (mayor contagiosidad), en niños y en inmunodeprimidos, pero sin olvidar muchos casos con cultivo negativo. Se realizará supervisión de los tratamientos indicados (quimioprofilaxis, tratamiento de la infección latente o de la enfermedad tuberculosa).
- Es necesaria la coordinación entre los centros implicados en el estudio de contactos, los equipos sanitarios que realizan el diagnóstico de TB y los laboratorios de microbiología (incluyendo laboratorios para estudios de epidemiología molecular) .
- Se deberá unificar un formulario para la recogida de información sobre los contactos. Esta información deberá quedar englobada en una adecuada base de datos. Se realizará una evaluación anual del sistema.
- La incorporación de agentes comunitarios procedentes de entornos socioculturales similares a los enfermos es una herramienta muy útil, tanto para localizar y acercar a los servicios sanitarios a los contactos, como para mejorar el cumplimiento terapéutico de los enfermos.
- A partir del conocimiento adquirido con el estudio de contactos sobre el entorno doméstico, social y laboral del caso y de sus contactos, debe valorarse la oportunidad de facilitar a los mismos la derivación a servicios de asistencia social y/o jurídica para poder mejorar sus condiciones de vida. De esta manera se podrá facilitar el cumplimiento y disminuir el riesgo de propagación, recaída o reinfección.