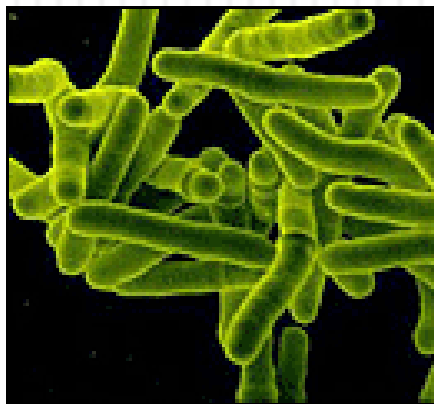


UPDATE INFECCIOSES TB GENER 2019



MYCOBACTERIUM TUBERCULOSI

Laura Clotet Romero
Anna Ferrer Traid
Carmen Ros Bertomeu

UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

JAMA | US Preventive Services Task Force | **EVIDENCE REPORT**

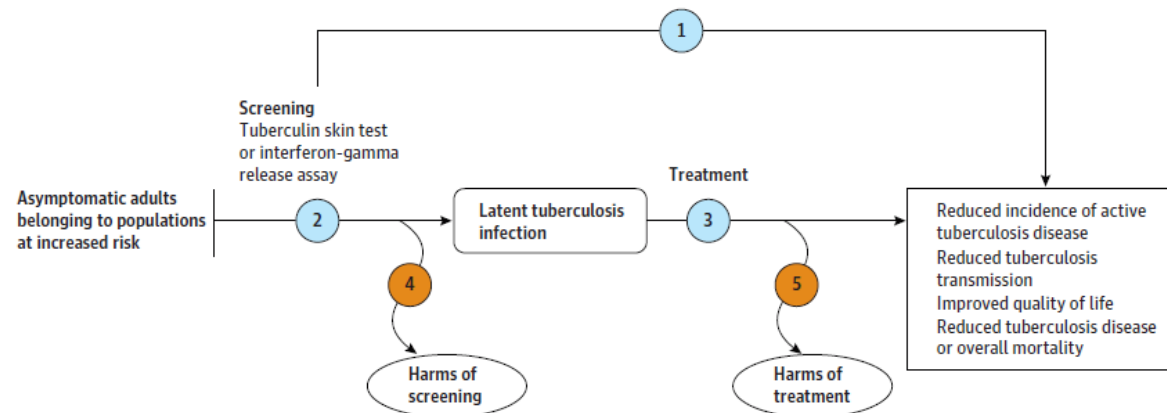
Primary Care Screening and Treatment for Latent Tuberculosis Infection in Adults Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force

Leila C. Kahwati, MD, MPH; Cynthia Feltner, MD, MPH; Michael Halpern, MD, PhD, MPH; Carol L. Woodell, BSPH; Erin Bolland, BA; Halle R. Amick, MSPH; Rachel Palmieri Weber, PhD; Daniel E. Jonas, MD, MPH

