

Estudio de la prevalencia de la tuberculosis en la zona de salud de Treviás, Luarca (Asturias)

M. S. ARNALDO SIERRA* y J. I. OLAZÁBAL MALO DE MOLINA**

RESUMEN: Se realiza un estudio de prevalencia de la tuberculosis en un medio rural, situado dentro de una Comunidad Autónoma en la que el índice epidémico de la T.B.C. es muy alto, para valorar la necesidad de aplicación de la vacuna B.C.G. al nacimiento. A pesar de los resultados obtenidos, creemos *no necesaria* la aplicación de dicha vacuna al nacer, y proponemos como alternativa, la intradermoreacción de *Mantoux*, a los *seis* y a los *doce meses de edad*, posteriormente uno *anual*, *quimioprofilaxis* de los virajes, y *control* del ganado *vacuno*, en nuestro medio. PALABRAS CLAVE: TUBERCULOSIS INFANTIL. B.C.G. MANTOUX. QUIMIOFILAXIS.

STUDY OF PREVAIL OF TUBERCULOSIS IN THE HEALTH AREA OF TREVIAS, LUARCA (ASTURIAS) (SUMMARY): It realices a study of prevail the tuberculosis in a rural milieu, situated inside an Autonomus Community, in which epidemiological indexes of the T.B.C. is very high, to value the necessity to apply the B.C.G. vaccine to the birth. Instead of the results obtaining, we think *not necessary* the application of the vaccine to birth, and we propose as alternative, *Mantoux* intradermoreaction to *six and twelve mounths* old, thereinafter *annual*, *chemoprophylaxis* of turning, and *control of bovine* cattle, in our milieu. KEY WORDS: CHILDREN'S TUBERCULOSIS. B.C.G. MANTOUX. CHEMOPROPHYLAXIS.

INTRODUCCIÓN

Dada la tendencia actual a la no vacunación de la B.C.G. al nacimiento y dada la falta de estudios de prevalencia de la T.B.C. en nuestra zona, hemos realizado un estudio para detectarla en nuestro medio de trabajo, ya que es en este hecho en el que se basa la vacunación B.C.G. (7).

MATERIAL Y MÉTODOS

El material del estudio está compuesto por 169 niños de 12 a 14 años de edad, que viven en una zona de salud, compuesta por una población rural de 8.911 habitantes con un índice de dispersión de 36 habitantes por Km². La economía de la zona está basada casi exclusivamente en la agricultura y en la ganadería, destacando el ganado vacuno.

* Enfermera equipo Pediatría.

** Jefe del equipo de Pediatría.

Centro de Salud de Treviás. Equipo de Pediatría.

A todos los niños se les envió un cuestionario solicitando la autorización para realizar el estudio, con él además se les preguntaba si habían recibido vacuna B.C.G. al nacimiento, la existencia de ganado vacuno en su domicilio y el consumo de leche no manipulada.

De los 169 niños, 120 (71 %) dieron su aprobación para realizar el estudio y a todos ellos se les realizó la intradermoreacción de Mantoux con 0,1 c.c. de 2 UT, RIT 23 (que corresponde a 5 UT-PPD de la tuberculina americana) (1), (2), (7); y se les leyó la prueba a las 48 horas de realizarla. A los Mantoux positivos que habían dicho haber sido vacunados, se les comprobó este hecho por la visualización de la cicatriz residual de la vacuna en el niño.

RESULTADOS

De los 120 niños testados, estaban vacunados al nacer 53 (44,1 %) y no lo estaban 56 (46,6 %). Once niños no contestaron (9,1 %). La existencia de ganado vacuno en el domicilio fue de 78,3 % y toman habitualmente *leche de vaca no manipulada* el 96,6 % (Fig. 1).

