

CARTA AL DIRECTOR

Tuberculosis respiratoria: repercusión del retraso diagnóstico sobre la salud laboral



Respiratory tuberculosis: Impact of diagnostic delay on occupational health

La tuberculosis (TBC) representa una amenaza de salud pública global. La persistencia y reactivación de casos latentes sumada a las multirresistencias supone un riesgo continuo, especialmente para estratos sociales más desfavorecidos, pero también para el personal sanitario¹. La dificultad que supone el diagnóstico de pacientes pluri-patológicos o con enfermedades crónicas descompensadas impide que se tomen medidas específicas para evitar contagios. Por ello, la transmisión a profesionales sanitarios continúa siendo uno de los principales retos para erradicar esta enfermedad².

Presentamos 2 casos incidentes de pacientes bacilíferos registrados en nuestro hospital en menos de 30 días. El primero, un paciente quirúrgico a quien no se realizó una radiografía de tórax (RT) previamente solicitada, y fue diagnosticado tras varios días de hospitalización. El segundo, un trabajador sanitario, contacto familiar de un caso declarado meses antes.

Se identificó de forma activa a todos los profesionales potencialmente expuestos y se les citó en medicina preventiva actuando de acuerdo con las recomendaciones generales³. Se identificaron 178 trabajadores potencialmente expuestos (fig. 1). Se realizó un test de IGRA inicial. En 10 casos (5,8%) se obtuvo un resultado positivo, sugerente de exposición anterior, y en todos se descartó enfermedad pleuropulmonar mediante RT. Se indicó quimioprofilaxis en solo un caso (varón de 34 años sin antecedentes). En el resto se descartó por edad, antecedentes de infección y/o pautas anteriores.

En 134 casos (77,5%) el resultado basal fue negativo. En 118 (88,1%) se descartó la infección repitiendo el test IGRA a los 3 meses. Además, 29 trabajadores se habían sometido al IGRA inicial 2-3 meses tras la exposición, con resultado negativo, descartándose directamente la infección. Otros 15 profesionales con IGRA inicial negativo no se sometieron al segundo test. Finalmente, existió un caso de posible conversor (mujer de 56 años).

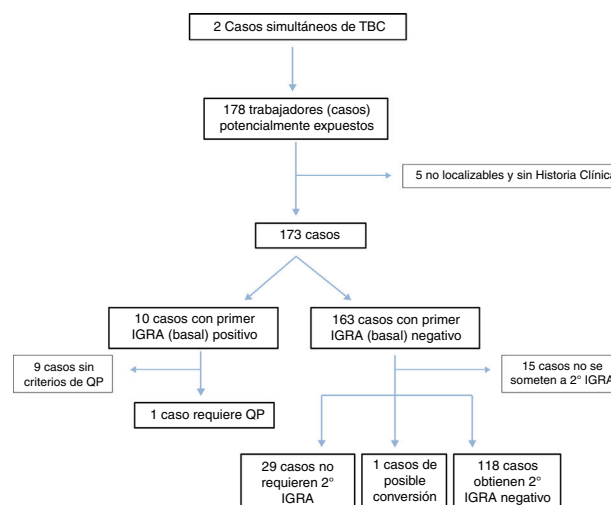


Figura 1 Seguimiento y actuaciones realizadas tras la identificación de ambos casos simultáneos de tuberculosis. Se aprecian las distintas fases del protocolo de actuación ante exposiciones potenciales.

QP: quimioprofilaxis. TBC: tuberculosis.

El resultado final tras los meses de seguimiento e intervención ha sido la detección de un posible conversor y la iniciación de un protocolo de quimioprofilaxis, si bien la exposición requirió la exploración y el seguimiento de un número elevado de profesionales, 292 test IGRA y 12 RT y estudios analíticos. Ello implicó un coste económico considerable y ansiedad e incertidumbre generalizada entre los profesionales sanitarios, pacientes y familiares.

Los autores queremos destacar el impacto que supone el retraso diagnóstico de la TBC tanto en los pacientes como en el personal sanitario, pues no solo repercute sobre la salud individual sino también sobre el bienestar colectivo. Los programas de control de la infección tuberculosa deberían estar extensamente implementados en todos los dispositivos sanitarios de manera coordinada, eficaz y rápida para evitar la ansiedad, costes y posibles transmisiones derivadas del diagnóstico tardío⁴.

Es necesario hacer un esfuerzo por actuar en estos casos de forma precoz y, para ello, los servicios de medicina preventiva hospitalarios y los dispositivos epidemiológicos de los distritos sanitarios deben constituir un apoyo esencial,

ser utilizados y conocidos por todos los clínicos. Si un profesional sanitario cree haber tenido contacto estrecho con un paciente bacilífero sin protección, han de iniciarse las actuaciones de seguimiento y prevención oportunas en el menor tiempo posible.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

A todos los trabajadores del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico San Cecilio por su participación en la recogida de la información y su apoyo en el seguimiento de los contactos.

Bibliografía

1. Sharma D, Sharma J, Deo N, Bisht D. Prevalence and risk factors of tuberculosis in developing countries through health care workers. *Microb Pathog.* 2018;124:279–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.micpath.2018.08.057>.
2. Lee JY. Tuberculosis Infection Control in Health-Care Facilities: Environmental Control and Personal Protection. *Tuberc Respir Dis.* 2016;79:234–40, <https://doi.org/10.4046/trd.2016.79.4.234>.
3. Rodriguez CA, Sasse S, Yuengling KA, Azzawi S, Becerra MC, Yuen CM. A systematic review of national policies for the management of persons exposed to tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21:935–40, <https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0061>.
4. Jo KW. Preventing the Transmission of Tuberculosis in Health Care Settings: Administrative Control. *Tuberc Respir Dis.* 2017;80:21–6, <https://doi.org/10.4046/trd.2017.80.1.21>.

M. Rivera-Izquierdo*, D.T. Martín-Romero
y P. Massó-Guijarro

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario
San Cecilio, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mario.rivera.sspa@juntadeandalucia.es
(M. Rivera-Izquierdo).