

III Jornada de Tuberculosis en Sevilla

El pasado miércoles, día 21 de marzo, se celebró la 3ª Jornada sobre Tuberculosis en Sevilla, dirigida a todos los profesionales de la salud implicados en el conocimiento, la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, con el objetivo de facilitar el intercambio de experiencias dirigidas a la consecución en nuestro medio de los objetivos de la OMS para los años 2020 y 2025. El encuentro fue organizado por la Comisión de Coordinación del Programa de Tuberculosis en Sevilla, integrada por profesionales del Distrito de Atención Primaria de Sevilla, del Hospital Universitario Virgen del Rocío y del Hospital Universitario Virgen Macarena y ha contado con la colaboración de varias sociedades científicas andaluzas.

En la ponencia inicial, la Directora del Centro Nacional de Epidemiología presentó el progreso de nuestro país en los objetivos de control de la enfermedad propuestos por la Organización Mundial de la Salud y la situación en las diferentes Comunidades Autónomas, así como las líneas estratégicas del Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España 2018-2030. Destacó la importancia de la cooperación multisectorial, en consonancia con el lema del Día Mundial de tuberculosis del año 2018, que tiene como objetivo involucrar a todas las instituciones, trabajadores de cuidados de salud y pacientes afectados, para acabar con la tuberculosis en el mundo (“Se buscan: Líderes para un mundo libre de tuberculosis”).

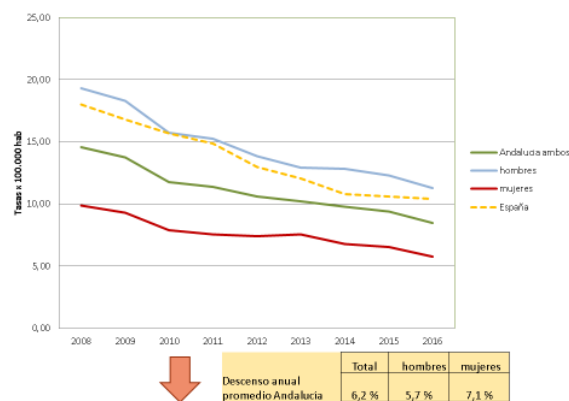
A continuación, la primera mesa trató sobre la “Epidemiología y el control de la tuberculosis”, incluyendo ponencias relativas a la situación de la tuberculosis en Andalucía, avances e innovaciones en la prevención y control de la tuberculosis, el papel de la biología molecular y una experiencia de control en países en vías de desarrollo. La segunda mesa se centró en algunos de los “Aspectos clínicos de la tuberculosis”, con ponencias sobre novedades en el diagnóstico microbiológico, factores pronósticos de mala evolución, tuberculosis del sistema nervioso central y técnicas endoscópicas en tuberculosis. Y finalmente, hubo dos talleres simultáneos sobre Buenas prácticas y experiencias en programas de control de la enfermedad de tipo comunitario y en poblaciones vulnerables y Radiografía de tórax para el diagnóstico de tuberculosis.

Algunos de los aspectos destacados en las distintas ponencias fueron:

- La tuberculosis sigue siendo la principal causa de mortalidad por enfermedad infecciosa y una de las principales en resistencia a antibióticos. Aunque se encuentra en descenso en la mayoría de países, el ritmo de descenso a nivel mundial no es el esperable para conseguir los objetivos de control de la OMS. Actualmente, la incidencia desciende en Europa alrededor de un 4% anual y debería aumentarse al 10% anual para alcanzar las metas de la Estrategia de erradicación de Tuberculosis 2020.
- En Andalucía se ha producido un descenso sostenido de la incidencia media (2008-16) por encima del 5% anual, aunque hay importantes variaciones geográficas, con

algunas zonas donde no se está produciendo este descenso. La transmisión en niños sigue siendo un problema y las tasas no descienden al mismo ritmo que en los adultos. La incidencia se mantiene elevada en algunas zonas con poblaciones vulnerables y se produce una mayor complejidad de los casos, aumentando la proporción en personas mayores e inmunosuprimidos.

Figura 1. Tasa de incidencia por sexo en Andalucía, 2008-2016



- Las técnicas moleculares y genéticas están resultando claves para mejorar el diagnóstico microbiológico y para el conocimiento de la epidemiología de la tuberculosis. Se hace necesario protocolizar la realización de estas técnicas en esputo y en muestras endoscópicas para aumentar la sensibilidad diagnóstica en los casos de sospecha clínica.
- El cribado de la infección tuberculosa latente en población de riesgo sigue generando dudas en la práctica diaria, por lo que se plantea la necesidad de una adecuada protocolización y coordinación (a quién debe realizarse la prueba y qué hacer con los casos infectados sin contacto previo con casos de enfermedad activa).
- La broncoscopia puede jugar un papel importante en los pacientes TB de difícil diagnóstico. Técnica de elección cuando es imposible la obtención de una muestra de esputo de calidad, alteraciones de la vía aérea, toma de muestras de adenopatías hiliares y mediastínicas.

