

Vigilancia de la tuberculosis.

Año 2022

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Depuración, validación y análisis de los datos:

Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Revisión del informe:

Grupo de Trabajo de las CCAA para la Prevención y el Control de la Tuberculosis

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Cita sugerida: Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2022. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

En España, la TB respiratoria es una enfermedad de declaración obligatoria desde principios del siglo XX. La vigilancia de la TB está regulada por el Real Decreto 2210/1995 que creó la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), desarrollado posteriormente en los Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, y en la normativa específica de las CCAA. En 2013 se aprobó el protocolo de vigilancia de esta enfermedad (1).

En 2007, la Comisión de Salud Pública (CSP) aprobó el primer Plan para la prevención y el control de la TB en España. En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud, con ocasión de la 67ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2014, impulsó la aprobación por los Estados Miembros de la Estrategia “End TB”, que tiene como fin último acabar con la epidemia de esta enfermedad, e incorpora las siguientes metas a alcanzar en 2035: reducir un 90% la mortalidad y un 80% la incidencia de TB comparadas con las cifras de 2015 a nivel mundial y que no exista ningún hogar que experimente costes “catastróficos” derivados de haber contraído la enfermedad. A este impulso le han seguido otros como la Declaración de Moscú que reafirma el compromiso de alcanzar los objetivos de la Estrategia en consonancia con la meta incluida en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 de la Agenda 2030 dirigido a la salud.

En consonancia y alineamiento con los nuevos compromisos internacionales, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba en marzo de 2019 un nuevo Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España (2). Uno de los elementos claves de dicho plan es la mejora del control de la TB a través del fortalecimiento del sistema de vigilancia actual. Este sistema debe promover una mejora en la recogida y análisis de la información ante nuevos casos y brotes, incluyendo información microbiológica y de resistencias antimicrobianas, integrando la información procedente de los diversos sistemas.

Nota metodológica

Se analizaron los casos declarados a la RENAVE por cada una de las 17 comunidades y las dos ciudades autónomas en 2022. Los datos se extrajeron del Sistema de Vigilancia Nacional (SIVIES) el 18 de septiembre de 2023. Se actualizaron los datos de años anteriores, teniendo en cuenta las modificaciones y consolidaciones realizadas por las CCAA durante dicho año. Para el tratamiento y análisis de las variables, se utilizaron las definiciones que figuran en el protocolo vigente de la RENAVE (1). Se realizó una recodificación de la variable importado para alcanzar el 100% de exhaustividad a partir de la información facilitada sobre país del caso y país de residencia. En aquellos casos en los que no existía información sobre la localización principal de la enfermedad, pero sí una localización adicional, se realizó un reemplazo. Tras excluirse los casos importados, se realizó un análisis descriptivo retrospectivo para las variables relevantes recogidas en la declaración de los casos de TB. Se calcularon las tasas de notificación (TN) anuales de TB por 100.000 habitantes y las de mortalidad para el periodo 2015-2022, tanto para el total nacional como por comunidades autónomas, por grupos de edad (0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 y 65 y más años) y sexo. Para el cálculo de las TN, se utilizaron las cifras de población a partir de las estimaciones del censo que facilita el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el periodo 2015-2022. Para el estudio de la incidencia según su distribución geográfica, las tasas se calcularon según la comunidad autónoma (CA) que declaró el caso.

Se analizó la variable resultado del tratamiento para 2021 y 2022. Para el estudio de la mortalidad y letalidad, dado que se recoge información sobre el fallecimiento del caso con dos categorías en la variable resultado del tratamiento (muerte por TB o por otras causas durante el tratamiento de la TB), se siguió el mismo criterio de análisis usado por la OMS y el ECDC, que definen fallecido como un caso de TB que muere por cualquier causa antes de comenzar o durante el tratamiento de la enfermedad. Para ello se analizó tanto la variable resultado de

tratamiento como la variable defunción. Otras variables estudiadas fueron: comunidad del caso, edad, sexo, año de declaración de la enfermedad, país de nacimiento, localización de la enfermedad, fecha de inicio de síntomas y fecha de inicio de tratamiento, estado frente al VIH, antecedentes de tratamiento antituberculoso previo y variables relacionadas con el diagnóstico.

En el análisis de los datos de mortalidad se eliminaron de los denominadores las poblaciones de aquellas CCAA que no facilitaron para esos años cifras de fallecidos.

