

TRABAJO ORIGINAL

CONDUCTA ANTE PPD COMO RASTREO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Dra. Marcela Rinaldi

A pesar de la vacunación y la quimioprofilaxis la tuberculosis (TBC) sigue siendo la enfermedad infecciosa que más muertes causa en el mundo. Anualmente se registran entre 8 y 10 millones de casos nuevos y de 3 a 5 millones de muertes atribuidas a TBC²; en nuestro país se estiman entre 20.000 y 30.000 nuevos casos por año¹.

La prueba tuberculínica (PPD) o reacción de Mantoux es un método universalmente utilizado². Es el test disponible para el rastreo de la infección por *Micobacterium tuberculosis* en la población. Se realiza con una proteína del *Micobacterium tuberculosis* que se obtiene del filtrado de micobacterias provenientes de cultivos en medios sintéticos. Hay distintos tipos de tuberculinas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda utilizar la Mantoux o PPD-S, derivado proteico purificado estándar de Seibet y Long².

La técnica consiste en la administración intradérmica de 0,1 ml en la cara anterolateral del antebrazo. Es una prueba cutánea de hipersensibilidad retardada y valoración cuantitativa, y la lectura debe realizarse dentro de las 48-72 hs midiendo el diámetro transversal de la induración². El resultado se expresa en mm y nunca debe informarse como negativa, sino 0 (cero)¹.

El test sirve para identificar a las personas infectadas con alguna micobacteria. No certifica el diagnóstico de TBC¹. Una prueba positiva sólo indica que la persona estuvo en contacto con alguna micobacteria. Una prueba negativa tampoco descarta el diagnóstico².

Si bien la PPD tiene una sensibilidad alta, la especificidad es muy baja y el valor predictivo positivo también es bajo en pacientes con baja probabilidad de infección tuberculosa latente, por lo tanto la PPD no es un método adecuado de screening y el test debe ser dirigido¹.

POBLACIÓN CON INDICACIÓN DE RASTREO³

- 1) HIV positivos
- 2) Contactos cercanos de casos de TBC bacilíferos confirmados
- 3) Pacientes con radiografía sugestiva de lesión por TBC
- 4) Drogadictos endovenosos
- 5) Pacientes institucionalizados
- 6) Población carcelaria
- 7) Trabajadores de la salud
- 8) Niños menores a 4 años que no hayan recibido la BCG
- 9) Todo aquel paciente que recibirá inmunosupresión

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS, PUNTOS DE CORTE³

Generalmente se toman tres puntos de corte. A continuación se expresan los valores de acuerdo al riesgo para interpretar una prueba como positiva:

Mayor o igual a 5 mm:

- HIV positivos
- Contactos recientes de casos de TBC bacilifera
- Radiografía de tórax compatible con TBC antigua
- Trasplante de órgano sólido, otros inmunosuprimidos o
- Corticoterapia crónica

Mayor o igual 10 mm:

- Inmigrante de menos de 5 años de un país de alta prevalencia
- Drogadictos endovenosos
- Poblaciones cerradas o trabajadores expuestos (cuarteles, prisiones, geriátricos, hospitales, refugiados, residencias para pacientes HIV o drogadictos).

Mayor o igual a 15 mm:

- Personas sin factores de riesgo para TBC

CONDUCTA ANTE LOS RESULTADOS DE PPD³

Como se explicó previamente, la interpretación del resultado de la PPD depende de cada paciente y del grupo de riesgo en que se encuentra. Para evaluar la probabilidad de contagio hay que determinar que tipo de relación se produjo entre el individuo y el bacilo

¹ Servicio de Medicina Familiar. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.
E-mail: lepetitpetut@yahoo.com.ar

de la TBC. En este sentido, cada tipo de relación determina un riesgo y un tratamiento diferente:

a) Exposición: el paciente ha tenido un contacto reciente y sostenido con una persona con sospecha o con diagnóstico de enfermedad. No hay signos ni síntomas de infección, PPD menor a 5 mm y radiografía de tórax normal

b) Infección: el paciente ha tenido contacto con una persona infectada contagiosa, esta asintomático, su examen físico es normal y la radiografía de tórax es normal o presenta alguna calcificación ganglionar pero la PPD es positiva.

c) Enfermedad: el paciente tiene síntomas o signos de enfermedad, o ambos, o evidencia radiológica de enfermedad.

En la Argentina se recomienda la quimioprofilaxis en individuos con PPD positiva si:

1) son contactos convivientes de un caso confirmado y se descarta enfermedad activa.