JAMA. 2016;316(9):970-983



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

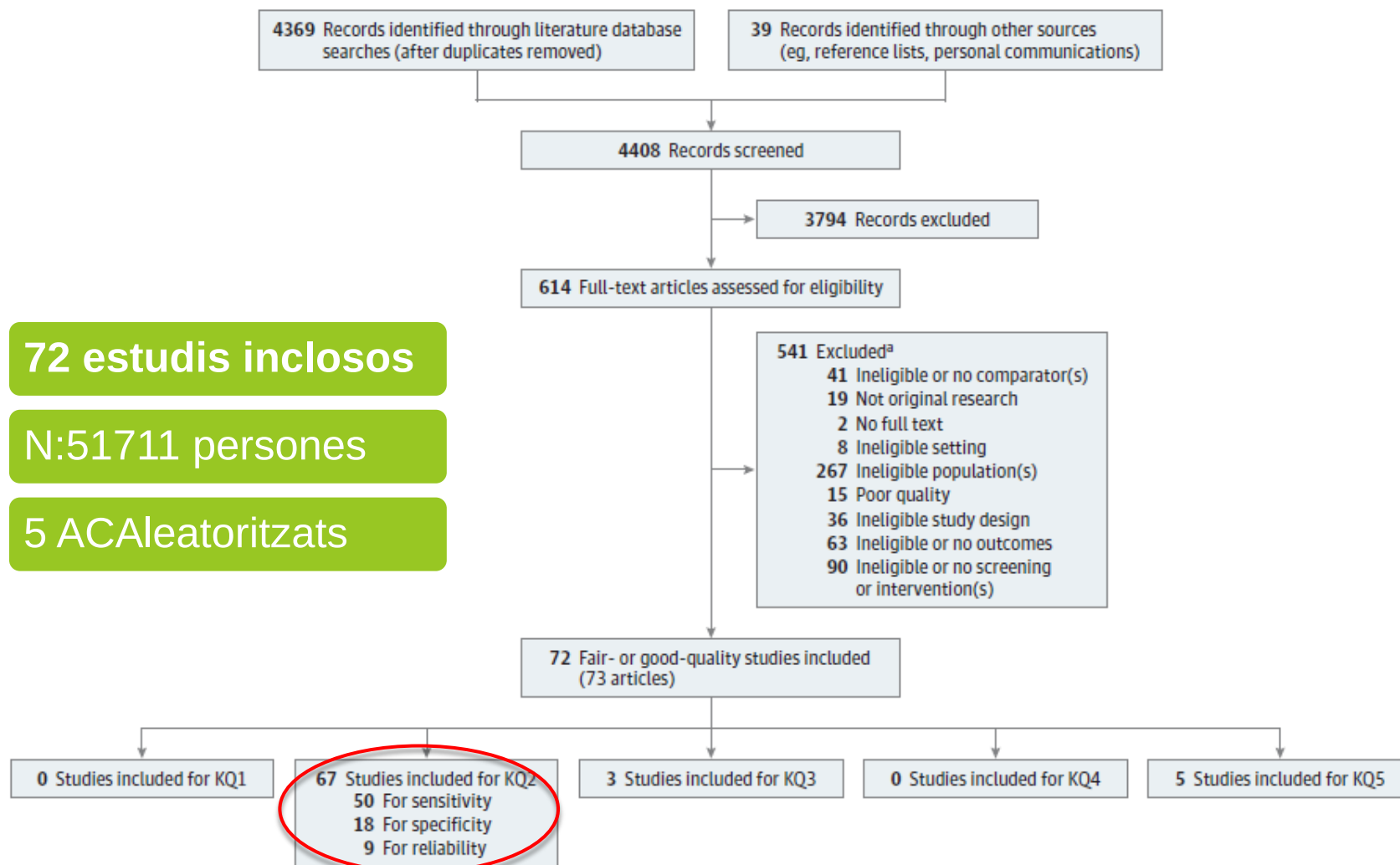


Key questions

- 1 Is there direct evidence that targeted screening for latent tuberculosis infection (LTBI) in primary care settings in asymptomatic adults at increased risk for developing active tuberculosis disease (eg, individuals in populations with a high prevalence of active TB disease or with documented increased risk for progression from LTBI to active TB disease) improves quality of life, or reduces active TB disease incidence, or reduces transmission of TB, or reduces disease-specific or overall mortality?
- 2
 - a. What is the accuracy and reliability of the TST or the interferon-gamma release assay (IGRA) for screening asymptomatic adults who are at increased risk for developing active TB disease?
 - b. What is the accuracy and reliability of sequential screening strategies that include both TST and IGRA testing in asymptomatic adults who are at increased risk for developing active TB disease?
- 3 Does treatment of LTBI with CDC-recommended pharmacotherapy regimens improve quality of life or reduce progression to active TB disease, or reduce transmission of TB, or reduce disease-specific or overall mortality?
- 4 Are there harms associated with screening for LTBI?
 - a. Do these harms differ by screening method or strategy?
 - b. Do these harms differ by population?
- 5 Are there harms associated with treatment for LTBI with CDC-recommended pharmacotherapy regimens?



Figure 2. Literature Flow Diagram



^a Nineteen studies that were poor quality, ineligible, or both were excluded but used in sensitivity analyses.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

5

- × **Beneficis del tractament de la infecció TB (KQ3)**
- × .IUAT study (n=27830). Als 5 anys l'1.4% del grup placebo desenvolupen TB vs el 0.5% dels tractats amb 6INH.
 - ⊙ RR 0,35 (95% CI, 0.24-0.52) i un NNT (number needed to treat): 112.
- × Afegeixen 4 ACA més amb diferents pautes INH i comparen amb placebo
 - ⊙ RR: 0.31 (95% CI,0.24-0.41); 36 823 participants



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

6

- × **Beneficis del tractament de la infecció TB (KQ3)**
 - ⊙ Rifampicina(4R) vs isoniazida (9INH) (n=847).PREVENT STUDY. Compara adherències i EA
 - ⊙ -CDC Study. Rifapentina+INH un cop per setmana durant 3 mesos no és inferior respecte a INH sola a diari durant 9 mesos.
 - Incidència:5 TB en grup intervenció vs 10 en grup 9INH sola als 33 mesos de seguiment.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