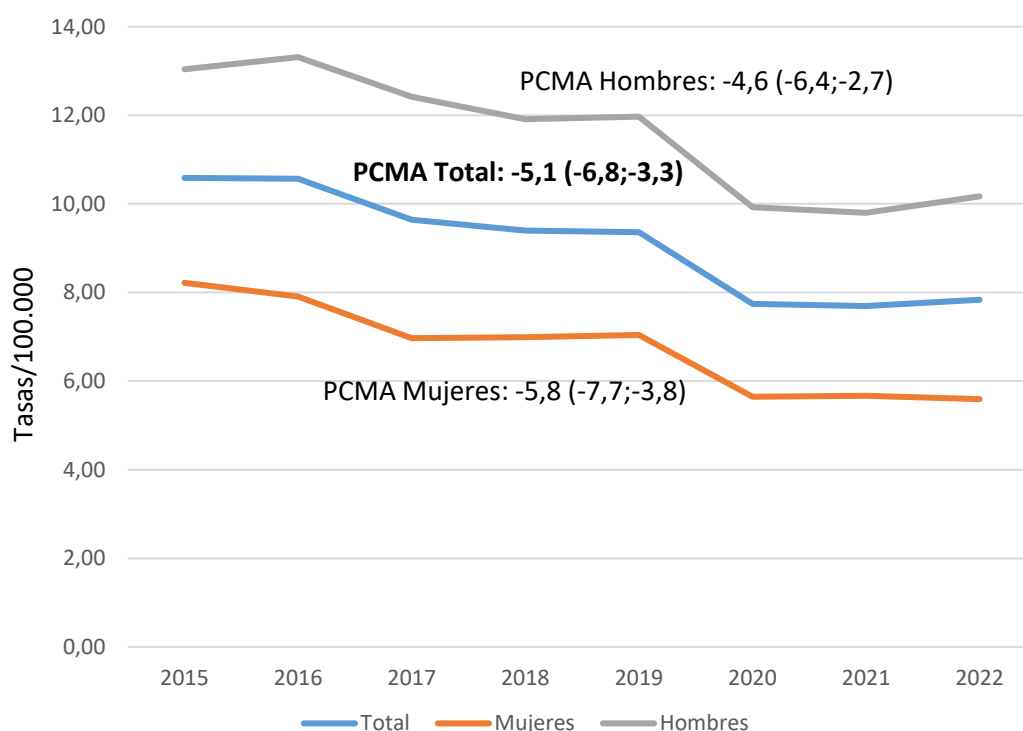
El análisis descriptivo de las variables se realizó mediante el cálculo de las frecuencias y de los porcentajes, y para las variables cuantitativas se determinó la media, mediana y el rango intercuartílico (RIC). Para el análisis de la tendencia de las tasas de TB según procedencia, sexo, y edad se realizó regresión lineal con la aplicación Joinpoint (<https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>). Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en la tasa de incidencia y se calculó el porcentaje de cambio medio anual (PCMA) con intervalos de confianza al 95%. Se consideró significativo un p-valor <0,05.

Resultados

En 2022 se notificaron 3.927 casos de TB de los que 211 fueron declarados como importados y no se incluyeron en el análisis. El porcentaje de casos notificados como importados ha aumentado respecto al año anterior (5,37 en 2022 frente a 4,18 en 2021). La tasa de notificación (TN) para los casos autóctonos fue de 7,83 por 100.000 habitantes (n=3.716 casos). Esta cifra supone un aumento del 1,83% con respecto a la TN en 2021 (3.641 casos y TN=7,69). Este cambio en la tendencia refleja el primer aumento en la TN desde 2012. El descenso respecto a 2015 fue del 26% (en 2015 se notificaron 4.913 casos, con una TN=10,59).

En la figura 1 se representa la evolución de las TN desde 2015 y el PCMA para el total de casos y por sexo. El descenso medio anual para el conjunto de casos fue del -5,1%, superior en mujeres que en hombres. Se observa una tendencia decreciente significativa hasta 2020, invirtiéndose el descenso a partir de 2021 en hombres, mientras que en mujeres dicho descenso se estanca.

Figura 1. Evolución temporal de las tasas de notificación de tuberculosis para el periodo 2015 a 2022 según el sexo.



* Porcentaje de cambio medio anual (PCMA)

Las comunidades autónomas que presentaron en 2022 una TN por encima del tercer cuartil (con una tasa superior al 8,54) fueron: Ceuta (30,29), Cataluña (12,70), Galicia (11,67) y País Vasco (10,98). Por debajo del primer cuartil (5,55) se situaron: Extremadura (2,56), Castilla La Mancha (4,29), Andalucía (5,46) y Asturias (5,47). En las figuras 2 y 3 se representa la distribución geográfica de las TN para el total de los casos y según las formas de presentación clínica más relevantes.

Figura 2. Tasas de notificación de tuberculosis según la comunidad autónoma. Año 2022