Doce niños fueron Mantoux francamente positivos (induración superior a 18 mm.) resultando una prevalencia del 10 %. A éstos se les realizó una historia clínica, Rx de tórax, hemograma con V.S.G. y análisis de orina (1, 2), siendo en once de ellos el estudio negativo (compatible con infección tuberculosa). Tres de ellos estaban vacunados al nacimiento y un niño tenía lesiones compatibles con T.B.C. antigua en la Rx de tórax (2). A los 11 restantes se les inició tratamiento profiláctico con INH a 10 mgr/kg. de peso sin pasar de 300 mgr. día, durante un año (1, 3) (Figs. 2 y 3).

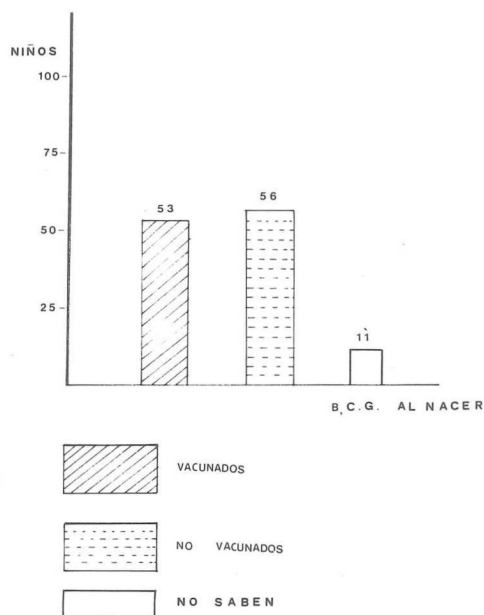


FIG. 1. De los 120 niños estudiados, 53 (44,1 %) estaban vacunados y no lo estaban 56 (46,6 %), el resto lo desconocían

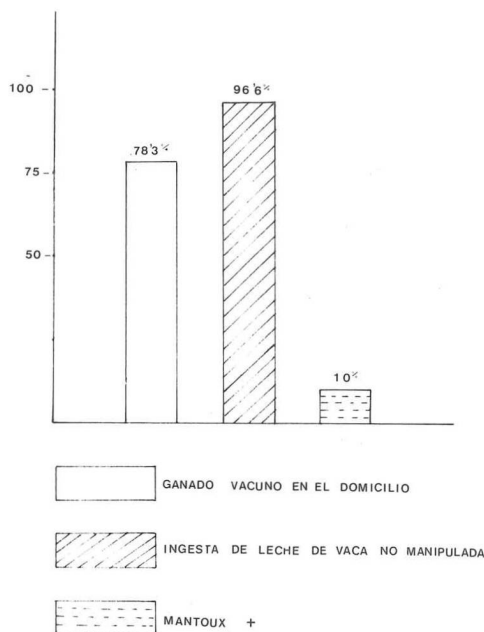


FIG. 2. El 96,6 % de los niños recibía leche de vaca no manipulada

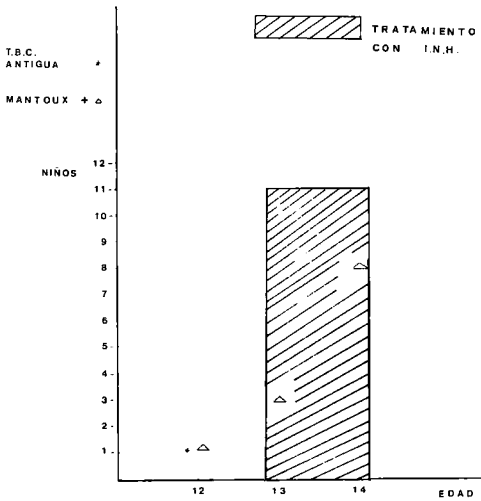


FIG. 3. De los 12 niños con Mantoux positivo, recibieron tratamiento profiláctico con 10 mg/k. de hidrácidas, 11 pacientes. El restante presentaba una clara lesión residual.

