Saunders MJ, Wingfield T, Tovar MA, Baldwin MR, Datta S, Evans CA.
Prediccion y prevención de tuberculosis en contactos – Respuesta de los autores (Correspondencia)
*Lancet Infectious Diseases* 2017;17(12):1238-1239. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30642-4.
Open access:  <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29173882>

**Respuesta de los autores:** Agradecemos a Sandra Arend y Jonathan Uzorka por su interés en nuestro estudio. Argumentan que debido a que nuestra puntuación de riesgo predice la tuberculosis independientemente de los resultados de la prueba cutánea de tuberculina de contacto (TST) y el grado de frotis de caso de índice, es probable que la reexposición posterior a la tuberculosis fuera un factor de riesgo importante. Por lo tanto, debaten sobre la justificación de nuestro cálculo de los números necesarios para tratar (NNT) con terapia preventiva en el momento de la exposición conocida para prevenir cada caso de tuberculosis. Aunque estamos de acuerdo en que la reexposición podría haber sido un factor de riesgo importante y no medido en nuestra población, la tasa más alta de tuberculosis entre los contactos fue en el primer año después de la exposición conocida y casi todos los casos ocurrieron durante los primeros 3 años. Además, la exposición prolongada al caso de índice fue un factor de riesgo importante. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la exposición conocida fue, con mucho, el factor más importante para determinar el riesgo de tuberculosis. Sin embargo, apreciamos la importancia potencial de la re exposición posterior y por lo tanto, calculamos el NNT para prevenir cada caso de tuberculosis en un plazo de 5 y 10 años. Es importante destacar que calculamos NNT principalmente para ilustrar las diferencias prácticas entre los grupos de riesgo. Debido a que los recortes utilizados para definir grupos de riesgo fueron arbitrarios y nuestra puntuación de riesgo es una variable continua, estas NT cambian intrínsecamente dependiendo de cómo se defina un contacto de alto riesgo.

Debido a que la adición de los resultados de TST a nuestro modelo predictivo no mejoró sustancialmente su poder, Arend y Uzorka sugieren que nuestros resultados no están de acuerdo con varios estudios que informan de una asociación entre un TST positivo y el desarrollo de tuberculosis entre los contactos. Como describimos en nuestro informe de estudio, tener un TST positivo en comparación con un TST negativo se asoció con el doble del riesgo de tuberculosis en nuestra cohorte (relación de riesgo ajustada 1-8, p-0-02). Nuestra conclusión de que la adición de resultados de TST a una puntuación de riesgo compuesta, incluidos otros nueve factores, no mejoró la predicción, al principio podría parecer sorprendente, pero es consistente con las limitaciones conocidas de TST y la alta prevalencia de positividad en nuestra cohorte. De hecho, nuestros resultados son muy similares a los descritos en una revisión sistemática.

Nuestro estudio incluyó solo casos índice con tuberculosis confirmada por laboratorio, la gran mayoría de los cuales tenía tuberculosis con baciloscopia positiva, por lo que no pudimos comparar significativamente los casos índice con tuberculosis con baciloscopia positiva con aquellos con tuberculosis con baciloscopia negativa. Aunque estamos de acuerdo con la evidencia citada por Arend y Uzorka, la asociación entre el grado de frotis crudo y la infecciosidad puede no ser tan sencilla cuando se considera el riesgo de enfermedad entre los contactos, porque la infecciosidad está influenciada por una variedad de otros factores, incluida la capacidad de generar aerosoles. Mycobacterium tuberculosis a través de la tos, la cantidad de micobacterias viables en el esputo, la calidad de la muestra de esputo, la duración de la exposición y la salud del contacto.

También agradecemos a Nidhi Tejan y sus colegas por su entusiasta respuesta a nuestro estudio. Tejan y sus colegas señalan que la no inclusión de factores relacionados con el patógeno, frecuentemente determinados por la genómica, podría conducir a una previsibilidad variable en diferentes regiones. Estamos de acuerdo con los autores y alentamos el uso, la validación y, lo más importante, la adaptación de nuestra puntuación en otros entornos para caracterizar este fenómeno y explorar cómo otros factores ambientales, de comportamiento y culturales pueden afectar la implementación. Sin embargo, la incorporación rutinaria de factores que requieren pruebas costosas y engorrosas reduciría sustancialmente la usabilidad de nuestro puntaje en entornos de recursos limitados.

Poner fin a la epidemia de tuberculosis requiere la ampliación de la investigación de contacto y el tratamiento preventivo. Nuestro estudio incorpora resultados importantes en una herramienta práctica que podría utilizarse para beneficiar y priorizar a las personas que actualmente reciben poca o ninguna atención de los programas de tuberculosis en entornos con recursos limitados. Creemos que este enfoque debe combinarse con intervenciones que aborden los determinantes sociales de la tuberculosis, que son los verdaderos impulsores de la epidemia mundial de tuberculosis.