7

× MORTALITAT

⊙ En tres assaigs clínics

- -1-IUAT:3 morts per TB al grup placebo.
- -2-Rifampicina (4R) vs isoniazida:0 morts per TB o per qualsevol causa. 1 mort grup Inh
- -3-4 mesosRifapentina+Inh comparada amb 9Inh sola (n=6886).CDC Study. Moren 30 vs 34 en 33 mesos de seguiment.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

8

Efectes adversos del tractament de la tuberculosi latent

- × RR hepatitis INH 6,21 (Ic 95% 2,8-13,8) en 52 setmanes de tt (IUAT)

RR hepatitis per INH sola global (4 ACA)

5,05 (Ic 95% 2,5-10,15)

1,8% abandonaments en grup INH

- × INH vs Rifampicina -3 estudis:-

- ⊙ RR hepatitis 3,29 (Ic 95% 1,72-6,8)

- ⊙ 0 morts

- × Taxes d'interrupció són idèntiques per 4R i 9INH

Study characteristics of trials evaluating the harms of treatment are reported in Table 2. Five RCTs were included.⁹⁴⁻⁹⁸ One compared isoniazid with placebo (n = 27 830)⁹⁷; 3 compared rifampin with isoniazid (n = 1327)^{94,95,98}; and 1 compared rifapentine plus isoniazid with isoniazid alone (n = 6886).⁹⁶

The IUAT trial (described above) reported the RRs for developing hepatitis (undefined by study authors) associated with isoniazid compared with placebo as 3.45 (95% CI, 1.49-7.99) for 12 weeks of treatment, 4.59 (95% CI, 2.03-10.39) for 24 weeks (number needed to harm [NNH], 279), and 6.21 (95% CI, 2.79-13.79) for 52 weeks. Mortality rates from hepatitis were 0.03% for the 12-week isoniazid treatment group, 0.0% for the 24-week treatment group, and 0.01% for the 52-week treatment group (zero deaths from hepatitis among placebo-treated patients). The mortality rate from hepatitis was 0.14 per 1000 persons receiving isoniazid (RR, 2.35 [95% CI, 0.12-45.46]; NNH, 6947). Sensitivity analyses for isoniazid compared with placebo for hepatitis using data from the IUAT trial (3 treatment groups combined) and 3 additional RCTs^{15,19,20} that did not meet all eligibility criteria (eTables 13 and 15 in the [Supplement](#)) found an RR of 5.04 (95% CI, 2.50-10.15 [4 studies, 35 161 participants]) and no statistical heterogeneity among studies ($I^2 = 0.0\%$; $P = .63$).

In the IUAT trial, discontinuation because of adverse events was reported for 345 patients (1.8%) receiving isoniazid compared with 84 patients (1.2%) receiving placebo (RR, 1.50 [95% CI, 1.18-1.89]; NNH, 167). The most common reason was gastrointestinal distress (1.2% receiving isoniazid vs 0.9% placebo; RR, 1.33 [95% CI, 1.01-1.75]).



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

9

Efectes adversos del tractament de la tuberculosi latent

Efectes adversos Rifapentina+INH vs INH sola

- × Mortalitat per hepatotoxicitat: **1%** tractats amb INH vs **0.8%** dels tractats amb rifapentina plus INH
- × RR hepatitis graus 3 i 4: **0.90** (95%IC 0.75-1.08).
- × 5,2% d'abandonaments del tt en el grup tractat amb rifapentina (4,1% en els tt amb INH).



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

10

× **Conclusions**

- PT i Igra's són més específics que sensibles sobretot en països amb baixa incidència d'ITL
- El tractament d'infecció latent redueix el risc de progressió a tuberculosi activa
- La pauta amb INH s'associa a taxes més altes d'hepatotoxicitat

- × **Limitacions:** exclouen estudis de contactes, HIV, menors de 18 anys i pacients tt amb biològics



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Arch Bronconeumol. 2016;52(1):36-45



Artículo especial

Documento de consenso sobre la prevención y el tratamiento de la tuberculosis en pacientes candidatos a tratamiento biológico[☆]



Isabel Mir Viladrich^{a,*}, Esteban Daudén Tello^b, Guillermo Solano-López^b,
Francisco Javier López Longo^c, Carlos Taxonera Samso^d, Paquita Sánchez Martínez^e,
Xavier Martínez Lacasa^f, Mercedes García Gasalla^g, Jordi Dorca Sargatal^h,
Miguel Arias-Guillénⁱ y José María García García^j

El **risc d'emmalaltir de TB** ha augmentat en els pacients amb malalties inflamatòries cròniques que reben tractament immunosupressor, especialment els tractats amb **anti-TNF** (*tumor necrosis factor*).