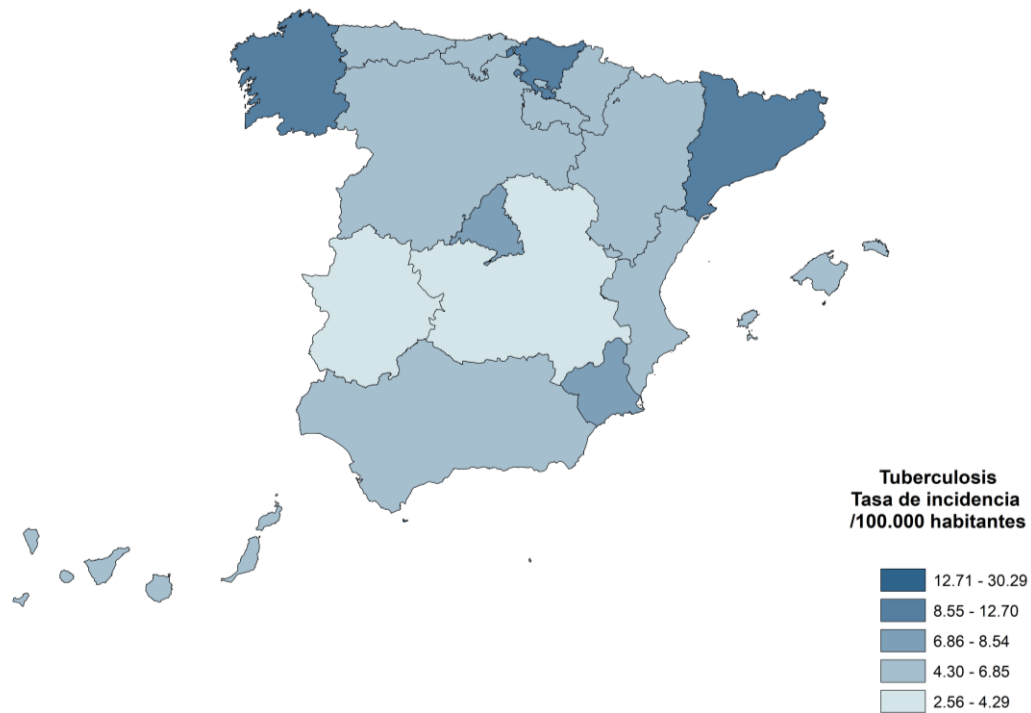
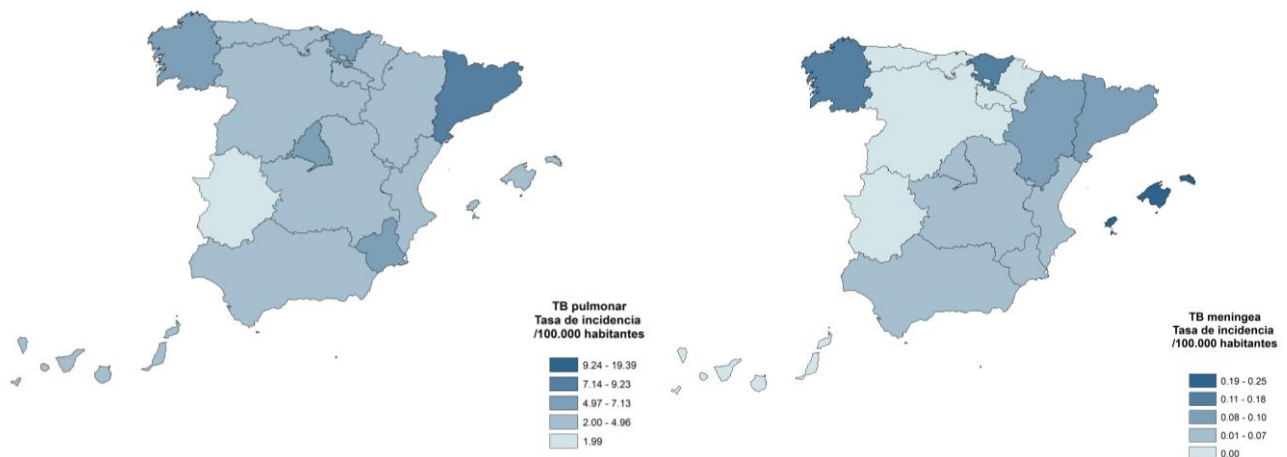


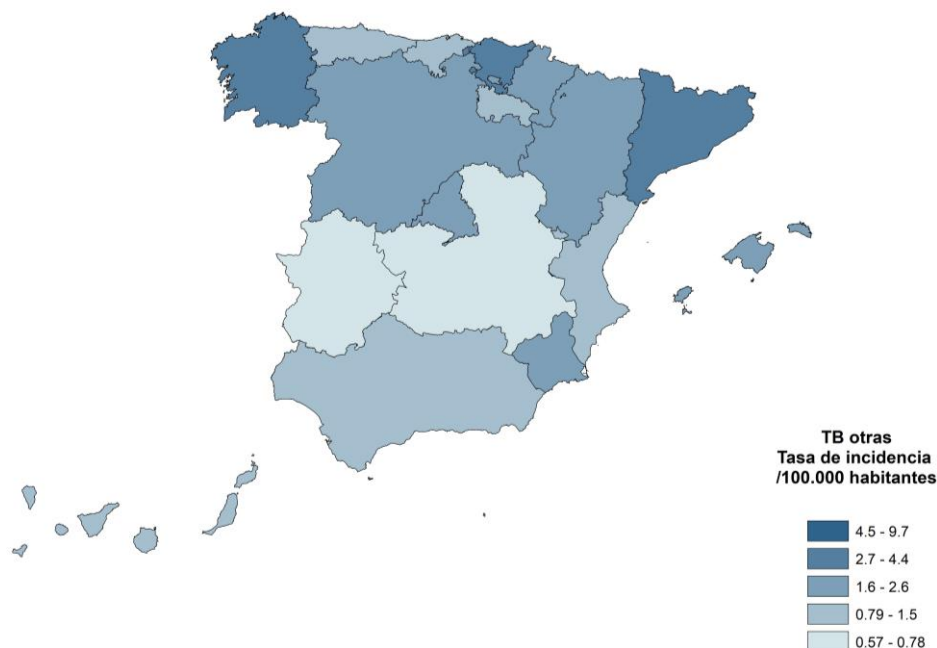
Figura 3. Tasas de notificación de tuberculosis según la localización principal de la enfermedad y la CCAA. Año 2022

