Nuevo programa de detección de la tuberculosis para inmigrantes y refugiados en EE. UU.

- Posey DL, Naughton MP, Willacy EA, Russell M, Olson CK, Godwin CM, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Implementation of new TB screening requirements for U.S.-bound immigrants and refugees - 2007-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63:234-6.

Durante más de dos décadas, mientras la prevalencia total de tuberculosis (TB) en EE. UU. ha disminuido, la enfermedad en extranjeros ha aumentado. En 2013, la proporción de casos de tuberculosis entre extranjeros fue del 64,6%. Para hacer frente a esta tendencia, los CDC han desarrollado estrategias para identificar y tratar la TB de los inmigrantes y refugiados antes de llegar a EE. UU.

Cada año, unas 450 000 personas son admitidas en EE. UU. con visa de inmigrante, y 50 000-70 000 como refugiados.

Los solicitantes deben someterse a un examen médico en el extranjero antes de ser autorizados a viajar a los EE. UU. El CDC es la agencia federal que supervisa y regula el examen médico en el extranjero, así como las clínicas y médicos designados por el Departamento de Estado de EE. UU. para llevar a cabo los exámenes y los tratamientos. Este personal está, a su vez, vinculado a los planes antituberculosis de sus propios países.

A partir de 1991, el algoritmo para la TB se basó en radiografías de tórax para los ≥15 años, seguidas de frotis de esputo para aquellos con hallazgos sugestivos de TB.

En 2007, el CDC emitió normas mejoradas para el diagnóstico y tratamiento de la TB, incluyendo: 1) cultivos de esputo (que son más sensibles que los frotis); 2) prueba de tuberculina o ensayos de liberación de interferón gamma (desde 2009) para niños de 2 a 14 años de países donde la incidencia de TB es ≥20 por 100 000 personas; 3) test de sensibilidad a drogas en los positivos para tratar las multiresistentes, y 4) tratamiento de observación directa (DOT) de acuerdo con las directrices de la American Thoracic Society, los CDC y la Infectious Diseases Society of America.

Para esto se trabajó en desarrollar la infraestructura necesaria para el cultivo de esputo y DOT, en formar al personal médico vinculado y en evaluar la aplicación y eficacia del algoritmo en múltiples países.

En 2012, año de los datos más recientes, el 60% de los casos de TB diagnosticados eran en personas con baciloscopia negativa, pero cultivo positivo.

Para el 2013, los médicos vinculados estaban usando las nuevas instrucciones en casi todos los países, examinando la mayoría de las llegadas de inmigrantes a los EE. UU.

Los resultados demuestran que los programas de diagnóstico y tratamiento pueden implementarse en zonas con alta incidencia de TB en el extranjero resultando rentable también económicamente. Sin embargo, dada la naturaleza de la TB, la vigilancia después de la llegada también es necesaria, ya que las personas con infección latente pueden activarse tras su llegada.