CAMFIC. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Recomanacions:

1. Tots el pacients candidats a tractament biològic s'han d'estudiar.
2. Risc depèn del fàrmac (infliximab i adalimumab)
3. Diagnòstic de ITL: H^a Clínica, Rx. Tòrax, PT i IGRAs
4. Falsos negatius >> en *EIMI*
5. *Efecte Booster* no recomanat
6. Extracció sang IGRAs abans de la PT
7. T-SPOT.TB més sensible si tment amb etc.
8. IGRA indeterminat repetir
9. PT i IGRA negatiu no descarta ITL



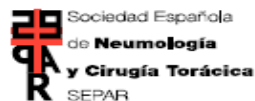
UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

- 10. PT i/o IGRAs positiu tractament
- 11. INH 9 mesos . Casos excepcionals HR tres mesos
- 12. Si hepatotoxicitat RIF 4 mesos
- 13. *TITL* durant 4 setmanes → iniciar tractament amb anti.TNF
- 14. Repetir cribratge si sospita TB activa
- 15. Si Dx TB activa suspendre tractament anti.TNF
- 16. El TITL correcte baixa el risc de TB activa un cop i iniciat l' antiTNF



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Arch Bronconeumol. 2018;54(10):510-517



ARCHIVOS DE Bronconeumología

www.archbronconeumol.org



Original

¿Cómo realizamos el cribado de infección tuberculosa latente en pacientes candidatos a terapias biológicas en España? Una encuesta multidisciplinar



Sarai Quirós^{a,*}, David de la Rosa^b, Ane Uranga^c, Rosario Madero^d, Rosanel Amaro^e, Nuria Bruguera^f, Julia A. García^g, C. Gómez^h, David Iturbeⁱ, Rubén Lera^j, Lydia Luque^k, Abel J. Martínez^l, Patricia Mínguez^m, Annie Navarroⁿ, Gema Sánchez^o y Guillermo Suárez-Cuartín^p

^a Servicio de Neumología, Hospital General Universitario La Paz-Carlos III- Cantoblanco, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Plató, Barcelona, España

^c Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Bizkaia, España

^d Sección de Bioestadística – IdiPAZ, Hospital General Universitario La Paz, Madrid, España

^e Servicio de Neumología, Hospital Clinic, Barcelona, España

^f Servicio de Neumología, Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella, Barcelona, España

^g Servicio de Neumología, HUA Txagorritxu, Álava, España

^h Servicio de Neumología, Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España

ⁱ Servicio de Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^j Servicio de Neumología, Hospital Doctor Peset, Valencia, España

^k Servicio de Neumología, Hospital Moisès Broggi, Barcelona, España

^l Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Albacete, Albacete, España

^m Servicio de Neumología, Hospital Puerta de Hierro, Madrid, España

ⁿ Servicio de Neumología, Mutua de Terrassa, Barcelona, España

^o Servicio de Neumología, HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

^p Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

A Espanya més del 10 % dels pacients candidats a fàrmacs biològics tenen una ITL , ens trobem amb un gran nombre de pacients en risc de reactivació de la tuberculosi

Objectiu principal: conèixer l'adherència a les recomanacions del consens del 2016

Objectius secundaris: identificar les especialitats que realitzen el cribratge d'ITL, valorar si es realitza el cribratge en el centre de l'enquestat, identificar l'heterogeneïtat en el maneig de la ITL, recomanacions menys seguides, pautes més utilitzades i la col·laboració del servei de pneumologia



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Adherència acceptable: ≥ 4 preguntes correctament ($>60\%$ de la 5 a la 10)

Baixa adherència: ≥ 3 preguntes errònies ($<50\%$)

