

Infeción tuberculosa en la población de 5 años de edad en la comarca del Baix Empordà (Girona)

Sr. Editor:

En el año 2000 se detectó un brote de tuberculosis (en población no inmigrante) en uno de los municipios del Baix Empordà. Este hecho, junto al elevado porcentaje de población procedente de países con alta incidencia de tuberculosis y la escasez de datos actualizados, nos indujo a profundizar en el tema. El objetivo fue estudiar la prevalencia real de infección tuberculosa en nuestra población pediátrica.

Se estudiaron a los niños de 5-6 años de edad durante los cursos comprendidos entre 2000 y 2003 en las áreas de influencia de cuatro áreas básicas de salud (Palafrugell, Palamós, Torroella de Montgrí y La Bisbal) que cubren cuatro quintas partes del territorio del Baix Empordà (Girona). La prueba se realizó en las escuelas según la técnica estándar, con administración de 2 U de RT-23 en la cara anterior del antebrazo y con lectura a las 48-72 h. Se anotó el diámetro transversal de induración en todos aquellos pacientes con diámetros superiores o iguales a 5 mm. Se consideró una prueba de tuberculina (PPD) positiva si el diámetro transversal de induración era superior o igual a 5 mm en los no vacunados y superior o igual a 15 mm en los vacunados con BCG según recomendaciones vigentes en el momento del estudio¹.

Se realizaron 1.962 pruebas entre 2.061 alumnos (95%) (tabla 1) y se obtuvieron 17 resultados positivos (0,86%; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,5-1,14). De los 17 pacientes positivos, cuatro habían sido diagnosticados de infección tuberculosa antes del estudio de contactos y habían recibido tratamiento. Los 13 niños con infección tuberculosa latente recibieron quimioprofilaxis secundaria con isoniazida durante 9 meses sin ningún efecto secundario. Hasta la fecha ninguno de los pacientes ha desarrollado enfermedad tuberculosa.

A pesar del incremento de población inmigrante en nuestro entorno la prevalencia de infección tuberculosa en pacientes menores de 6 años no se ha incrementado en los últimos años: en 1998, en un estudio realizado en dos áreas básicas de salud de nuestra comarca se encontró en el 1% de la población de 4 años frente al 0,87% en el estudio actual. Esta prevalencia tampoco es muy diferente de la publicada en otros estudios realizados en España durante los últimos 8 años^{2,3} aunque sí inferior a los datos de la población pediátrica de Ciutat Vella de Barcelona publicados por Masvidal et al⁴. Estos datos contrastan con los publicados en poblaciones de adultos⁵.

En la mayoría de los casos en que no se practicó la prueba de la tuberculina fue por rechazo de la familia.

Creemos que tiene especial interés el alto grado de cobertura del estudio, con más de 95% de participación, superior a las referencias citadas en nuestra revisión, y que tras 3 años consecutivos permite considerar que en los niños de 5 años la prevalencia general de infección es claramente inferior al 1%.

Recientemente la Sociedad Española de Infectología Pediátrica ha publicado las recomendaciones sobre la interpretación de la prueba de tuberculina en niños⁶, según las cuales la prueba tuberculínica se consideraría positiva cuando la induración tuviera un diámetro superior o igual a 10 mm, tanto en niños nativos como en inmigrantes si no hay otros factores de riesgo asociados. El punto de corte para la misma población recomendado por el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya¹ vigente en el momento del estudio era de 5 mm y según la American Academy of Pediatrics (AAP) y la American Thoracic Society⁷⁻⁹ tan sólo si el diámetro fuera superior o igual a 15 mm. En nuestro estudio se identificaron 13 pacientes como infección tuberculosa latente considerando un diámetro superior o igual a 5 mm en los no vacunados y superior o igual a 15 mm en los vacunados y que por tanto recibieron profilaxis secundaria. Aplicando las recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) dos de estos pacientes no habrían sido clasificados como infección latente y por lo tanto no habrían recibido tratamiento. Aplicando las recomendaciones de la AAP

TABLA 1. Resultados de la prueba tuberculínica en los diferentes cursos escolares

	Curso			Total
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	
<i>PPD positivo si diámetro ≥ 5 mm en no vacunados y ≥ 15 mm en vacunados</i>				
Alumnos	723	709	629	2.061
PPD realizados	683	677	601	1.961 (95,15%)
PPD positivos	6 (0,88%)	4 (0,59%)	7 (1,16%)	17 (0,87%)
<i>PPD positivo si diámetro ≥ 10 mm en no vacunados y ≥ 15 mm en vacunados</i>				
Alumnos	723	709	629	2.061
PPD realizados	683	677	601	1.961 (95,15%)
PPD positivos	5 (0,73%)	4 (0,59%)	6 (1,00%)	15 (0,76%)

tan sólo 9 pacientes habrían recibido quimioprofilaxis secundaria.

A pesar de que el cribado en niños sanos no está actualmente indicado^{6,9}, las recomendaciones basadas en la prevalencia de infección tuberculosa en una población determinada obligan en cierto modo a realizar cribados periódicamente. La decisión de establecer quimioprofilaxis secundaria es individualizada, pero deberían consensuarse unas recomendaciones con ámbito nacional y mantenerse hasta que nuevas evidencias científicas o cambios epidemiológicos aconsejen su modificación.

Sería interesante el seguimiento de este grupo, con un elevado índice de inmigración pero baja prevalencia de infección tuberculosa, al final de la etapa escolar para conocer la incidencia real de infección y poder determinar si estamos ante una población de riesgo.

**P. Plaja Roman, E. Parada Ricart,
F. Aguilar Hernández, F. Aleñà Torrent,
J. Casellas García, I. Jou Soles y M. Medina Roig**

Serveis Sanitaris Integrats del Baix Empordà.
Palamós. Girona. España.

Correspondencia: Dr. P. Plaja Roman.
Servicio de Pediatría. Hospital de Palamós.
Hospital, 36. 17230 Palamós. Girona. España.
Correo electrónico: pplaja@hospal.es

6. Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la prueba de tuberculina en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:582-5.
7. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Center for Disease Control. *MMWR*. 2000;49:1-55.
8. American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and Prevention. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:1376-95 y S221-47.
9. Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted tuberculin skin testing and treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114:1174-201.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaide Megías J, Altet i Gomez N, Taberner i Zaragoza JL. Guía per a la prevenció i el control de la tuberculosi infantil. *Quaderns de Salut Pública* 2001. Departament de Sanitat i Segurat Social. Generalitat de Catalunya.
2. Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, Canela i Soler J. Epidemiología de la tuberculosis. *An Esp Pediatr*. 2000;53:449-57.
3. Alcaide Megías J. Comentarís sobre el cribatge de la prova de la tuberculina feta als escolars de Catalunya. *Pediatr Catalana*. 1997;57:201-3.
4. Masvidal Aliberch RM, Miguel Gil B, Vall Mayans M, Zabaleta del Olmo E, Carnero Olmedo E, Rodríguez de la Rubia Rodríguez-Manzaneque C. Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:22-7.
5. Vallès X, Sánchez F, Pañella Helena, García de Olalla P, Jansà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:376-8.