

# Vacunación con BCG en distintos supuestos

17/09/2009

**Respuesta del Experto a ...**

Vacunación con BCG en distintos supuestos

## **Pregunta**

En este año he tenido dos situaciones muy similares sobre vacunación de BCG en niños, a continuación resumo los casos:

**Caso 1.** Brote de tuberculosis familiar hace 2 años, uno de los contactos infectados inicia quimioprofilaxis que abandona y al mes del parto se le diagnostica tuberculosis pulmonar, el lactante ha tenido Mantoux 0 mm. en dos ocasiones, asintomático y Rx tórax sin alteraciones, y se le indicó profilaxis con isoniacida y dado que sospechan que la madre sea mala cumplidora del tratamiento tuberculoso nos lo derivan para vacunación BCG.

Cuando citamos a la familia nos encontramos con lo siguiente:

- padre completó quimioprofilaxis 2ª
- hermana hizo tuberculosis pulmonar en el contexto de ese brote y cumplió tratamiento
- madre dejó la quimioprofilaxis por indicación de su MAP (aparecieron E2º y el MAP consideró de bajo riesgo el contacto).

Cuando se le diagnostica la tuberculosis pulmonar realiza correctamente medidas higiénicas y tratamiento según le va indicando el neumólogo, se confirma por parte del neumólogo la impresión de buena cumplidora y buena evolución clínica y radiológica – son de etnia gitana pero viven en un piso los miembros familiares mencionados, y también nos aseguramos que la persona que había iniciado el brote había cumplido tratamiento. Nos replanteamos la indicación de vacunación y

decidimos no vacunar.

**Caso 2.** Nos vuelve a pedir que vacunemos de BCG a un lactante del que nos refieren la siguiente situación epidemiológica: padre con tuberculosis pulmonar multisensible que ha dejado de ser bacilífero y tío que convive en domicilio que tiene sospecha de tuberculosis pulmonar y está en estudio. El lactante tiene Mantoux negativo y tiene prescrita quimiorprofilaxis con isoniacida.

Se les comunica que no entraría dentro de las indicaciones de vacuna, sí de extremar medidas de control y alejar al niño de foco bacilífero. En este caso, el clínico que nos lo ha derivado, insiste en que las guías de la NIC E indica vacunación y que en Reino Unido se hace, y además nos insiste con la situación del País Vasco y nos solicitan guías españolas que sean de referencia para las actuaciones que estamos indicando.

Me gustaría que me asesorarais, sobre la actitud correcta a seguir en ambos casos, así como actitudes futuras y referencias bibliográficas, ya que no creo que vayan ser casos aislados.

Por otro lado se me plantea la siguiente duda: En un caso en que realmente esté indicada la vacunación con BCG, se nos plantean los siguientes problemas por ficha técnica: Pacientes en tratamiento con isoniacida que para vacunar deberían abandonar 1m antes, y en los que no se puede retirar medicación por ser los progenitores bacilíferos:

- si se vacunaran sin abandonar la medicación ésta no aseguraría estar cubriendo la indicación, y el seguimiento posterior por Mantoux se complicaría
- en caso de vacunar, ¿deberían seguir con isoniacida hasta que dejaran de ser los padres bacilíferos?, teniendo en cuenta que los niños no se pueden alejar del foco los 2 meses tras la vacunación ¿que se recomienda?.

## **Respuesta de Neus Altet y de José María Bayas (17 de Septiembre de 2009)**

1.- En España la vacunación sistemática con el BCG no está recomendada y “debiera ser abandonada” tal como se recoge en el “Consenso Nacional” de 1992. A pesar de ello el País Vasco ha seguido vacunando sistemáticamente a todos los recién nacidos. Este tema ha sido revisado para una ponencia en el Curso de Vacunas del presente año que se realizó en el Hospital del Valle Hebrón organizado por el Dr. Fernando Moraga. La ponencia será publicada en el próximo nº de “Vacunas “ del presente año. Sin embargo, te adjunto una de las conclusiones del estudio:

