



CARTAS AL DIRECTOR

Control de la tuberculosis en un centro de acogida de menores: una asignatura pendiente



Control of tuberculosis in a juvenile care centres: An issue to be addressed

Sr. Director:

En instituciones cerradas el estrecho contacto entre los residentes puede facilitar la aparición de brotes epidémicos de enfermedades infecciosas, especialmente en grupos vulnerables como menores y/o inmigrantes en situación irregular^{1,2}. En situación de riesgo, los cribados de tuberculosis (TB) en los no infectados deben efectuarse, como mínimo, anualmente. La detección de conversiones tuberculínicas en mayor proporción de lo esperado, es indicativa de la transmisión reciente de la infección^{3,4}. Para el control de la TB, el estudio convencional de contactos continúa siendo una de las actividades sanitarias más eficaces. De esta forma se detecta y trata precozmente tanto la infección tuberculosa (IT) como la enfermedad, y se rompe la cadena de transmisión^{5,6}. En este contexto, nos ha parecido interesante compartir nuestra experiencia ante la notificación de un caso de TB pulmonar bacilífera en un centro de acogida de menores de Granada. Se realizó un estudio de contactos, según la técnica de círculos concéntricos alrededor del caso índice, en 2 centros de acogida de menores donde residía el menor y en la institución educativa a la que acudía regularmente. Se clasificaron como bajo o moderado/alto riesgo a los menores que coincidieron con el caso índice según el contacto y la duración del mismo. Se realizó la prueba de tuberculina (PT) y a los que obtuvieron un resultado positivo (induración mayor de 5 mm o de 15 mm si habían sido vacunados con BCG), se les indicó radiografía de tórax.

El caso índice fue un varón de 15 años de origen marroquí que ingresó en el centro de acogida en agosto de 2012. Tras 2 meses de estancia, se le realizó la PT como cribado resultando positivo. En enero de 2013 acudió al centro de salud (CS) por síntomas compatibles con TB y tras radiografía de tórax patológica se derivó al hospital diagnosticándose de TB pulmonar bacilífera.

Se identificaron 102 menores convivientes (todos varones). No se pudieron localizar por fuga o alta voluntaria, 47 menores (46%). De los 55 (54%) estudiados, 29 (53%) se

clasificaron como riesgo moderado –hallándose entre ellos, 15 (52%) infectados– y los 26 restantes (47%), como riesgo bajo –hallándose en este caso, 4 infectados (15%)–. Todos fueron tratados de IT tras descartar enfermedad en su CS. La ausencia de medidas de control ante la PT positiva, probablemente aumentó el riesgo de contagio por exposición prolongada entre los menores. De ahí, la alta tasa de contagio y el considerable número de tratados por IT. No obstante, esta tasa podría estar sobreestimada dada la mayor tasa de infección previa y/o vacunación con BCG, entre la población inmigrante⁵. En estos casos, el test IGRA ayudaría a la confirmación de infección reciente, y en consecuencia, a un tratamiento de IT más eficiente^{6–8}.

La tasa de pérdidas en el estudio fue alta, a pesar de los esfuerzos realizados, lo que coincide con otros estudios en poblaciones similares (inmigrantes transeúntes).

Para concluir, se recomienda establecer mecanismos que faciliten el cumplimiento de protocolos sanitarios al ingreso en centros de menores, facilitando la coordinación entre profesionales sanitarios del CS de referencia.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han contribuido de manera relevante en la escritura y revisión crítica del manuscrito, y han dado su aprobación a la versión final de la carta para su publicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones, SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2002;38:441–51.
2. Solsona J, Caylà JA, Nadal J, Bedia M, Mata C, Brau J, et al. Screening for tuberculosis upon admission to shelters and free-meal services. Eur J Epidemiol. 2001;17:123–8.
3. Zenner D, Southern J, Van Hest R, DeVries G, Stagg HR, Antoine D, et al. Active case finding for tuberculosis among high-risk groups in low-incidence countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17:573–82.