DISCUSIÓN

En Asturias la sospecha de la T.B.C. en la población es muy alta. Índice epidémico superior a 1,25 (4, 12). El pensar de los médicos de nuestra zona de salud, que llevan más tiempo que nosotros aquí es que

la incidencia de la tuberculosis en esta zona es baja y dada la polémica actual de «B.C.G., sí, B.C.G. no» y la falta de estudios de prevalencia en nuestra zona decidimos realizar este estudio; ya que *la vacunación se debe basar en el mismo* (8) (Fig. 4).

Como pediatra de asistencia primaria y más en un medio rural en el que la disposición de los medios técnicos de diagnóstico no es muy grande, damos un gran valor diagnóstico a la sencilla prueba de la tuberculina (5) coincidiendo con Edwin L. Kendig; valor que desaparece durante los cinco años siguientes a la vacunación B.C.G. (6).

A pesar de las recomendaciones de la OMS de vacunar a los recién nacidos, si la prevalencia de la zona es superior al 5 % (8) como es nuestro caso, proponemos, coincidiendo con otros autores (10), como alternativa a esa norma, la de *no vacunación* y realización del test de Mantoux por lo menos a los 6 y 12 meses de edad, luego uno anual y siempre que se considere oportuno, dado que el efecto booster no parece tener gran incidencia en la población infantil (11), y *tratamiento de los virajes con quimioprofilaxis* (1).

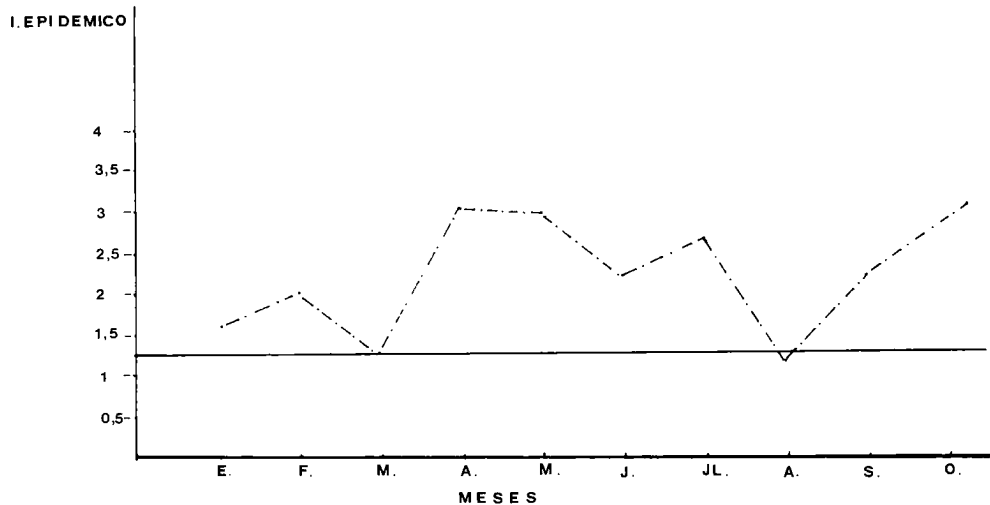


FIG. 4. Gráfica del índice epidémico de la tuberculosis durante 10 meses, según el Bolétin Epidemiológico del Principado de Asturias. Es un índice mantenidamente elevado

Esta alternativa está basada en los siguientes hechos:

A) La protección de la B.C.G. al nacimiento, respecto a las formas graves de la tuberculosis (meningitis y miliares) aparece como dudosa en publicaciones recientes, como la de Myint y col. en la que refieren 150 casos de M. T.B.C. con un 20 % de mortalidad y entre los que *el 26 % había sido previamente vacunado* (7).

B) Entre las *complicaciones de la vacuna* (BCGitis: úlcera en el lugar de la inoculación, adenopatías supra e infraclaviculares, diseminación linfohematógena en niños inmunodeprimidos), figuran la *osteítis por B.C.G.*, hecho nada desdeñable, ya que se han comunicado *152 casos en una serie* (9).

C) Las formas graves que pretendemos prevenir con la vacunación, siempre son formas secundarias y la prueba de la tuberculina en un paciente no vacunado, en los tiempos antes establecidos, descarta el riesgo de no descubrir la T.B.C. primaria y tratarla oportunamente (5).