1.-Localización pulmonar

2.-Localización meníngea

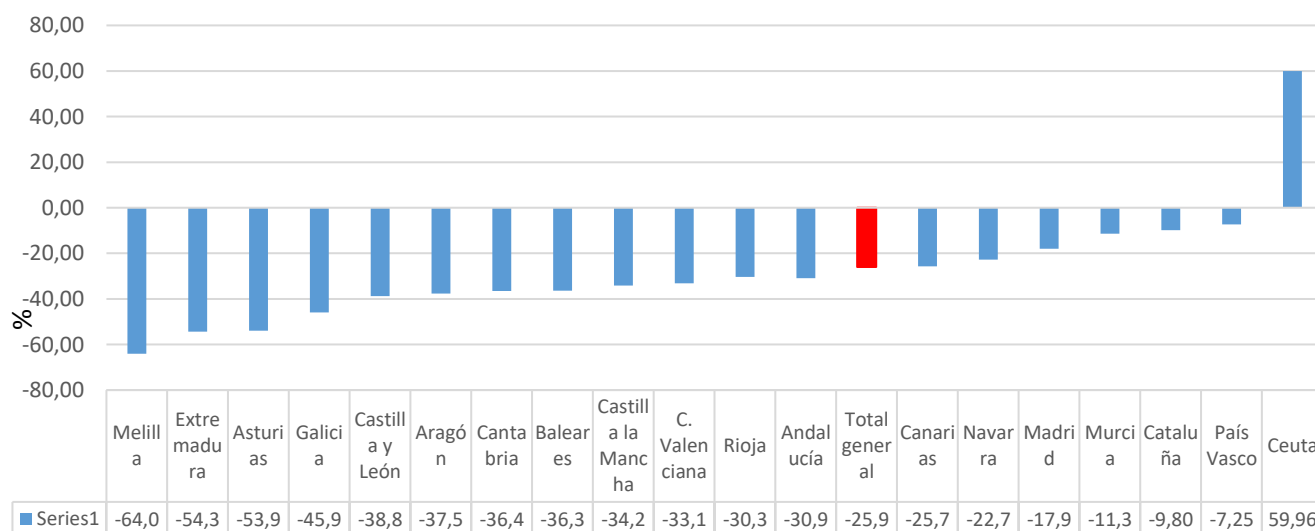


3.- Otras localizaciones



En todas las CCAA se produjo un descenso en la TN en 2022 con respecto a 2015, excepto Ceuta. Las que experimentaron mayores descensos fueron: Melilla (-64,1%), Extremadura (-54,3%), Asturias (-53%) y Galicia (-45,9%) (Figura 4).

Figura 4. Porcentaje de cambio de las TN de 2022 con respecto a 2015 según la comunidad autónoma



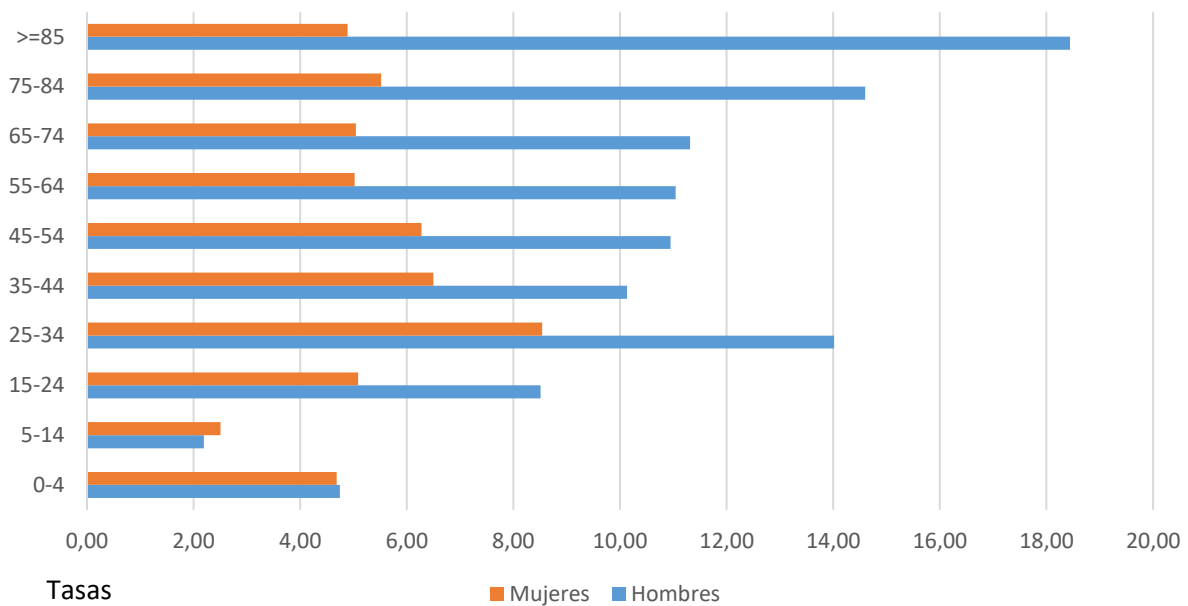
Características de los casos de tuberculosis