“Los resultados de éste estudio demuestran que la Tasa de incidencia en autóctonos en España en el año 2007 fue de 13,45 por 100.000 y que CC.AA de Castilla-la Mancha, Murcia, Canarias, la Comunidad Foral de Navarra y la ciudad de Melilla tienen una incidencia en autóctonos inferior a 10 por 100.000. El resto de CC.AA, excepto la C.A de Galicia y Ceuta tienen incidencias inferiores a 20 por 100.000. Excepto estas dos últimas, el resto de CC.AA de España tienen la tuberculosis en fase de control. La C.A del País Vasco tiene una Tasa de TB de 18,4 por 100.000, la tercera más alta después de Galicia y Ceuta. “ “Una limitación del estudio ha sido hallar datos sobre las tasas de M.T (Meningitis Tuberculosa) a pesar de los medlines utilizados para su búsqueda. Incluso tras contactar con el programa de tuberculosis del Gobierno Vasco.

La tasa de MT a nivel de España en los niños menores de 5 años de edad fue de 0,80 por 100.000 en el año 2007, con una incidencia de 1,25 en niños y de 0,28 en las niñas. Las CC.AA de Cataluña, Madrid y País Vasco tuvieron una tasa inferior a la media durante los períodos de tiempo analizados. Sin embargo, un estudio de Jordán Jiménez et al para evaluar las características, la tendencia y el impacto de la supresión de la vacunación BCG en un Hospital Terciario de la comunidad de Madrid puso de manifiesto que la M.T había seguido

disminuyendo a pesar de la emergencia del VIH, de la influencia de la inmigración y de la supresión de la vacunación con el BCG.

“ El análisis compara la situación en diversas CC.AA donde no se vacuna con BCG frente a la C.A del País Vasco donde sí se vacuna. Como podrás comprobar, ni Cataluña ni Madrid vacunan sistemáticamente a los recién nacidos. Porque lo importante no es la vacunación BCG en sí, sino disponer de un Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis que sea operativo. Y en España tenemos muy buenos programas, con TDO en varias CC.AA, con un buen registro y seguimiento de casos, con normativas como las de los países más avanzados en el control de ésta enfermedad, etc.

2.- En la misma ponencia se dice: “Sin embargo, no hay que descuidarse puesto que las tasas de TB en el grupo de población nacida fuera de España son elevadas, con una tasa media de 44,20 por 100.000. En éste segmento de población la TB no está controlada. Añadiremos que más del 90% de estos casos están vacunados con BCG.” Creo que esto no necesita más comentarios. Es importante tomar en consideración las Recomendaciones que hace la OMS sobre la Vacunación BCG.

Del análisis que realizamos te adjunto los comentarios y posteriormente la referencia de la OMS: “El último informe de la OMS sobre la vacunación con el BCG representa una toma de posición muy clara: la vacuna BCG debe ser utilizada de forma sistemática en todos los niños lo antes posible tras el nacimiento en los países de alta incidencia. Los países con “alta incidencia” son aquellos cuya tasa de TB es igual o superior a 100 por 100.000. Es notorio que los niños nacidos en España pertenecen a un país de baja incidencia con una mayoría de CC.AA en vías de control de la enfermedad. No está por lo tanto indicado instaurar una vacunación BCG sistemática y con relación a la vacunación con BCG en grupos de riesgo, se indica que se utilice “cuando no se pueda realizar ninguna otra estrategia de prevención”. La pregunta es la siguiente:

¿seguro que no existe ninguna otra medida a implementar ante un niño expuesto a la TB?. “

3. Aquí enlace con los dos casos que habéis tenido. Creo que ilustra que la conducta ha sido la correcta. No se debe suspender la profilaxis con isoniacida para vacunar con BCG. Porque la vacunación BCG no evita la infección, por tanto, si dejas al niño seguir con la exposición esperando el efecto de la vacuna, puedes tener un grave problema. La isoniacida (I), bacilo que entra bacilo que liquida, por tanto, es la única medida de elección para evitar la infección. Se puede plantear el uso de rifampicina si el caso es resistente a I .