Se identifican como líneas para mejorar la coordinación y el control de la enfermedad: detección precoz de casos e inicio de tratamiento; mejora en el diagnóstico microbiológico; realización de estudios de contactos de forma sistematizada y coordinada; seguimiento de pacientes y tratamiento directamente supervisado, destacando la importancia de priorización de actuaciones en los grupos más vulnerables y el papel de las enfermeras de Salud Pública para seguimiento de los casos y contactos; análisis y evaluación de los indicadores con retroalimentación a los interesados. El acceso universal a la atención sanitaria y a los programas de salud pública y la tuberculosis concebida como una prioridad política son otros elementos identificados para un buen funcionamiento de los programas de prevención y control de la enfermedad.

En las distintas ponencias se ha puesto de manifiesto la importancia de la colaboración entre distintos profesionales sanitarios e instituciones, trabajando conjuntamente desde la perspectiva clínica, epidemiológica y preventiva. Es fundamental el intercambio rápido de información, el consenso en los protocolos de actuación y el apoyo de los servicios sociales, entidades sociales y ONGs. Se hace necesario elaborar programas de control adaptados a la epidemiología de cada Distrito y a los recursos disponibles.

Simultáneamente, con motivo del Día Mundial de la Tuberculosis, 11 Sociedades Científicas¹ de la Comunidad Autónoma de Andalucía colaboradoras con el evento han firmado un compromiso para contribuir a alcanzar los objetivos que ha marcado la Organización Mundial de la Salud para el año 2035. Este compromiso se concreta en una declaración de diez puntos dirigidos a dar una respuesta más eficaz al problema de la tuberculosis, facilitando la colaboración desde cada uno de los ámbitos profesionales.

¹Sociedad Andaluza de Salud Pública (SASPAS-Hipatia), Sociedad Andaluza de Epidemiología (SAE), Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública (SAMPSP), Sociedad Andaluza de Medicina de Familiar y Comunitaria (SAMFYC), Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN- Andalucía), Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI), Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS Andalucía), Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica (SAMPAC), Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) y Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur (NEUMOSUR).

Las presentaciones de la Jornada están disponibles en la web de las jornadas.

http://www.saludpublicasevilla.es/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=196

Enlaces de interés sobre el día mundial de la tuberculosis

- World Tuberculosis Day – 2018, ECDC. [Enlace](#)
- World TB Day, 24 March 2018, WHO. [Enlace](#)
- Declaración de Alianza Contra TB, SASPAS-HIPATIA. [Enlace](#)

Autores: Eduardo Briones Pérez de la Blanca y Ana Roldán Garrido

Enlaces de interés

Emergencia de Candida auris y riesgo de brotes hospitalarios. Debido a su alta transmisibilidad y resistencia a los antifúngicos, Candida auris supone un riesgo para los pacientes hospitalizados. La dificultad para su identificación y la falta de reconocimiento de las infecciones por esta nueva especie de Candida podrían originar transmisión y brotes no identificados en el ámbito hospitalario. Se recomienda que las autoridades de Salud Pública en las CCAA mantengan la alerta en sus territorios ante la sospecha de infección por Candida auris. En diciembre de 2016, el Centro de Control de Enfermedades Europeo (ECDC) publicó un documento de evaluación del riesgo por esta levadura: <http://bit.ly/2GSFvPE> (Fuente: Informe Semanal de Vigilancia, 27/2/18. RENAVE)

[Estrategia mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente \(2016-2030\)](#): Los objetivos y metas de la estrategia están alineados con los objetivos del desarrollo sostenible que han de alcanzarse de aquí a 2030. SOBREVIVIR Poner fin a la mortalidad prevenible, PROSPERAR Lograr la salud y el bienestar y TRANSFORMAR Ampliar los entornos propicios.

[Suicidios. España 2016](#). Observatorio del suicidio en España

Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 12/2018 y acumulado desde la semana 1/2018.

Datos provisionales.

EDO	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	Sem	2018	Sem	2018	Sem	2018	Sem	2018	Sem	2018	Sem	2018	Sem	2018	Sem	2018	2017*	2018
Enf Meningoc.	0	3	0	7	0	3	0	2	0	3	0	1	1	5	0	8	21	32
Enf. Neumo. Inv.	0	1	0	18	0	3	1	26	0	4	0	9	2	32	4	62	105	155
Fiebre Q	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	15	7
Hepatitis A	0	29	0	9	0	5	0	13	0	30	0	0	0	17	4	35	486	138
Hepatitis B	0	2	0	3	1	2	0	2	0	3	0	1	1	3	1	3	28	19
Hepatitis C	0	3	0	7	0	6	0	9	1	1	0	1	0	6	0	1	37	34
Infec. Gonoc.	0	5	1	13	0	8	0	23	1	3	2	3	2	31	3	67	153	153
Legionelosis	0	1	0	2	0	1	0	3	0	3	0	2	3	11	1	4	28	27
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	2	0	2	0	2	13	10
Paludismo	0	4	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	7	10
Parotiditis	3	86	1	37	0	2	2	30	0	1	3	29	1	12	3	25	258	222
Sífilis	0	7	2	11	0	5	1	19	0	4	0	4	3	32	1	49	216	131
Tosferina	0	0	0	2	0	4	1	1	0	1	0	0	1	3	0	8	40	19
Tuberculosis	2	22	1	24	1	9	0	12	0	17	1	5	2	28	8	50	163	167

* Casos acumulados en el mismo periodo en 2017.