4. Tafuri S, Martinelli D, Melpignano L, de Palma M, Quarto M, Prato R, et al. Tuberculosis screening in migrant reception centers: Results of a 2009 Italian survey. *Am J Infect Control*. 2011;39:495-9.
5. Kang M, Alperstein G, Dow A, van Beek I, Martin C, Bennett D, et al. Prevalence of tuberculosis infection among homeless young people in central and eastern Sydney. *J Paediatr Child Health*. 2000;36:382-4.
6. European Centre for Disease Prevention and Control Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC; 2011.
7. Linas BP, Wong AY, Freedberg KA, Horsburgh CB. Priorities for screening and treatment of latent tuberculosis infection in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:590-601.
8. Mekaini LA, Jabri ON, Narchi H, Kamal SM, Mabrook A, Kuwaiti MM, et al. The use of an interferon-gamma release assay to screen for pediatric latent tuberculosis infection in the eastern region of the Emirate of Abu Dhabi. *Int J Infect Dis*. 2014;23:4-7.

M.J. Molina Rueda^{a,*}, M.A. Onieva García^a,
N. Cabrera Castro^b y B. López Hernández^c

^a UGC de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b UGC de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^c UGC de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Distrito Granada-Metropolitano, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjmrueda@gmail.com
(M.J. Molina Rueda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.008>

También es una dislipemia



It is also a dyslipidemia

Sr. Director:

Presentamos el caso de un mujer de 38 años de edad que acude a nuestra consulta para valorar los resultados de la determinación de una analítica de rutina observándose el siguiente perfil lipídico: colesterol total 95 mg/dl (normal 100-200 mg/dl); triglicéridos 64 mg/dl (normal 45-200 mg/dl); cHDL 44 mg/dl (normal 65-80 mg/dl); cLDL 38,2 mg/dl (normal 100-130 mg/dl); índice aterogénico 2,16 (normal 2-5). La paciente acaba de llegar a España desde otro país europeo con toda su familia (dos hijos y esposo) manifestando que están sanos y sin antecedentes de interés. Los resultados la sitúan en un percentil inferior a

5 para su edad y sexo en la distribución normal de cLDL de la población española (tabla 1 estudio Drece iniciado en 1990)¹. Ante los hallazgos analíticos, se plantea diagnóstico diferencial con las etiologías que cursan con cLDL bajo, entre ellas las dietas vegetarianas estrictas, enfermedades con malabsorción intestinal, hipertiroidismo, enfermedad hepática grave, pancreatitis crónica o malnutrición.

Descartadas estas situaciones se suele tratar de un trastorno hereditario denominado hipobetalipoproteinemia familiar (HBLF), de transmisión autosómica dominante y que afecta a las lipoproteínas que contienen Apo B. Se descartaron las posibles causas secundarias mediante anamnesis, determinación de TSH y se solicitó ecografía abdominal, Apo B y niveles de vitaminas liposolubles (A, D, K y E) realizándose analítica de rutina a los hijos. Los niveles de Apo B fueron bajos también en la enferma y uno de los hijos (de 12 años) mostró perfil lipídico similar con cLDL bajo

Tabla 1 Estudio DRECE

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
<i>Mujeres (edad en años)</i>							
5-12	55	66	80	96	112	129	140
13-19	54	62	72	85	101	116	128
20-29	62	71	89	110	135	160	171
30-39	69	83	104	129	159	182	198
40-49	76	91	112	137	162	183	200
50-59	78	92	116	142	165	188	201
<i>Varones (edad en años)</i>							
5-12	51	65	81	97	115	133	145
13-19	52	60	74	90	106	127	143
20-29	59	68	82	100	122	146	163
30-39	68	82	95	112	133	154	166
40-49	74	85	103	124	151	176	191
50-59	91	101	127	146	172	200	211
Total	62	71	89	112	142	170	187

Percentiles de la concentración de colesterol de LDL (cLDL, estimado por la fórmula de Friedewald) de la población española, por sexo y grupos de edad (valores en mg/dl).

Fuente: Gómez-Gerique et al.¹.