

Estudio de contactos en el siglo XXI: se precisan innovaciones



Joan A. Caylà y Àngels Orcau

Servicio de Epidemiología. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona. España.

En muchas enfermedades infecciosas es conocido que los contactos de los casos tienen una incidencia y una prevalencia de enfermedad muy superiores a las de la población general. Ello se debe a la influencia de los casos índices que han transmitido la enfermedad en su entorno y/o factores que a lo largo de los años han ido favoreciendo el desarrollo de la enfermedad (limitaciones socioeconómicas), medidas de prevención y control inadecuadas, entre otros. Esto ha hecho que se hayan desarrollado estrategias de prevención y control como el estudio de contactos (EC), que posibilita el diagnóstico temprano de casos secundarios –en ocasiones incluso del caso índice auténtico– o la implementación de medidas preventivas para evitar otros casos entre los contactos de un caso índice. En función de la contagiosidad de cada infección, variarán tanto la determinación de contactos a estudiar como el ámbito de actuación (familia, escuela, hospital, empresa y otros)¹.

Uno de los principales motivos para considerar que una enfermedad sea de declaración obligatoria a Salud Pública es la posibilidad de reducir la transmisión a los contactos y evitar así la aparición de nuevos casos². Las medidas preventivas que se aplican a los contactos de un caso pueden ser la administración de vacunación, gammaglobulina o aislamiento siguiendo pautas de probada efectividad^{1,3-5}.

Las enfermedades de transmisión sexual probablemente fueron las primeras enfermedades en las que se inició el EC. Mediante encuestas en racimo⁶, se va identificando a las parejas sexuales que ha tenido el paciente. En función de los resultados, a partir de estas parejas o de alguna de ellas –las que estén afectadas– también se podrá identificar a sus contactos sexuales, y así sucesivamente si fuera necesario. Es una tarea laboriosa pero factible, en la que interesa una buena colaboración del paciente y de sus contactos. La disponibilidad de buenos programas que aporten información, educación sanitaria, tratamiento y la máxima confidencialidad facilitarán esta labor.

En el sida, el largo período de incubación dificulta extraordinariamente la determinación de los contactos que tuvo el paciente años atrás, cuando se infectó, por lo que se debe priorizar el EC a partir de las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En estos casos debería investigarse siempre el mecanismo de transmisión y, cuando sea posible, realizar un EC para detectar otros casos que podrían beneficiarse de un tratamiento temprano y también impartir educación sanitaria que beneficiaría a sus contactos. Esta política no es una utopía, ya que se lleva a cabo mediante una estrecha colaboración entre los médicos clínicos y Salud Pública. Recientemente, a partir de la de-

tección de un agrupamiento de 5 casos de infección por el VIH que se dio a conocer en los medios de comunicación, los servicios de salud pública recibieron 1.600 llamadas telefónicas, a 1.000 se les propuso el test del VIH, 772 se lo practicaron y se detectaron otros dos infectados⁷.

En la enfermedad meningocócica, la mayoría de los casos son esporádicos y el riesgo de aparición de un caso secundario es bajo, aunque en los contactos íntimos es del 0,33%. También se considera que los contactos escolares, sobre todo los de guardería y parvulario, tienen mayor riesgo que la población general⁸. El objetivo de recomendar quimioprofilaxis a los contactos es reducir la probabilidad de presentar enfermedad invasiva mediante la erradicación del estado de portador. Antibióticos como la rifampicina, el ciprofloxacino y la ceftriaxona han demostrado ser eficaces para eliminar el estado de portador, y deben administrarse a los contactos íntimos de un caso de enfermedad meningocócica tan pronto como sea posible después del diagnóstico del caso índice, idealmente en las primeras 24 h. Por este motivo, la enfermedad meningocócica es de declaración urgente, y serán los servicios de salud pública los que determinarán los contactos de riesgo e indicarán la extensión de la quimioprofilaxis. En casos debidos a cepas prevenibles por vacunación, la administración de la vacuna ofrecerá protección a más largo plazo.