En 2022, el mayor número de casos de tuberculosis se produjo en hombres (2.363 casos, 63,6% del total), con una razón hombre/mujer de 1,7. La TN de tuberculosis en 2022 fue de 10,17 casos por cada 100.000 hombres, y 5,59

casos por cada 100.000 mujeres. La media de edad fue de 46,5 (RIC: 30-62) años en hombres y 46 (RIC: 30-61) en mujeres.

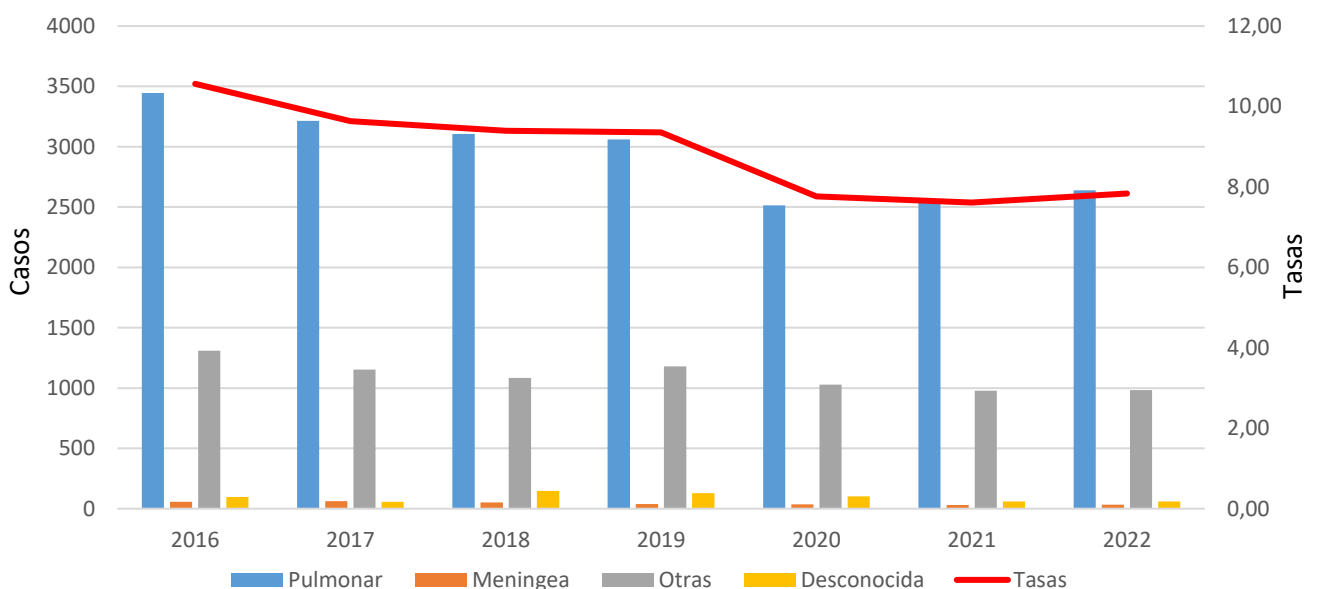
Respecto a las tasas específicas por edad y sexo en 2022, en mujeres las incidencias más elevadas correspondieron a los grupos de edad entre 25 y 34 años (TN=8,54) y 35 y 44 años (6,50). En hombres, los grupos de edad que presentaron una mayor TN fueron los mayores de 85 años (18,44) y aquellos con edades comprendidas entre los 75 y los 84 (14,60) y los 25 y los 34 años (14,02) (figura 5).

Figura 5. Tasas de notificación de tuberculosis según grupo de edad y sexo. España 2022



En el año 2022, la localización fundamental de la enfermedad en 2.638 casos correspondió a tuberculosis pulmonar (71%) y en 1.017 a formas extrapulmonares (27,4%). De estas últimas, 34 fueron formas de TB meníngea. En 61 casos no figuraba la localización. El descenso medio anual para los casos de tuberculosis pulmonar en el periodo 2015-2022 fue de -4,8% (-6,8%; -2,3%), con una tendencia decreciente significativa, pero inferior a la detectada en el periodo 2015-2021 (-5,4%). El descenso medio para las formas extrapulmonares fue menor (PCMA: -2,6 (-5,1; 0)) y no significativo (Figura 6). La proporción de casos nacidos en España con enfermedad pulmonar fue del 74,4% frente al 69,8% en los nacidos en otro país.

Figura 6. Evolución temporal de los casos de tuberculosis por localización fundamental para el periodo 2016 a 2022.