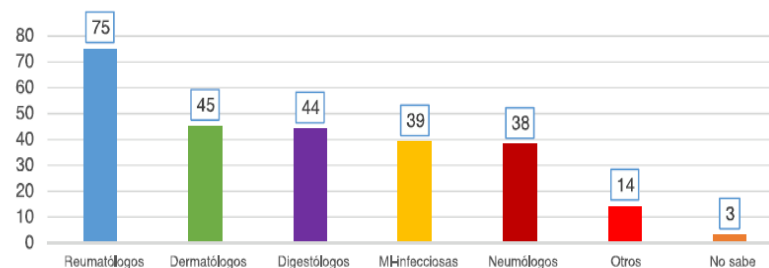
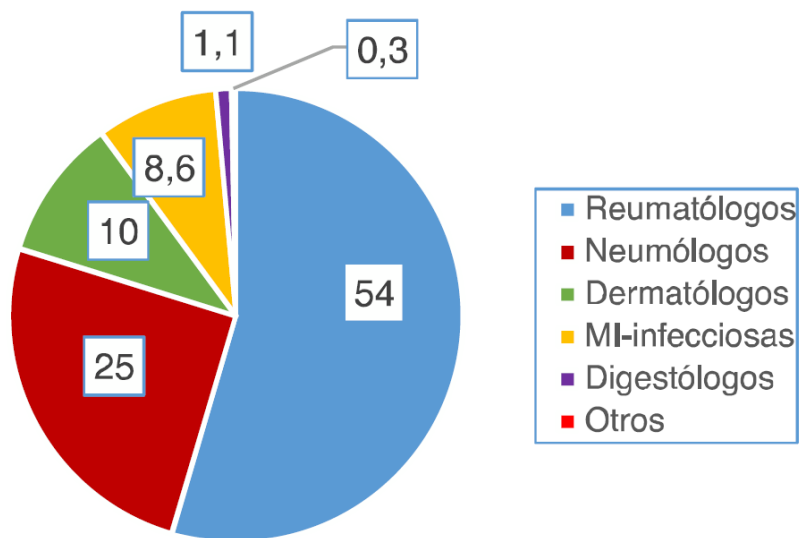


Figura 2. Quién realiza el proceso de cribado de ITL por porcentajes (porcentaje sobre el total de centros). Se podían responder varias especialidades para un mismo centro sanitario, por lo que la suma de porcentajes supera el 100%.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Pregunta 5. ¿A quién realiza el estudio de infección tuberculosa latente entre los pacientes candidatos a terapias biológicas?

1. Inicialmente no realizó el estudio de infección tuberculosa latente
2. Solo realizó el estudio en pacientes con antecedentes de exposición previa a tuberculosis
3. Solo realizó el estudio en pacientes que, una vez iniciada la terapia biológica, comienzan con síntomas sugestivos de enfermedad
- 4. Realizó el estudio de infección tuberculosa latente a todos los pacientes candidatos a terapias biológicas, siempre antes de iniciar
5. **Realizó el estudio de infección tuberculosa latente a todos los pacientes candidatos a terapias biológicas, pero no siempre tratamiento**

93%

Pregunta 6. ¿Qué pruebas solicita para el cribado de infección tuberculosa latente?

1. Radiografía de tórax + prueba de la tuberculina
2. Radiografía de tórax + IGRA
3. **Radiografía de tórax + prueba de la tuberculina + IGRA**
4. Radiografía de tórax + prueba de la tuberculina o IGRA indistintamente
5. **Radiografía de tórax + prueba de la tuberculina, si es negativo, pido IGRA**

36%

Pregunta 7. En el caso de que la prueba de la tuberculina sea negativa, ¿qué actitud toma a continuación?

1. No hay que hacer nada más, se podría iniciar el tratamiento con terapias biológicas
2. Repetir la prueba de la tuberculina en 2 semanas por el efecto Booster
3. **Solicitar un IGRA antes de iniciar el tratamiento con terapias biológicas**
4. Iniciaría el tratamiento con terapias biológicas, pero haría seguimiento con pruebas de la tuberculina anuales mientras esté con
5. Solo si se trata de un paciente inmunodeprimido o que ha recibido corticoides recientemente, solicitaría un IGRA antes de iniciar terapias biológicas

26.1%



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Pregunta 8. En caso de que la prueba de la tuberculina sea positiva, ¿qué actitud toma a continuación?

1. Repetirlo en dos semanas, por si se tratara de un falso positivo
2. Solicitar un IGRA, para confirmar el resultado
3. Iniciaría quimioprofilaxis durante mínimo 2 semanas antes de iniciar el tratamiento con terapias biológicas, tras descartar enfermedad tuberculosa activa
4. Iniciaría quimioprofilaxis y tratamiento con terapias biológicas, tras descartar enfermedad tuberculosa activa
5. **Iniciaría quimioprofilaxis durante mínimo 4 semanas antes de iniciar el tratamiento con terapias biológicas, tras descartar enfermedad tuberculosa activa**

63.9%

Pregunta 9. ¿Hay algún caso en el que iniciaría quimioprofilaxis en un paciente candidato a terapias biológicas, con prueba de la tuberculina e IGRA negativos?