GRYPE semana 13/2018

En la semana 13/2018, el **Sistema de Vigilancia Centinela de Gripe en Andalucía** ha registrado 4 casos sospechosos de gripe; 0 casos del grupo de edad de 0-4 años, 1 del grupo de 5-14 años, 2 del grupo de 15-64 años y 1 del grupo >64 años. La tasa de incidencia semanal es 4 casos por 100.000 habitantes.

Semana	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Médicos declarante	102	100	98	89	82	87	87	84	57
Tasa incidencia (x 10 ⁵)	124	100	95	52	47	18	20	10	4

Desde el inicio de la temporada se han detectado un total de 544 muestras positivas para el virus de la gripe: 298 (54,8%) virus tipo B y 246 (45,2%) tipo A. Entre los virus A subtipados el 58,1% son AH3 y el 41,9% AH1N1pdm09.

Sistema de Vigilancia de la Gripe en España: En la semana 12/2018 la tasa de gripe disminuye a 11,08 casos por 100.000 habitantes, por debajo del umbral establecido para esta temporada. De las 91 muestras centinela enviadas para confirmación virológica esta semana, 33 (36%) han sido positivas para el virus de la gripe. Esta semana el 79% de las detecciones son tipo A. De las detecciones centinelas notificadas desde el inicio de la temporada 2017-18 hasta el momento, el 59% son tipo B y el 41% tipo A [59% de A(H3N2) entre los subtipados]. Desde el inicio de la temporada 2017-18 se han notificado 22 brotes de gripe, uno en una institución sanitaria (virus tipo B), tres en el ámbito escolar (uno virus tipo A no subtipado y dos tipo B) y 18 en geriátricos [nueve asociados a tipo B, seis asociados al virus tipo A no subtipado y tres A(H3N2)]. Entre los casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) notificados en la temporada 2017-18, se ha identificado virus de la gripe B en un 57%. El 66% de los CGHCG se registra en el grupo de mayores de 64 años, seguido del de 45 a 64 años (22%), y la mediana de edad de los casos fatales es de 82 años (RIC: 71-88 años). Entre los pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, el 53% de los CGHCG y el 49% de los casos fatales no habían recibido la vacuna antigripal de la temporada.

Vigilancia de la Gripe en Europa (ECDC): En la semana 11/2018 la difusión de la actividad es epidémica en gran parte de los países que han notificado a ECDC, y la intensidad es

baja o media en la mayoría de ellos. Se notificaron 898 muestras centinela positivas, 44% de las muestras centinela testadas, inferior a la semana previa. El 52% eran tipo B (99% B/Yamagata entre los 275 virus adscritos a linaje) y 48% tipo A [60% A(H1N1)pdm09 entre los 326 virus A subtipados]. Desde la semana 40/2017, el 65% de las muestras centinela positivas en Europa son tipo B (97% linaje B/Yamagata) y el 35% tipo A [65% A(H1N1)pdm09 entre los virus subtipados], con patrones mixtos de circulación en diferentes regiones. Desde el inicio de la temporada se ha notificado la caracterización genética de 2.175 virus. De los 723 virus A(H3N2) caracterizados, el 56% pertenecen al grupo 3C.2a, grupo incluido en la vacuna recomendada por la OMS para el hemisferio norte en la temporada 2017-18, el 41% al grupo 3C.2a1, antigénicamente similares a los del grupo 3C.2a, y el 2% en el grupo 3C.3a. De los 311 virus A(H1N1)pdm09 caracterizados, todos pertenecían al grupo componente de la vacuna [A/Michigan/45/2015, grupo (6B.1)]. En cuanto al virus tipo B, 48 de los 96 virus B/Victoria pertenecían a un nuevo subgrupo, representado por B/Norway/2409/2017, caracterizado por presentar una delección en los aminoácidos 162 y 163 de la hemaglutinina, y que ha sido detectado en varios países. Hasta el momento, el 52% de los casos notificados con ingreso en UCI presentaban una infección por virus tipo A [58% A(H1N1)pdm09 entre los subtipados] y el 48% por tipo B. En cambio, el porcentaje de B era mayor entre los casos hospitalizados en otras unidades fuera de la UCI (65% B). El 58% de estos casos eran mayores de 64 años.