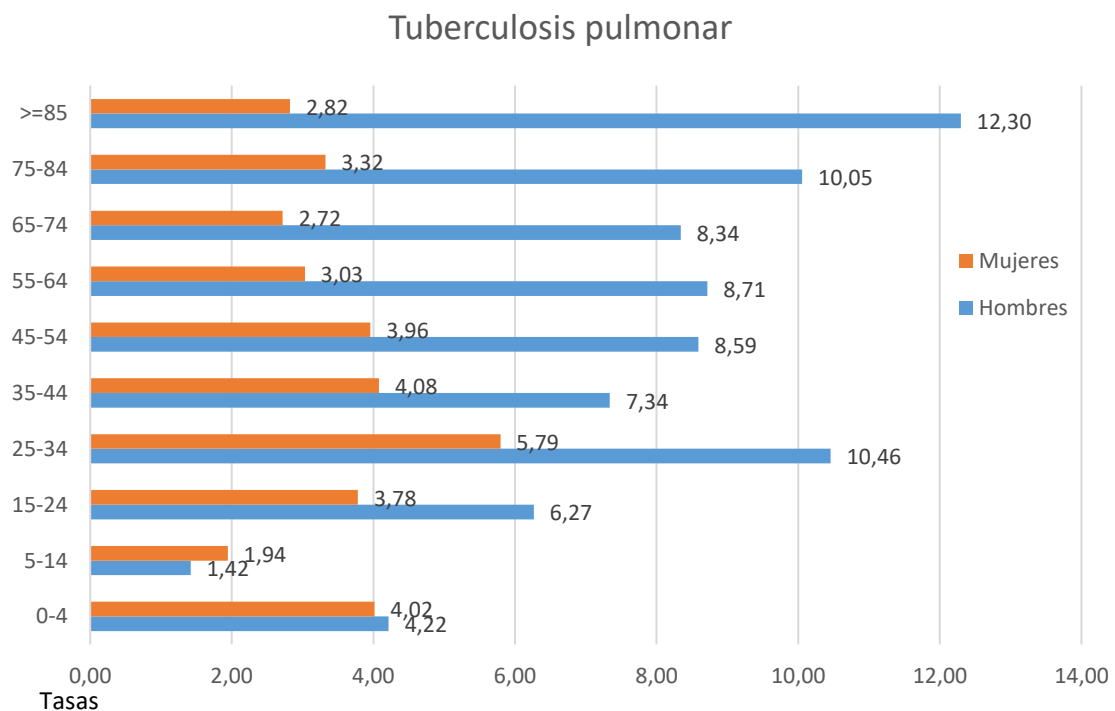
Si se comparan las TN de 2015 y 2022, observamos que el descenso durante este periodo ha sido mayor para las formas meníngeas y pulmonares respecto a otras localizaciones, aunque en el último año estas diferencias se disipan en las formas pulmonares, de manera que aumentan en mayor proporción que las extrapulmonares. También ha mejorado considerablemente la cumplimentación de esta variable (Tabla 1).

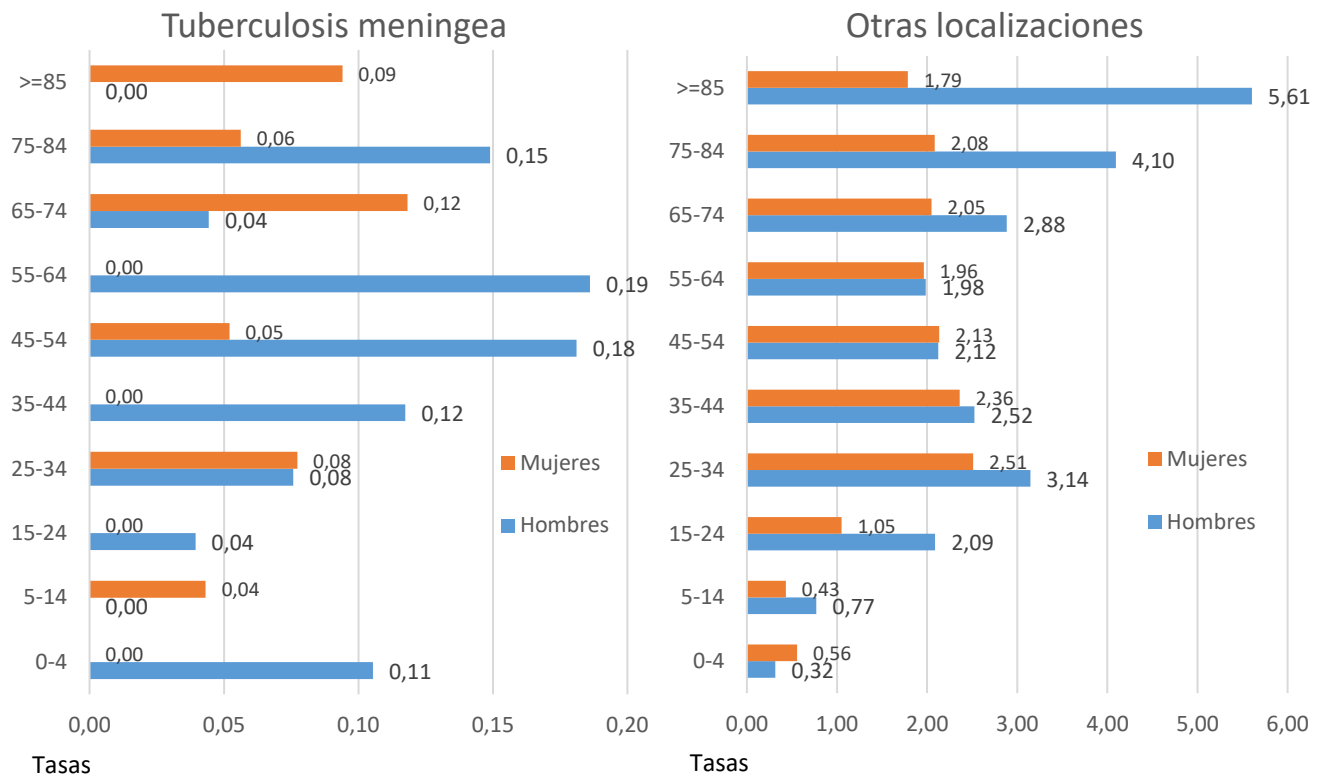
Tabla 1. Porcentaje de cambio de las TN de 2022 con respecto a 2015 según la localización fundamental.