1. No, no hay indicación
2. Sí, en pacientes inmunodeprimidos o que han recibido recientemente corticoides
3. Sí, si hay evidencia de enfermedad tuberculosa no tratada en la radiografía de tórax
4. Sí, si hay constancia epidemiológica de exposición reciente a TB
5. **Sí, si se cumplen cualquiera de las dos opciones previas**

56.3%

Pregunta 10. En caso de pautar quimioprofilaxis, ¿qué pauta suele emplear más frecuentemente? Escriba en comentarios la duración del tratamiento

1. **Isoniacida sola**
2. Isoniacida con rifapentina
3. Rifampicina sola
4. **Isoniacida con rifampicina**
5. Yo no pauto la quimioprofilaxis, en estos casos derivo al paciente

96%



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

✓ 56% dels enquestats *va referir una adherència igual o major al 60%* a les recomanacions del Consens Nacional (encertar 4 o més de les 6 preguntes)

✓ Només 5,6% va encertar el 100%

✓ 43% enquestats *baix percentatge d'encert* (≤ 3)



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

- ✓ L'únic factor que es va relacionar de forma estadísticament significativa amb una **major adherència** va ser el fet que el cribratge d' ITL es fes en el **mateix centre de treball** .
- ✓ **No** va haver-hi diferències significatives en el grau d' adherència segons **l'especialitat mèdica**



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

- ✓ **major** grau d'encert van ser a **qui i quan realitzar l'estudi de ITL i les pautes i durada de la quimioprofilaxi**, amb un 93 i 94% d'encert respectivament.
- ✓ **menor** grau d'encert van ser quina **actitud prendre en cas de PT negativa i quin proves sol·licitar** per a realitzar el cribratge



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Conclusions:

- **Baix grau d'adherència** global a les recomanacions
- Diferències significatives: realitzar estudi **cribratge** en el **propi centre**
- **No** diferències per especialitat mèdica
- **Baix ús** del IGRA
- **No** repetir PT (~~booster~~)
- QPF **4 setmanes abans** d'iniciar teràpia biològica



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Four Months of Rifampin or Nine Months of Isoniazid for Latent Tuberculosis in Adults

D. Menzies, M. Adjobimey, R. Ruslami, A. Trajman, O. Sow, H. Kim, J. Obeng Baah, G.B. Marks, R. Long, V. Hoepfner, K. Elwood, H. Al-Jahdali, M. Gninafon, L. Apriani, R.C. Koesoemadinata, A. Kritski, V. Rolla, B. Bah, A. Camara, I. Boakye, V.J. Cook, H. Goldberg, C. Valiquette, K. Hornby, M.-J. Dion, P.-Z. Li, P.C. Hill, K. Schwartzman, and A. Benedetti

N Engl J Med 2018;379:440-53.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

24

ACA “open label” fase III
que compara eficàcia i
seguretat del tt diari 4R vs
9 INH.

Multicèntric de 9 països
En majors de 18 anys
28 mesos de seguiment

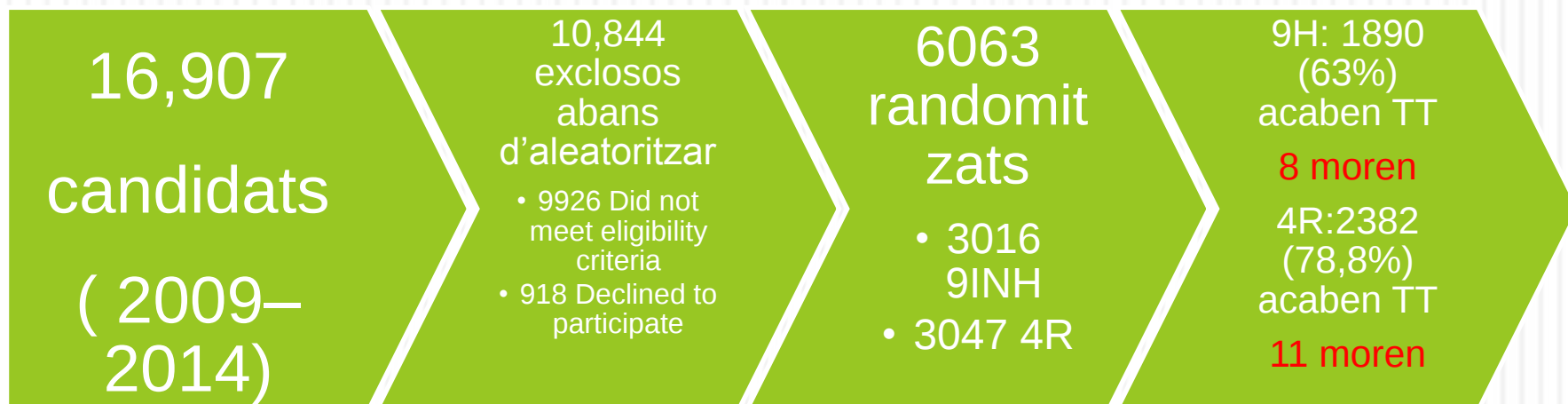
270 dosis d'INH
(màxim 300 mg/dia)
vs 120 dosis de R
màxim 600 mg/dia.
Es considera
compliment de la
pauta si en prenen
un 80%

