

## Implantación del Quantiferón como nuevo método de despistaje de infección tuberculosa en pacientes de diálisis

**María Luisa Pérez Lapuente, Francisca López Pina, Esperanza Melero Rubio, M<sup>a</sup> Paz Gómez Sánchez, Isabel Romero Espinosa, Ana Belén Guirao Molina**

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

### Introducción:

La Tuberculosis (TBC) es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. Es máxima prioridad hacer diagnóstico precoz, iniciar tratamiento antituberculoso y detectar portadores de esta infección para disminuir la mortalidad. El diagnóstico estándar se realiza con la prueba de la tuberculina, Mantoux (PT). Ahora están en auge las pruebas de liberación de Interferón Gamma (IGRA), con mayor sensibilidad y capacidad de detección, se realizan cuando se sospecha de situaciones con posibilidad de falso positivo, por ejemplo por anergia a la PT, además discrimina a los vacunados de BCG.

Los pacientes en diálisis son un ejemplo de población que manifiesta anergia cutánea a los antígenos de la PT y también son población de riesgo de desarrollar TBC activa si hay infección tuberculosa latente. Por otra parte, en las unidades de Diálisis la TBC activa podría diseminarse con mayor facilidad.

Nuestro estudio pone el foco en el diagnóstico de la infección latente, determinando la producción de IGRA en sangre ya que presenta mayor sensibilidad para el diagnóstico de TBC en estos pacientes.

### Objetivo:

- Identificar los pacientes con TBC latente en programa de diálisis.
- Describir el protocolo de despistaje de infección tuberculosa.

### Material y Método:

Estudio descriptivo de prevalencia. Población diana: pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal. Se realizó una entrevista estructurada recogiendo los siguientes

datos: Mantoux previo y resultado, presencia de síntomas sistémicos, antecedentes de hepatopatías y serologías (VHB, VHC, VIH), Quantiferón (Q-TB) realizado y resultado.

Se realizó una breve explicación sobre la enfermedad y la técnica a realizar Q-TB y el tratamiento en caso de resultado positivo, dándonos consentimiento oral.

A los pacientes que presentaron Q-TB positivo se les realizó radiografía de tórax y si presentaban clínica respiratoria, baciloscopia en esputo, antes de iniciar profilaxis para descartar TBC activa. En pacientes con resultado Q-TB negativo no se intervino.

### Resultados:

La población diana fue de 76 pacientes, 21 en HD siendo el 27,63% y 55 en DP siendo el 72,37% de la muestra. Un paciente del total de la muestra se negó a realizarse las pruebas del protocolo. El 42% eran mujeres y el 58% hombres, con una media de 54.96 años y rango de 18-82 años. El 52,6% tenían PT previo negativo. El resultado de Q-TB positivo representó un 15,8% de la muestra (12 casos de 76, 3 en HD y 9 en DP) y el 84,2% presentaron Q-TB negativo.

### Conclusiones:

Con el nuevo protocolo Q-TBT se identificaron nuevos positivos sobre pacientes que habían obtenido resultados previamente negativos con Mantoux (15,8%). Este número es suficiente para ser tenido en cuenta y considerar útil para la detección de la TBC latente en pacientes que siguen tratamiento renal el procedimiento aplicado. Este protocolo de despistaje resulta objetivo al eliminar la observación y depender de valores analíticos, laboratorio de inmunología disponible en nuestro hospital, y la posibilidad de repetirse en caso necesario.