

## Sumario

Día Mundial de la tuberculosis, 2007 . . . . .	241	Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria . . . . .	244
Cambio de sede del boletín europeo, Eurosurveillance . . . . .	242	Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica . . . . .	248
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión . . . . .	243		

## Día Mundial de la tuberculosis, 2007

Traducido y adaptado de: *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2007. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2007.376)*

El 24 de marzo de 2007 se celebró el Día Mundial de la Tuberculosis, cuyo lema este año fue: «Si hay tuberculosis aquí, la hay en todas partes» (TB anywhere is TB everywhere), haciendo énfasis en la transmisión aérea de la enfermedad. Por estas fechas, como viene siendo habitual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer su informe anual sobre la lucha mundial contra la tuberculosis, que recoge información sobre los casos de tuberculosis notificados por 212 países en 2005 y los resultados de tratamiento en 2004. Las conclusiones principales de este informe se resumen a continuación:

- La tuberculosis sigue siendo una importante causa de muerte en todo el mundo, pero la epidemia mundial está a punto de empezar a disminuir. Se calcula que en 2005 hubo 8,8 millones de nuevos casos de tuberculosis, y que 1,6 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad, de las que 195.000 estaban infectadas por el VIH. En 2005 la tasa de incidencia se mantuvo estable o disminuyó en las seis regiones de la OMS y en todo el mundo, aunque el número absoluto de nuevos casos siguió aumentando lentamente, a expensas de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental.

- El DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) y la estrategia Alto a la Tuberculosis, todavía no están en pleno funcionamiento en la mayoría de los países: En 2005 los programas DOTS notificaron 5 millones de pacientes con tuberculosis. Sin embargo, la tasa de detección de casos bacilíferos en estos programas osciló entre el 35% y el 76%, y es probable que estas variaciones persistan en 2006.

- Aunque los fondos disponibles para la lucha contra la tuberculosis han aumentado notablemente desde 2002 y alcanzado los 2.000 millones de dólares americanos en 2007, las intervenciones a la escala que requiere el Plan Mundial requerirían 1.100 millones de dólares más.

- Progresos hacia los objetivos y metas: Las metas mundiales de la OMS para 2005 (la detección de un 70% de los casos y la curación del 85%), no se alcanzaron por poco: la detección de casos fue del 60% y el éxito del tratamiento del 84%. Aunque la carga de tuberculosis puede estar disminuyendo a nivel mundial, esta disminución no es lo suficientemente rápida como para que se puedan alcanzar las metas de impacto fijadas por la Alianza Alto a la Tuberculosis: reducir las tasas de prevalencia y mortalidad de 1990 a la mitad en 2015. Las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental están en el buen camino para alcanzar esas metas, pero no las de África, Europa y Mediterráneo Oriental. Hay que lograr una mejora sistemática de los procedimientos de recopilación de datos financieros y epidemiológicos. La vigilancia y monitorización integrales y las encuestas bien diseñadas son requisitos imprescindibles para una evaluación precisa de los progresos realizados en materia de control de la tuberculosis.

## Nota editorial

En el año 2005, España declaró a la OMS 7.820 casos de tuberculosis de todas las localizaciones, lo que equivale a una tasa global de tuberculosis de 18,2

casos/100.000 habitantes. De estos, 6.841 casos corresponden a tuberculosis respiratoria (tasa de 15,8 casos/100.000), 126 casos a meningitis tuberculosa (tasa de 0,3) y 853 casos a tuberculosis de otras localizaciones (tasa de 1,9). Las estimaciones de la OMS para España correspondientes a ese año fueron un total de 11.839 casos de todas las formas de tuberculosis (tasa de 27 casos/100.000 habitantes), y una tasa de detección de nuevos casos del 61%. La tasa de detección de nuevos casos (61%), uno de los principales indicadores del buen funcionamiento de los sistemas de vigilancia, aunque es inferior al objetivo del 70% marcado por la OMS, ha mejorado respecto al año

anterior, que fue de 56%. Estos datos permiten concluir que, a pesar de los progresos realizados, sigue siendo necesario mejorar la recogida de la información de tuberculosis a nivel estatal. Los cambios introducidos en los protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria, con la ampliación de la definición de caso de tuberculosis para recoger información acerca de todas las localizaciones de la enfermedad, permiten una mejor comparación de los datos de España con los países de nuestro entorno. Hay que seguir insistiendo en la importancia de la recogida de la información y en la correcta cumplimentación de las variables específicas.

## Cambio de sede del boletín europeo, *Eurosurveillance*

Traducción y adaptación del artículo: Therre H, Desenclos JC, Hoile E, Gill N, Brunet JB. *Eurosurveillance comes on age and moves to ECDC*. *Euro Surveill* 2007; 12 (2) <http://www.eurosurveillance.org/em/v12n02/1202-221.asp>

El boletín europeo, *Eurosurveillance*, fue creado en 1995 con el objetivo de favorecer el intercambio y la difusión de información científica entre los profesionales de la salud pública relacionados con la vigilancia y el control de las enfermedades infecciosas en Europa, en un momento en el que las Redes europeas de vigilancia se encontraban en sus inicios. Ahora, y formando parte de una amplia estructura, la publicación comienza una nueva etapa: la función editorial será asumida por el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), en Estocolmo. Esto supondrá un refuerzo para la siguiente fase del desarrollo de *Eurosurveillance*: convertirse en la principal publicación científica a nivel europeo, en el campo de la vigilancia y control de las enfermedades infecciosas.