Localización fundamental	2015		2022		% Cambio tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Pulmonar	3456	7,45	2638	5,56	-25,35
Meníngeas	62	0,13	34	0,07	-44,86
Otras	1111	2,39	983	2,07	-13,29
Desconocida	283	0,61	61	0,13	-78,92
Total	4912	10,58	3716	7,83	-25,95

Como se observa en la figura 7, las TN por edad y sexo de las formas de localización pulmonar son las que establecen el patrón de la enfermedad debido a que es la localización con mayor número de casos. La TN para las formas de tuberculosis con presentación meníngea es más de dos veces superior en hombres que en mujeres (TN= 0,10 y 24 casos en hombres, frente a TN=0,04 y 10 casos en mujeres). Para el resto de las formas de presentación, agrupadas como extrapulmonares no meníngeas, las TN presentan menor diferencia entre hombres y mujeres excepto en los grupos de 15 años a 24 años y en los mayores de 75 años, en los que la TN es más de dos veces superior en hombres que en mujeres.

Figura 7. Tasas de notificación de tuberculosis según la localización principal, grupo de edad y sexo. España 2022



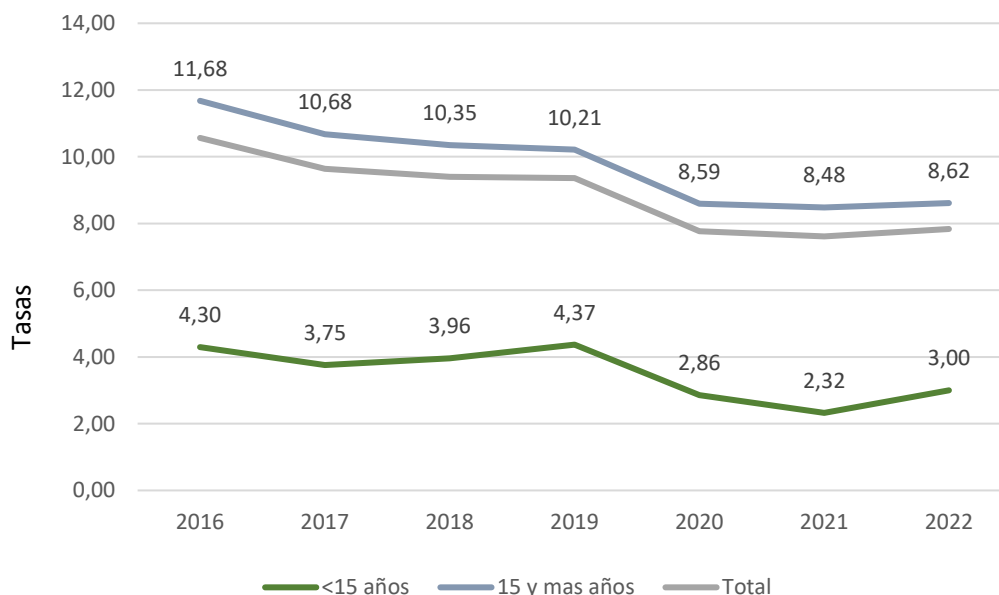


Tuberculosis en menores de 15 años

Durante 2022 se notificaron 199 casos en menores de 15 años (87 en menores de 5 años y 112 en el grupo de 5 a 14 años). Al igual que ocurre para el conjunto de la población, la TN en menores de 15 años aumenta respecto al año anterior (TN=3 en 2022 frente a TN= 2,32 en 2021) pero representa un descenso del 40% con respecto a 2015 (TN= 5,01 en 2015 y TN=3,00 en 2022). La razón entre la incidencia en menores y adultos fue 0,35 (3,00/8,62) superior a la del año previo (0,27). En el grupo de menores de 5 años sólo se registró un caso de TB meníngea.