- 9INH 270 dosis en 324 dies
- 4R 120 dosis en 146 dies



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

25



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

26

Table 3. Primary End Point of Occurrence of Active Tuberculosis among All Participants.*

Variable	Isoniazid	Rifampin	Rate Difference (95% CI)	P Value
Modified intention-to-treat analysis				
No. of participants	3416	3443	—	—
Completed 28 mo of follow-up — no. (%)	3138 (91.9)	3178 (92.3)	0.4 (−0.9 to 1.7)	0.57
Total person-yr of follow-up	7652	7732	—	—
No. of confirmed or clinically diagnosed cases of active tuberculosis†	9	8	—	—
Microbiologically confirmed active tuberculosis	4	4	—	—
Clinically diagnosed tuberculosis‡	5	4	—	—
No. of cases of active tuberculosis per 100 person-yr (95% CI)				
Confirmed cases	0.05 (0.02 to 0.14)	0.05 (0.02 to 0.14)	<0.01 (−0.14 to 0.16)	0.76
Confirmed or clinically diagnosed cases	0.11 (0.05 to 0.21)	0.10 (0.05 to 0.21)	<0.01 (−0.23 to 0.22)	0.98



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

27

Table 5. Adverse Events in the Phase 3 Trial (Safety Population).*

Variable	Isoniazid (N= 2809)	Rifampin (N= 2887)	Risk Difference (95% CI) <i>percentage points</i>	P Value
Total no. of events reviewed by data and safety monitoring board (%)	162 (5.8)	80 (2.8)	-3.0 (-4.1 to -2.0)	<0.001
Adverse event, with trial drug restarted without symptom recurrence — no. of patients (%)				
Grade 1 or 2 adverse event	4 (0.1)	5 (0.2)	<0.1 (-0.2 to 0.2)	0.77
Grade 3 or 4 adverse event†	4 (0.1)	1 (<0.1)	-0.1 (-0.3 to -0.0)	0.10
Adverse event, with trial drug stopped permanently — no. of patients (%)‡	153 (5.4)	74 (2.6)	-2.9 (-3.9 to -1.9)	<0.001
Grade 1 or 2 adverse event	53 (1.9)	31 (1.1)	-0.8 (-1.4 to -0.2)	0.01
Grade 3 event of pregnancy only§	38 (1.4)	21 (0.7)	-0.7 (-1.2 to -0.1)	0.02
All other, nonpregnancy-related grade 3–5 events¶	62 (2.2)	22 (0.8)	-1.4 (-2.1 to -0.8)	<0.001
Grade 3 or 4 hepatotoxic event	50 (1.8)	8 (0.3)	-1.5 (-2.0 to -1.0)	<0.001
Death**	4 (0.1)	0	-0.1 (-0.3 to 0.0)	0.045
Trial drug stopped permanently for grade 3–5 event judged by panel as possibly or probably related to trial drug — no. of patients (%)				
Grade 3–5 adverse event of any type	59 (2.1)	24 (0.8)	-1.3 (-1.9 to -0.6)	<0.001
Grade 3 or 4 hepatotoxic event	49 (1.7)	8 (0.3)	-1.5 (-2.0 to -0.9)	<0.001
Death††	1 (<0.1)	0	<0.1 (-0.1 to 0.0)	0.31



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

28

× Conclusions

- ⊙ Amb dades de 6800 adults en 9 països consideren que 4R no és inferior a 9H (però no poden afirmar superioritat) respecte a prevenir TB activa.
- ⊙ Millor compliment de 4R
- ⊙ 4R presenta menys efectes adversos (totals, atribuïbles a fàrmacs o bé els primers 146 dies després d'aleatoritzar)
- ⊙ Detecten baixa incidència de TB activa que atribueixen a l'èxit en el seguiment dels tractaments i que fins i tot els que no acabaven 9H n'havien pres 3 mesos mínim.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Incidencia de tuberculosis en contactos con infección tuberculosa latente

M. Martin-Sanchez, S. Brugueras, A. de Andrés, P. Simon, P. Gorrindo, M. Ros, E. Masdeu, JP. Millet, J. Caylà, À. Orcau

Agència de Salut Pública de Barcelona.

http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a704/jornadas-2018_enf-emerg_mesa-4.pdf



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Estudi de contactes. Objectius:

