

Necesidad de actualizar las recomendaciones para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas

Andrés Marco, Neus Solé, Isabel Barnés, Rafael Alonso Guerrero, Elisabet Turu

Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Texto recibido: 29/10/2023

Texto aceptado: 30/10/2023

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo “Estudio descriptivo sobre el uso de ensayo de liberación de interferón gamma en población reclusa con prueba de tuberculina positiva en el Centro Penitenciario de Burgos”, de Baca *et al.*, recientemente publicado en Revista Española de Sanidad Penitenciaria¹. En sus conclusiones, los autores aconsejan actualizar las recomendaciones aplicadas para el control de la tuberculosis (TB) en las prisiones gestionadas por el Ministerio del Interior. Estamos de acuerdo y quisiéramos fundamentar esta apreciación con algunos comentarios.

1. En el trabajo mencionado, los autores consideraron infectados a los “internos con resultado de la prueba de tuberculina (PT) igual o mayor de 10 mm”, aunque este no es el criterio utilizado habitualmente en las prisiones españolas gestionadas por el Ministerio del Interior, donde se establecen como positivos “valores mayores o iguales de 5 mm, independientemente del estado vacunal”². Interpretar la positividad de la PT a partir de 10 mm, salvo en grupos especiales, es lo que recomiendan los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*)^{3,4} para países con una incidencia como la de España, y lo que aconsejan recientes documentos de algunas administraciones sanitarias autonómicas⁵.

2. El vigente Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Medio Penitenciario (PPCT)² no recomienda el uso de QuantiFERON® (QTF), como recuerdan Baca *et al.* en su trabajo. Sin embargo, también en las actuales directrices de los CDC^{3,4}, como en recientes revisiones sobre infección tuberculosa latente (ITL)⁶, se da preferencia al uso

diagnóstico de las pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA, *interferon gamma release assay*), aun considerando la PT como una prueba aceptable. A pesar de esta recomendación, la tecnología de las pruebas IGRA, así como su mayor coste económico, probablemente hagan difícilmente generalizable su uso a todas las prisiones españolas. Por este motivo, podría plantearse utilizar este tipo de pruebas solo en algunas circunstancias. Por ejemplo, para confirmar las PT positivas, que es lo que Baca *et al.* efectúan en su investigación, o también como forma dirigida para discriminar el uso de falsos positivos de la PT (en vacunados con el bacilo de Calmette y Guérin [BCG], básicamente) o de falsos negativos (en niños e inmunodeprimidos, principalmente). Esta última opción es la que recomendó la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) en 2008⁷, y es la que se ha estado utilizando en las prisiones de Cataluña en los últimos años.

3. Como se ha comentado, en el estudio de Baca *et al.*, se realizaron pruebas IGRA a todos los casos con PT positiva, independientemente de si habían sido vacunados o no con BCG. Esta opción, sin duda adecuada, es universalmente difícil de aplicar por la tecnología de las pruebas IGRA, porque además es cara, sobre todo en poblaciones como la penitenciaria con prevalencias de infección alta. Además, supone un riesgo alto de resultados discordantes (PT positivas o negativas no confirmadas mediante QTF), como se observó en el trabajo citado, donde la discordancia global fue del 55% y, como era esperable, aun mayor (70%) en el grupo de vacunados. Quizás, mientras haya dificultad para generalizar el uso de las pruebas IGRA, una opción más eficiente sea solicitar estas pruebas como confirmación si hay antecedente de

vacunación previa con BCG. Este antecedente es cada vez más infrecuente en los presos españoles, ya que la vacunación sistemática se abandonó en España en 1980, aunque se mantuvo hasta 2013 en el País Vasco⁸, pero es más habitual en presos inmigrantes, ya que la BCG tiene una cobertura cercana al 90% en países con alta incidencia de TB⁹.

4. Otro aspecto que precisa revisión en el PPCT es el tratamiento de la ITL, ya que además del tratamiento precoz de los casos con TB activa, la detección y tratamiento de la ITL se ha convertido en una medida esencial de control de la TB⁹. Debe recordarse, sin embargo, que la progresión de infección a enfermedad ocurre en el 5-15% de los infectados⁴. Por consiguiente, la decisión de indicar tratamiento de la ITL debe basarse en ponderar los riesgos asociados a la quimioprofilaxis frente al riesgo de desarrollar la enfermedad. Como han sugerido algunos expertos¹⁰, nos hallamos en una disyuntiva: tratar más ITL para tener un impacto mayor en el control de la TB o bien centrar nuestros esfuerzos en los infectados recientes y en los grupos de mayor riesgo, en los que esta estrategia ha demostrado claramente su coste-efectividad.

Finalmente, los tratamientos basados en el uso de rifamicinas son, en el momento actual, el enfoque preferido para el tratamiento de la ITL, porque frente a la monoterapia con isoniácida, tienen similar o mejor eficacia, menor duración y tasas de adherencia más altas⁴. Todos estos aspectos también son apartados que deberían revisarse en el PPCT, que ha sido muy útil durante años y ha ayudado a controlar la TB en prisión, pero que precisa una urgente actualización 12 años después de su tercera edición. Por ello, felicitamos a Baca *et al.* por su trabajo y nos sumamos a su petición que, por los motivos expuestos, entendemos prioritaria.

Cordialmente,

CORRESPONDENCIA

Andrés Marco
Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud
Penitenciaria. Institut Català de la Salut.
Barcelona
E-mail: amarco@gencat.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baca R, Vivancos-Gallego MJ. Estudio descriptivo sobre el uso de ensayo de liberación de interferón gamma en población reclusa con prueba de tuberculina positiva en el Centro Penitenciario de Burgos. *Rev Esp Sanid Penit.* 2023;25(3):113-21.
2. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el medio penitenciario (3ª ed). Madrid, Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad, 2011.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Prueba cutánea de la tuberculina. CDC. 2012. Disponible en: CDC | TB | Hojas informativas - Pruebas de tuberculosis
4. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, Cohn DL, Daley CL, Desmond E, *et al.* Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. *Clin Infect Dis.* 2017;64(2):111-5. doi: 10.1093/cid/ciw778.
5. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Agència de Salut Pública de Catalunya. Recomanacions per al cribratge de la infecció tuberculosa latent a Catalunya. Generalitat de Catalunya. [Internet]. Departament de Salut; 2023. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9629/recomanacions_cribratge_infeccio%20tuberculosa_latent_catalunya_2023.pdf?sequence=1
6. Shah M, Dorman SE. Latent Tuberculosis Infection. *N Eng J Med* 2021;385(24):2271-80. doi: 10.1056/NEJMcp2108501.
7. Ruiz-Manzano J, Blanquer R, Calpe JL, Caminero JA, Caylà JA, Domínguez JA, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 2008;44(10):551-66.
8. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Mellado Peña MJ. Influencia de la vacunación con BCG en la interpretación de la prueba de la tuberculina. *An Pediatr Contin.* 2014;12(2):74-7.
9. Martín C, Aguiló N, Gonzalo-Asensio J. Vacunación frente a la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;36(10):648-56. doi: 10.1016/j.eimc.2018.02.006.
10. Domínguez J, Latorre I, Santin M. Diagnóstico y abordaje terapéutico de la infección tuberculosa latente. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;36(5):302-11. doi: 10.1016/j.eimc.2017.11.014..