2) son pacientes HIV positivo, son personas que reciben tratamiento inmunosupresor prolongado o padecen alguna patología crónica que induzca inmunosupresión

OBJETIVO

Describir la conducta médica ante el resultado de la PPD solicitada como motivo de ingreso de pacientes a tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo por revisión de historia clínica (HCL)

Se tomaron todas las PPD realizadas desde el 01-01-03 hasta el 01-06-03, en el Hospital Privado de Comunidad (HPC) de Mar del Plata. Se analizaron las siguientes variables:

Sexo

Edad

Nº de HCL

Valor de la PPD

Lectura de PPD: se interpretaron como leídas aquellos resultados que fueron copiados y firmados por el médico tratante y aquellos resultados que no fueron transcriptos pero que estaban adjuntados a la HCL (sector laboratorio).

Tabla 1. Características de la población (n=308).

Edad media	69,8 años
Mediana	78 años
Sexo femenino	173 (56,2%)
Sexo masculino	135 (43,8%)

Tabla 2. resultados de PPD leídas (n=270).

PPD	
< 5 mm	187 (69,25%) (*)
5- 9 mm	38 (14%)
>0 = 10 mm	45 (6,7%)

(*) lectura 0 mm 180 p.

Motivo de solicitud:

Epidemiología

Clínica

Otros

NC (no consta)

Tercer nivel (cuando quedaba constancia de solicitud en HCL para ingreso a tercer nivel, ya sea por el médico o por asistente social y todas aquellas que eran solicitadas junto con VDRL y RX de tórax).

A partir de este punto solo se analizaron aquellas solicitadas como ingreso a tercer nivel.

Ingreso a tercer nivel (si-no)

Conducta a seguir:

Interconsulta infectología

- Quimioprofilaxis

- Tratamiento

- Otro

- NC

RESULTADOS

Del 01/01/03 al 01/06/03 se solicitaron 425 PPD de las cuales se analizaron 308, las restantes no se analizaron por las siguientes razones:

a) 84 HCL pertenecían a pacientes fallecidos al momento del estudio

b) 12 no eran pacientes del hospital (hojas 800.000)

c) 19 HCL no pudieron ser localizadas

De las 308 historias clínicas analizadas las características de la población se describe en la tabla 1. De estas HCL se llevó a cabo la lectura en 270 (88,7%) de las PPD aplicadas. Los resultados de dichas pruebas se expresan en la tabla 2.

El motivo por el cual se solicitó el examen de PPD, se clasificó según lo registrado en la historia clínica como, por epidemiología, por síntomas clínicos sugestivos, por ingreso a tercer nivel (institucionalización), otro motivo y se tomó como no constan aque-

Tabla 3. Motivo de solicitud de PPD (n=308).

Tercer Nivel	186 (60,4 %)
Clínica	90 (29,2 %)
Epidemiología	14 (4,5 %)
Otro	8 (2,6 %)
No consta	10 (3,2 %)

Tabla 4. Características de la población con motivo de solicitud: tercer nivel (n=186).

edad media	80,7 años DS10,878
Edad mediana	83 años
Sexo femenino	102 (54,8 %)
Sexo masculino	84 (45,2 %)

llos que no se desprende el motivo del registro medico. Estos resultados se expresan en la tabla 3.

En la tabla 4 se muestran las características de la población cuyo motivo de solicitud fue tercer nivel

De las 186 PPD solicitadas para ingreso a tercer nivel, se institucionalizaron 84 (45,1%) pacientes, no ingresaron a tercer nivel 17 (9,1%) pacientes y en 85 (46,2%) casos no se encontraron registros en HCL. Solo el 85.3% de las PPD aplicadas fueron leídas y los resultados se expresan en la tabla 5.

De los 20 pacientes que tenían PPD mayor o igual a 10, ingresaron a tercer nivel 8 (40%) y los 12 (60%) restantes no se obtiene registro en HCL. De las 20 PPD positivas, se realizo interconsulta con infectología en

Tabla 5. Resultados de las PPD solicitadas para ingreso a tercer nivel (n=157).

PPD	
< 5 mm(*)	124
5-9 mm	14
> o = 10 mm	20

(*)lectura 0 = 123p.

uno de los pacientes, se indico tratamiento antituberculoso en un paciente y en los 18 restantes no constan datos sobre la conducta medica tomada.

CONCLUSIÓN

La solicitud de PPD para ingreso a tercer nivel parecería cumplir con un mero tramite administrativo mas que guiar la conducta medica.

BIBLIOGRAFIA

1. Pinna DM. Algunas consideraciones respecto al test de la tuberculina (PPD). *REvista del HPC* 2002; 5.
2. Stambouliam D. *Infectología para la practica diaria*. Ediciones Funcei Bs. As. 1995; 221-237.
3. Rubistein et al. Tuberculosis. En: *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. Panamericana, Bs As. 2001;666-81.