- ✓ Identificar contactes.
- ✓ Diagnosticar infectats i malats.
- ✓ Identificar el cas índex.
- ✓ Tractament precoç dels malats, TITP dels exposats i TITL dels infectats.
- ✓ Identificar factors ambientals afavoridors de microepidèmies.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Els contactes dels casos de TB tenen un **risc augmentat** d'infecció tuberculosa latent (**ITL**) i de malaltia tuberculosa respecte a la població general, sobretot els contactes de casos amb TB pulmonar bacil.lifera (BK+)

- El risc de desenvolupar la malaltia en infectats sense TITL es d'un **5-10%**
- Estudis recents ens indiquen que podria ser d'un **9.5-15%**



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Objectiu:

Determinar la incidència de TB i els seus factors de risc, en una cohort de contactes infectats de casos de TB (BK +) a Barcelona



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Estudi de **cohorts retrospectiu** de contactes infectats i amb una intensitat d' almenys una hora al dia de contacte mínim, de casos amb TBP-BK + que van iniciar tractament entre 2008 i 2014

Es va realitzar un estudi descriptiu dels contactes i una anàlisi dels valors perduts per a la variable indicació i compliment del TI TL (ICT), així mateix, es van estudiar els factors associats a no compliment.

El contactes es van estudiar fins que van desenvolupar TB i/o final del 2016



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

- ✓ 2637 casos de TB → 697 van tenir una TBP-BK +.
- ✓ 565 (81,1%) van tenir un seguiment complet dels contactes
 - * 3097 contactes → 977 (31.6%) van resultar infectats
 - * 953 (97,5% del total)
 - ~ 57,2% H
 - ~ 56,6% estrangers
 - ~ 58,8% < 40 anys
 - ~ EC íntims i familiars
- ✓ El compliment del tractament va ser del 87,6%
 - *No compliment: estrangers
 - * Estrangers, contacte comunitari i no convertor: es van associar a valor perdut per ICT (indicació i compliment del TITL)



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

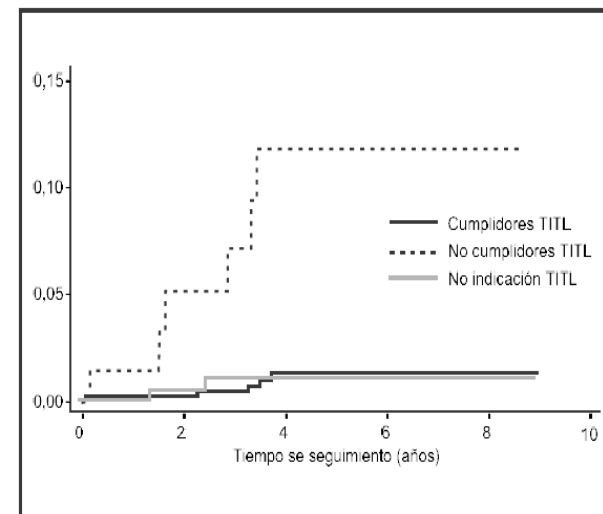
La probabilitat de desenvolupar TB als **2 anys** va ser del **0,7%**.

- *TITL el risc va ser del 0,2%
- * No indicació 0,5%
- * No complidors 5,0%

Als **5 anys**, la probabilitat desenvolupar TB va ser del **1,8%**

- * TITL el risc va ser de l'1,2%
- * No indicació 1,0%
- * No complidors va ser del 11,2%

Figura 1. Riesgo acumulado de tuberculosis en contactos cercanos de casos con tuberculosis pulmonar bacilífera estratificado por indicación y cumplimiento del tratamiento de la infección tuberculosa latente. Barcelona 2008-2016.



Función de riesgo acumulado $H(t)$ estimada por Nelson-Aalen. TITL: tratamiento de la infección tuberculosa latente



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Conclusions:

- ✓ Elevada prevalença d'ITL i risc de TB molt elevat en no complidors del TITL
- ✓ La indicació de TITL i el seu compliment són efectius en la reducció del risc
- ✓ No diferències en el risc de TB entre contactes sense indicació de TITL i contactes amb indicació que van complir el tractament
- ✓ Per aconseguir una disminució en la incidència de TB seria necessari aconseguir una **màxima cobertura** de l'estudi de contactes i desenvolupar estratègies que permetin augmentar **la adherència al TITL**.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI



<https://explaintb.us3.list-manage.com/track/click?u=3e5fa4eede686fd04bae282c6&id=b45c245196&e=c0c7a6a975>

Follow this link to download the new ExplainTB app for IOS and Android.

It's free of charge, is easier to use and offers tuberculosis information in 27 languages.

There are 41 chapters covering most aspects of tuberculosis that patients and relatives of patients need to know.



UPDATE INFECCIOSES . TUBERCULOSI

Gràcies