D) Además ha quedado bien establecido que:

- La T.B.C. primaria no complicada rara vez presenta síntomas y únicamente se puede detectar a través de la prueba tuberculínica (5).

- La vacunación B.C.G. no protege contra la T.B.C. primaria y durante los 5 años siguientes a la misma, la tuberculina pierde su valor diagnóstico (6).

- La T.B.C. primaria que recibe un año de quimioprofilaxis con INH, no evolucionará casi nunca a una meningitis T.B.C., a una miliar o a cualquier otra forma grave de tuberculosis (5).

E) La imposibilidad de realizar el despistaje de la tuberculosis primaria, por falta de recursos humanos y técnicos ya ha dejado de ser un punto importante a la hora de valorar las ventajas de la B.C.G.; ya que desde la reciente creación de los centros de salud, contamos con una cobertura humana y técnica de la población, suficiente para realizar este despistaje.

Asimismo consideramos que se debe realizar un mejor control de la tuberculosis bovina, ya que hoy por hoy, hay que contar con esto como fuente de contagio muy importante (7).

Como punto final de este trabajo, nos gustaría dejar claro que nuestro pensar es que estos estudios de prevalencia, se realicen en todas las zonas de salud, para obtener datos comparativos y enviarlos a las autoridades competentes, para que de una vez por todas se posicionen sobre las necesidades de la B.C.G.

BIBLIOGRAFIA

1. MARTIN I. LORIN; KATHARINE H. K. HSU; SUSAN C. JACOB: *Tratamiento de la tuberculosis en los niños*. Clin. Ped. Nort., 1983; 2: 325-339.
2. GERBEAUX, J.: *Manifestaciones neumoganglionares y bronquiales de la tuberculosis*. Patología respiratoria en el niño. Barcelona, 1979. Salvat Editores, S. A.; págs. 323-346, 362, 365, 503-509, 531-532.
3. MICHAEL D. REED; JEFFREY L. BLUMER: *Clínica de los fármacos antituberculosos*. Clin. Ped. Nort., 1983; 1: 171-174.
4. BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL: Núms. 166 al 205. 1985. Principado de Asturias.
5. EDWIN L. KENDIG, Jr.: *La prueba de la tuberculina en la consulta y clínica pediátrica*. Pediatrics, 1979; 8: 388.

6. LAFUENTE, P.; MAIZ, E.; VÁZQUEZ, C.; GU-
TIÉRREZ, C.: *Tuberculosis infantil. Experiencia del
hospital de Cruces. Utilidad de la B.C.G.* Bol. S.
Vasco Nav. Ped., 1984; 73: 9-16.
7. ALBERDI, A.; ARAMBURU, L.; CORTA, J.; IRURETA,
A.; MADINA, M. C.; MINTEGUI, J.; ZUBILLAGA, P.:
*Tuberculosis infantil en el servicio de pediatría
del Hospital Provincial de Guipúzcoa en el dece-
nio 1972-1982. Revisión de 70 casos.* Bol. S. Vas-
co Nav. Ped., 1983; 69: 1-22.
8. FRICE, J. F.: *B.C.G. Vaccination.* Arch. Dis.
Child., 1982; 57: 485-487.
9. BOTIGER, M.; ROMANUS; DE VERDIER, C.; BOMAN,
G.: *Osteitis and other complications caused by
generalized BCG-itis.* Act. Paedit. Scand., 1982;
71: 471.
10. PROGAMA DE SALUD INFANTIL GOBIERNO VASCO.
Pasajes Ancho, 1984.
11. MAXWELL CAPLIN, T.: *Tuberculin test in clinical
practice.* An illustrated guide. London 1980. Mac
Millan Publishin. Co. Inc.
12. ERREZOLA SAIZAR, M.: *Epidemiología de la tu-
berculosis.* Bol. S. Vasco Nav. Ped., 1983; 70:
105-112.