4. Si nos referimos a los contactos de TB-MDR, puede haber otra perspectiva. Sin embargo, sigue siendo válido que el BCG no evita el arraigo de la infección. Debe conseguirse la separación del bebé o niño pequeño del Caso Índice: siempre suele haber unos tíos o unos abuelos que puedan ayudar, así como mascarillas FP3 de alta protección. También tenemos, en teoría porque en la práctica no es lo habitual el bacilífero crónico, porque no hace bien el tratamiento: es cuestión de acudir al programa de TB de la C.A para que un juez actúe, esto ya se está realizando en varias CC.AA, y obligarle a hacer TDO ambulatorio o en ingreso.

5. Con respecto a la Normativa NICE hay que tener en cuenta varios aspectos: a) en Inglaterra la vacunación BCG sistemática en los adolescentes ha persistido hasta hace unos 4 años. Ya se ha suspendido y se ha dejado para los grupos de riesgo: es decir, para los hijos de inmigrantes. Está, pues, en el camino de la suspensión: esta una fase previa a la suspensión de la vacunación sistemática tal como recomienda la OMS en su normativa. No olvidemos que Estados Unidos, Holanda y Canadá son países que nunca tuvieron BCG sistemática y son los que tienen menos TB del mundo. Porque lo importante no es la vacuna, de momento con ésta que tenemos, lo importante es un buen programa. A la persona que hace ésta consulta sobre la normativa NICE hay que decirle que se lea las normativas de

EE.UU y de la OMS para entender el proceso.

6. Copio otro punto de la ponencia: “Sin embargo, la OMS acepta que hay países de baja endemia que han sustituido la vacunación con el BCG por medidas más activas como son la búsqueda de casos y el tratamiento supervisado. España ha integrado las estrategias de control y eliminación de la TB dentro de los programas autonómicos y recientemente se ha establecido el “Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España”. Evitar la infección es el principio básico del control de la TB, para lo cual las estrategias son el diagnóstico precoz y el tratamiento de los enfermos hasta su curación. La vacunación BCG no tiene ningún papel en la prevención de la transmisión de la infección. Evitar el desarrollo de la enfermedad es la estrategia básica para la eliminación de la TB, para lo cual el estudio de contactos y el tratamiento de infectados son los mecanismos indicados.”

7. Con respecto a Normativas o publicaciones donde se dan pautas de utilización te envío unas cuantas.

### **Referencias**

1. Grupo de trabajo sobre tuberculosis del FISS. Consenso Nacional para el Control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1992, 98: 24-31
2. Alcaide J, Altet MN, Salleras Ll. Vacuna BCG. En: Vacunaciones Preventivas. Principios y aplicaciones. Cap. 24. Dir. L. Salleras. Ed. Masson, 2ª Edición. Barcelona, 2003.
3. Altet Gómez MN, de Souza Galvão ML, Milá Augé C. Infecciones por Micobacterias. Capítulo 23, pags 479-515. En: tratado de Neumología Infantil. 2ª Edición. Editores: N Cobos y E.G. Perez Yarza. Ed. Ergon. Madrid, 2009.
4. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de la tuberculosis. España, 2007. Centro Nacional de Epidemiología, 18 de marzo de 2009

5. W.H.O. BCG vaccine. Weekly epidemiol Record 2004; 79/4: 25-40.
6. Broekmans JF, Miglioro GB, Rieder HL, Lees J, Ruufu P, Loddenkemper R, Raviglione MC. Working Goup Report: european framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Eur Respir J 2002; 19: 765-75.
7. Altet Gómez MN, Alcaide Megías J. Control y eliminación de la tuberculosis en España: las estrategias para el siglo XXI. An Pediatr (Barc) 2006; 64(1)66-73.