



CARTAS AL DIRECTOR

Tuberculosis: ¿sigue siendo un problema de salud pública?

Tuberculosis: is it still a public health problem?

Sr. Director:

Hemos leído con interés diversas monografías, guías de práctica clínica y artículos publicados durante los últimos 10 años sobre la evolución de la tuberculosis (TBC) y hemos comprobado que sigue siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un importante problema de salud pública en todo el mundo. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2009 se produjeron un total de 9,4 millones de casos nuevos (137 casos por 100.000 habitantes), la mayoría de los cuales se registraron en Asia (55%) y África (30%). En las regiones del Mediterráneo oriental, Europa y América las cifras correspondientes fueron 7, 4 y 3%, respectivamente. El número de defunciones estimado fue de 1,7 millones, 456.000 de las cuales ocurrieron en personas con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La carga mundial de la TBC está disminuyendo lentamente y al menos 3 de las 6 regiones de la OMS están en buen camino para alcanzar las metas mundiales de reducción de casos y muertes que se han fijado para 2015^{1,2}.

Durante 2009, en la Región Europea se notificaron 329.391 casos (44,4 por 100.000) con una amplia variabilidad entre países y un gradiente de incremento de la incidencia de oeste a este, debido a altas tasas de TBC multirresistente, el aumento en la incidencia de infección por el VIH, el deterioro socioeconómico y el deficiente desarrollo de los servicios de salud^{2,3}.

En 1995 se estableció la declaración individualizada de TBC respiratoria y meningitis tuberculosa en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) y en el 2004 se añadieron el resto de localizaciones de la enfermedad. En el 2009 se declararon 7.652 casos de TBC de todas las localizaciones, lo que equivale a una tasa bruta de incidencia de 16,96 por 100.000 habitantes. La distribución de las tasas de TBC por comunidades autónomas es muy desigual, oscilando entre 10 y 37 casos por 100.000 habitantes. Las comunidades con mayores tasas globales son Ceuta, Galicia, Melilla y La Rioja, aunque por número de casos declarados destacan Cataluña, Andalucía y Madrid⁴. Durante 2009, en la

comunidad andaluza se comunicaron 1.126 casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Andalucía (SVEA). Las tasas globales en Andalucía están estabilizadas desde el año 2002 y oscilan entre 15 y 16 casos por 100.000 habitantes⁵.

Las migraciones y la movilidad demográfica son cuestiones que se plantean en todos los retos de salud pública. El paso de enfermedades a través de las fronteras es uno de los principales riesgos de la globalización como consecuencia del tránsito de personas entre países, este impacto es bidireccional y provoca el incremento en países desarrollados de enfermedades transmisibles como la TBC⁶. La proporción de casos atribuibles a extranjeros en los países de la Unión Europea se ha mantenido estable en el período 2005-2007. En el 2007 representó un 21%, del cual dos tercios procedían de Asia o África y un 6% de la antigua Unión Soviética⁷.

En España, del total de casos declarados en 2009, el 32% eran extranjeros. El porcentaje de casos extranjeros respecto al total de casos de TBC varía mucho entre las comunidades autónomas⁴. En Andalucía, el número de casos de TBC en extranjeros y la proporción que supone sobre el total de casos han experimentado un ascenso importante en los últimos años, lo que podría deberse a la creciente inmigración desde países con una prevalencia elevada de TBC⁵. Para concluir, la TBC es una enfermedad prevenible y curable que sigue presentando un gran impacto en salud pública y el éxito de su curación lo constituye la adherencia a un tratamiento adecuado. La vigilancia y el control de la TBC requieren un esfuerzo conjunto por parte de todos los sectores implicados en las distintas fases de prevención y control de la enfermedad.