A principios de los años 90 se estudió por primera vez la posibilidad de la vigilancia de enfermedades al nivel europeo a través de redes de expertos. La primera red de vigilancia de una enfermedad transmisible fue la ahora conocida como EuroHIV, con el objetivo de estudiar la epidemia de sida. Esta Red inició su funcionamiento en 1984, al amparo de la oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y financiada por la Dirección General de Investigación de la Comisión Europea. Desde entonces se implementaron muchas otras redes, para el estudio de enfermedades prioritarias como legionelosis (EWGLI), salmonelosis (Salm-net, que pasó a denominarse Enter-net en 1998), gripe (EISS) y tuberculosis (EuroTB). La mayoría de estas redes tenían su sede en uno o dos Institutos Nacionales de Salud Pública, y estaban financiadas por la Dirección General de Salud Pública de la Comisión Europea (ahora DG-SANCO), en el marco de una serie de Programas de Salud Pública consecutivos. Así nació el concepto de «Redes de vigilancia especializadas» (DSN), término aplicado posteriormente a un mayor número de redes aunque no fueran espe-

cíficas para una enfermedad en particular, como EARSS (para las resistencias antimicrobianas).

La ambición de *Eurosurveillance* fue, a través de la comunicación, complementar el papel de formación de recursos humanos de otro Programa Europeo de éxito, el Programa Europeo de Entrenamiento en Epidemiología de Intervención (EPIET). El desafío era formar parte de la infraestructura de la creciente comunidad europea de vigilancia de las enfermedades infecciosas y de salud pública, así como rellenar los huecos dejados por las revistas científicas e instituciones académicas existentes cuyo interés en esta materia era escaso. El crecimiento de *Eurosurveillance* se debió en gran medida a los pioneros de estas redes crecientes de vigilancia, al apoyo de la Comisión Europea a través de los Programas de Salud Pública, y al trabajo del comité editorial, formado por «contactos nacionales» en cada uno de los Institutos de Salud Pública europeos. Estos contactos, que actuaban también como asesores editoriales de *Eurosurveillance*, eran frecuentemente los editores de los boletines epidemiológicos nacionales.

*Eurosurveillance* es una de las numerosas piezas de un rompecabezas ensamblado con paciencia que se benefició de un creciente interés y reconocimiento político. Con la Decisión 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre la Red de Vigilancia de enfermedades infecciosas, la Decisión de la Comisión 2000/57/CE sobre el sistema de alerta precoz y respuesta, y en Mayo de 2005, con la creación del ECDC, se ha hecho realidad el objetivo de un servicio europeo para la vigilancia de la salud pública y el control de las enfermedades infecciosas.

Durante los últimos diez años, muchos sucesos de salud pública han contribuido a cambiar la percepción pública y política de la amenaza que representan las

enfermedades infecciosas. Estas incluyen amenazas bioterroristas tras los atentados del 11-S, los incidentes por ántrax en los Estados Unidos, la emergencia de un nuevo patógeno con el brote de SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo), la diseminación de microorganismos resistentes a los fármacos, y la preocupación creciente por una pandemia de gripe, unida a la necesidad de una preparación por parte de los Estados Miembros. Estos cambios pueden explicar el porqué se reconoció la necesidad de un Centro Europeo «físico», idea que se había desechado en los años 90 a favor del concepto preferido de centro «virtual» (una red o un servicio). En 2002, David Byrne, por entonces Comisionado Europeo para la Salud y Protección del Consumidor, defendió ante el Foro Europeo de Salud la creación de un Centro Europeo que «reúna la experiencia y la habilidad de los Estados miembros, y que actúe como punto de referencia y de coordinación tanto en situaciones de rutina como de crisis».

La unión de *Eurosurveillance* y del ECDC es una consolidación lógica de la infraestructura internacional de la Unión Europea para combatir las enfermedades infecciosas.

*Agradecimientos:* A los miembros de los equipos editoriales de *Eurosurveillance* en el Instituto de Salud Pública francés (InVS, Institute de Veille Sanitaire,) en París, y a la Agencia de Protección de la Salud (HPA, Health Protection Agency), en Londres, así como a los miembros del comité editorial, editores asociados, a la DG-SANCO, y a todos los que han contribuido a la creación y el desarrollo del *Eurosurveillance*.

## Direcciones de interés:

Página web de *Eurosurveillance*:  
<http://www.eurosurveillance.org/>

A través de esta página se puede acceder a los tres formatos del boletín europeo: dos de edición electrónica exclusivamente (*weekly*, semanal y *monthly*, mensual), y la recopilación cuatrimestral, que se edita en papel y se puede descargar gratuitamente en formato PDF. La suscripción electrónica es gratuita.

Página web del Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC): <http://www.ecdc.eu.int/>

### CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Casos acumulados desde el 01/01/2006 hasta el 18/12/2006 (semana 50)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
			Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía	5	-	-	1	-	1	-	-	4	4
Aragón	3	-	-	1	1	2	-	-	1	1
Asturias	2	-	-	-	1	1	-	-	1	1
Baleares	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-
Canarias	30	-	-	17	6	23	1	1	5	7
Cantabria	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Castilla y León	3	-	-	-	-	-	-	-	3	3
Cataluña	63	8	-	39	8	47	-	1	7	8
Com. Valenciana	14	-	-	7	1	8	-	-	6	6
Extremadura	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-
Galicia	6	-	-	-	-	-	-	-	6	6
Madrid	190	-	13	159	2	174	2	4	10	16
Murcia	8	1	-	1	-	1	-	2	4	6
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	5	-	-	-	-	-	-	-	5	5
Rioja	27	-	-	15	-	15	-	-	12	12
Ceuta	3	-	-	2	-	2	-	-	1	1
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>245</b>	<b>19</b>	<b>277</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>66</b>	<b>77</b>

(1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.

(2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

(3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.

(4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.

(5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.

(6) **Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: sarampión postvacunal, parvovirus B19, Herpes 6.

Más información (BES 2000:8:169-172)