En relación con la hepatitis A, las mejoras higiénicas han hecho que disminuya de manera muy importante la circulación del virus de la hepatitis A, aunque la llegada a la edad adulta de cohortes susceptibles ha facilitado la aparición de brotes de esta enfermedad, tanto a través del contacto directo como por vía alimentaria o hídrica^{9,10}. Por esta razón, ante la aparición de un caso de hepatitis A se recomienda ofrecer gammaglobulina inespecífica antes de las dos semanas postexposición a los contactos domiciliarios y sexuales más jóvenes. Esta recomendación se ampliará a todos los contactos de guardería si el caso aparece en un alumno o empleado³. Las estrategias de vacunación sistemáticas frente a la hepatitis A pueden modificar este escenario.

En las enfermedades inmunoprevenibles que sólo tienen reservorio humano, la vacunación sistémica ha permitido disminuir mucho la incidencia en países con buenas coberturas vacunales y también plantear estrategias de eliminación. Por eso, ante la aparición de un caso, la determinación de contactos de riesgo y su vacunación es una parte muy importante de las actuaciones de control¹¹.

Alsedà y Godoy aportan el EC de 437 casos de tuberculosis y objetivan que el 1,4% de ellos –sólo 6 casos– generaron microepidemias y un total de 15 casos secundarios, mientras que los otros 41 sólo generaron 24 enfermos¹². El hecho de que la mayoría de los casos índices no generan casos secundarios, que unos pocos sí los generan y que sólo un pequeño porcentaje ocasiona microepidemias es una observación frecuente en los países desarrollados tanto en tuberculosis como en otras enfermedades infecciosas. En este sentido, recientemente, a raíz de la epidemia de sín-

Correspondencia: Dr. J.A. Caylà.
Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.
Servei d'Epidemiologia. Agencia de Salut Pública de Barcelona.
Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: jcayla@imsb.bcn.es

Recibido el 10-7-2003; aceptado para su publicación el 21-7-2003.

drome agudo respiratorio grave, también se han identificado hipertransmisores. Así, en Singapur 5 pacientes contagiaron cada uno a 10 o más contactos, pero 162 no contagiaron a nadie¹³. Esto hace pensar que serían prioritarios para investigar (en el caso del síndrome agudo respiratorio grave, para someter a cuarentena) aquellos contactos relacionables con determinadas características de los casos índices y/o de los contactos que podrían indicar una más fácil transmisión. No obstante, si los recursos lo permiten, en la tuberculosis estaría indicado estudiar sistemáticamente los contactos de prácticamente cualquier caso buscando contagiados (enfermos o infectados) y/o casos índices auténticos⁴. Avala esta afirmación un estudio reciente realizado en Londres, donde el porcentaje de contactos que requerían tratamiento por infección o enfermedad tuberculosa fue del 12,5% entre los contactos de bacilíferos, del 7,7% entre los contactos de los no bacilíferos y del 6,2% entre los contactos con afectación extrapulmonar, mientras que en los inmigrantes recién llegados era del 3,1%. En cambio, el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis del Reino Unido sólo incluye el EC de los bacilíferos y de los inmigrantes¹⁴.

En un estudio sobre la transmisibilidad de la tuberculosis en Lleida, los autores observaron que se estudió al 60,4% de los contactos de los enfermos¹⁵. Esta cobertura del EC es similar o mejor que la observada en otros estudios realizados en España^{16,17}. Queda como asignatura pendiente mejorar estas coberturas dado su elevado rendimiento, ya que se detectan tempranamente casos secundarios e incluso microepidemias, y también parece probable que entre los contactos no estudiados puedan estar las subpoblaciones con mayor riesgo. En Barcelona se objetivó por técnicas de epidemiología molecular que la mitad de los 44 casos considerados aislados y que tenían cultivo positivo estaban agrupados en racimos¹⁸.

Las perspectivas a corto-medio plazo del EC pasan por una renovación profunda a la par que una incorporación plena de antiguos conceptos (estudios en racimo, de círculos concéntricos, transmisibilidad, riesgo y otros). El clínico debe tener siempre en cuenta que cuando diagnostica un caso de una enfermedad transmisibile puede estar ante un grupo de personas –los contactos del enfermo– que pueden estar infectadas o enfermas. El conocimiento por parte de los médicos clínicos de estas actuaciones de control más allá del diagnóstico y tratamiento del enfermo, y la participación activa en su determinación, estudio y tratamiento mejoran las actividades de prevención de casos secundarios. En las enfermedades de transmisión sexual, VIH incluido, debería sistematizarse el EC en racimo, aprovechando cuando fuere necesario los medios de comunicación y hasta las páginas web de los grupos a estudiar. Que la infección por el VIH fuera de declaración obligatoria facilitaría esta labor.