Bibliografía

1. World Health Organization Global Tuberculosis Control: WHO Report 2010. WHO; 2010 [consultado 3 May 2012]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/
2. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe Tuberculosis Surveillance in Europe 2009. European Centre for Disease Prevention and Control; 2011 [consultado 3 May 2012]. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Madrid; 2010 [consultado 3 May 2012]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tuberculosis.aiqs.2010es.vcompl.pdf
4. Rodríguez E, Villarrubia S, Díaz O, Hernández G, Tello O. Situación de la tuberculosis en España. Casos de tuberculosis declarados a

- la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2009. *Bol Epidemiol Semanal*. 2010;18:213-20.
5. Consejería de Salud de Andalucía. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Tuberculosis en Andalucía. Informe del año 2009. Sevilla: Consejería de Salud; 2010.
 6. Marimon N, Martínez E. Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente. *Rev Cub Salud Pública*. 2009;35:1-12.
 7. Hollo V, Amato-Gauci A, Ködmön C, Manissero D. Tuberculosis in the EU and EEA/EFTA countries, what is the latest data telling us? *Eurosurveillance* 2009;14:1-4 [consultado 3 May 2012]. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/>

M.J. Molina Rueda^{a,*}, A. Martín-Vivaldi Jiménez^b
y F. Molina Rueda^c

- ^a Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
^c Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semmerg.2012.05.012>

Antibióticos, pero con prudencia

Antibiotics, but with discretion

Sr. Director,

Nos ha parecido muy interesante el caso clínico publicado en la revista, relativo al síndrome de Stevens-Johnson¹. Su lectura, permite recordar la importancia de este cuadro ya que, aunque infrecuente, como bien señalan sus autores, tiene una elevada mortalidad. Sin embargo, a nuestro juicio, hay un aspecto sobre el que no se reflexiona y consideramos que nos podría aportar conclusiones importantes. Nos referimos, en concreto, al manejo de antibióticos de forma empírica y sin una justificación clara. Los autores relatan como durante la atención de un paciente con fiebre, malestar general, enrojecimiento y picor en ambos ojos, se decide pautar 1 g de amoxicilina cada 8 horas sin que conste una hipótesis diagnóstica. Posteriormente, ante el deterioro general que hace necesario el ingreso hospitalario, se vuelve a indicar un antibiótico empírico (no se especifica cual ni la vía de administración) sin una sospecha clínica para justificarlo. En la explicación del síndrome, muy completa, se recoge que existe un gran número de fármacos que pueden producirlo, entre ellos los betalactámicos. Es curioso que no se haga ninguna referencia relativa a si se investigó cual pudo haber sido el agente desencadenante y, en concreto, a la posibilidad de que pudiera estar implicada la amoxicilina a pesar de que insisten que es esencial la identificación de los fármacos causantes del cuadro. El uso inadecuado de antibióticos es un problema de salud pública a nivel mundial. Existe una relación directa entre su consumo y las resistencias bacterianas². Este mal uso, se produce tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario, sin bien es en el primer nivel asistencial donde, con diferencia, alcanza una mayor magnitud. En España, el consumo extrahospitalario es alarmante comparado con el de otros países de nuestro entorno. Se calcula que más del 50% de los

antibióticos se prescriben para infecciones respiratorias de etiología viral y, por lo tanto, no están indicados. Esto hace que la prevalencia de resistencias de las bacterias responsables de infecciones respiratorias sea más elevada que la de la mayoría de los países europeos³. Además de las resistencias, la utilización inadecuada tiene otras consecuencias negativas como son los malos resultados terapéuticos, un impacto sobre el gasto farmacéutico y, por supuesto, la posibilidad de morbilidad debida a efectos adversos innecesarios⁴. Creemos que esta es la principal enseñanza que nos proporciona este caso clínico: los antibióticos, aunque seguros, no son inocuos y por lo tanto debemos utilizarlos con prudencia.

Bibliografía

1. Martínez-Pérez J, Caldevilla-Bernardo D, Perales-Pardo R, Pérez-Gómez F. Síndrome de Stevens-Johnson. A propósito de un caso de fiebre y erupción cutánea. *Semergen*. 2012;38:245-7.
2. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365:579-87.
3. EARSS Annual Report 2008. [consultado 31 May 2012]. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/>
4. Cabrera S. Uso racional y responsable de antibióticos. *Arch Med Interna*. 2009;31:74-80.

R. Bugarín González^a y P.M. López Vázquez^{b,*}

^a Centro de Salud Calo-Teo, Gerencia de Gestión integrada de Santiago, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela, España

^b Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela. España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulamlv@hotmail.com
(P.M. López Vázquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semmerg.2012.06.001>