En la tuberculosis debe mejorarse la cobertura del EC dado el elevado rendimiento. El porcentaje de casos con contactos estudiados es un indicador básico de evaluación para programas de prevención y control de esta enfermedad. La norma debe ser realizar el EC en cada caso de tuberculosis,

o extrapulmonar, buscando casos índices o casos secundarios o infectados, e incluso en los niños infectados por *Mycobacterium tuberculosis* debería buscarse la fuente de infección. Para conseguirlo, debería seguirse sistemáticamente la técnica de los círculos concéntricos, y los programas de prevención y control deberían disponer de los recursos suficientes (unidades de EC adecuadas, enfermería de salud pública, agentes de salud para contactar mejor con poblaciones inmigrantes, registros informáticos de casos relacionados con registro de contactos, disponibilidad de técnicas de epidemiología molecular, etc.)⁴. Dichos programas deberían ser más expeditivos y también deberían conseguir mejoras organizativas. En definitiva, precisamos de una salud pública más potente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chin J, editor. Control of communicable diseases manual. 17th ed. Washington: American Public Health Association, 2000.
2. Nelson KE. Surveillance. In: Nelson KE, Williams CM, Graham Neil MH, editors. Infectious disease epidemiology. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc., 2001; p. 97-117.
3. CDC prevention of hepatitis A through active or passive immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1999;48(RR-12):1-54.
4. Grupo de estudio de contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Documento de consenso sobre el estudio de contactos en los pacientes tuberculosos. Med Clin (Barc) 1999;112: 151-6.
5. CDC. Progressing toward tuberculosis elimination in low-incidence areas of United States. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. MMWR 2002;51(RR-5):1-15.
6. Sierra López A, Torres Luna A, Lecuona Fernández M. Epidemiología y transmisión de las enfermedades de transmisión sexual. En: Piédrola Gil G, editor. Medicina preventiva y salud pública. 10.ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
7. Allen KW, Moss TR, Evans BG, Nguyen-Van-Tam JS, Rogstad KE, Radford J, et al. Doncaster: the public health response to a local cluster of heterosexually acquired HIV infection. Commun Dis Public Health 2002; 5:271-5.
8. Public Health Laboratory Service Meningococcus Forum. Guidelines for public health management of meningococcal disease in the UK. Commun Dis Public Health 2002;5:187-204.
9. Cotter SM, Sansom S, Long T, Koch E, Kellerman S, Smith F, et al. Outbreak of hepatitis A among men who have sex with men: implications for hepatitis A vaccination strategies. J Infect Dis 2003;187:1235-40.
10. CDC. Foodborne transmission of hepatitis A – Massachusetts, 2001. MMWR 2003;52:565-7.
11. Regional Office for Europe, World Health Organization. Measles elimination. Disponible en: <http://who.dk/eprise/main/pros/MEP>
12. Alsedà M, Godoy P. Análisis de seis microepidemias detectadas en el estudio de contacto de enfermos tuberculosos. Med Clin (Barc) 2003; 121:492-3.
13. Anónimo. Severe acute respiratory syndrome. Singapore, 2003. MMWR 2003;52:405-11.
14. Underwood BR, White WL, Baker T, Law M, Moore-Guillon JC. Contact tracing and population screening for tuberculosis –who should be assessed? J Public Health Med 2003;25:59-61.
15. Alsedà M, Godoy P. Factores del enfermo tuberculoso asociados al estudio de contactos [en prensa]. Rev Clin Esp 2003.
16. Limón Mora J, Nieto Cervera P. Estudio de la tuberculosis en un distrito sanitario de Sevilla. Situación actual y alternativas para mejorar el control. Rev Esp Salud Pública 2003;77:233-43.
17. Rodrigo T, Caylà JA, Galdós-Tanguis H, García de Olalla P, Brugal MT, Jansà JM. Proposing indicators for evaluation of tuberculosis control programmes in large cities based on the experience of Barcelona. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5:432-40.
18. Solsona J, Caylà JA, Verdú E, Estrada MP, García S, Roca D, et al. Molecular and conventional epidemiology of tuberculosis in an inner city district. Int J Tuberc Lung Dis 2001;8:724-31.