De los 176 casos en menores de 15 años que contaban con información sobre el país de nacimiento, el 22,2% (n=39) nacieron en otro país. De estos 39 menores, 10 habían nacido en Marruecos, 5 en Pakistán y 4 en Colombia, y el resto en 13 países diferentes.

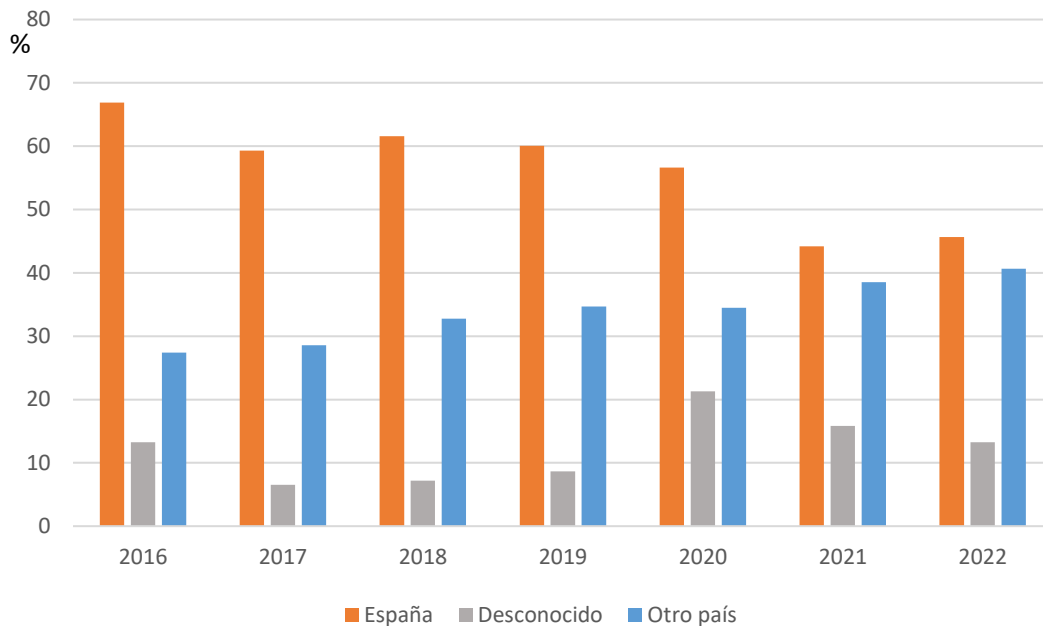
Figura 8. Tasas de notificación de tuberculosis en adultos y menores de 15 años de edad. España 2016-2022



Tuberculosis según el país de nacimiento

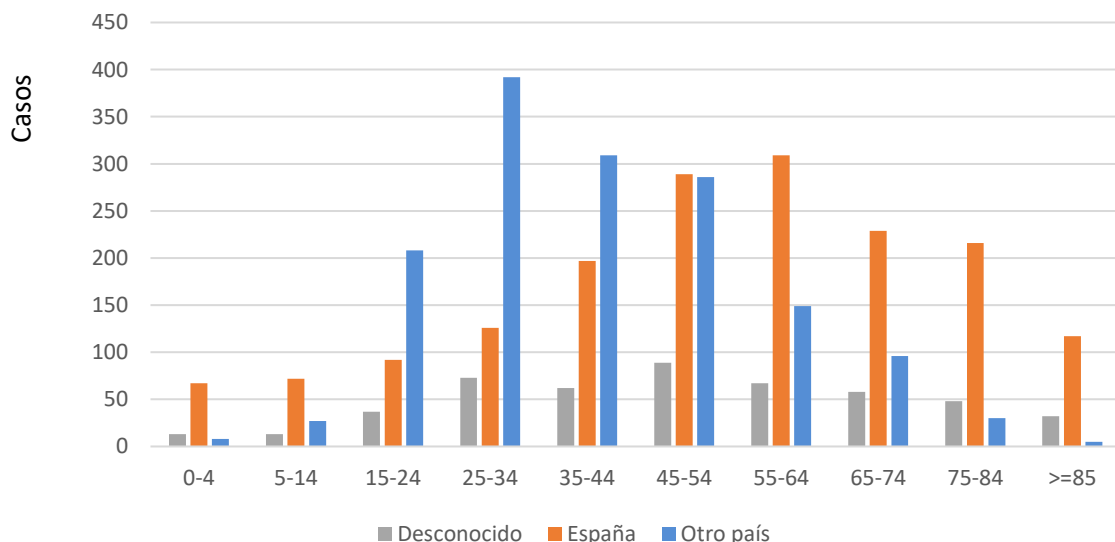
En el año 2022, el 86,76% de los casos declarados tenían información sobre el país de nacimiento, de los cuales 1.510 pacientes (46,84%) nacieron en un país diferente de España. La cifra de casos en personas nacidas en España descendió de manera constante en la última década y desde 2015 disminuyó alrededor de un 30%, mientras que el número de casos en personas nacidas en otros países mantuvo una evolución más estable. Se observa un incremento en el % de casos nacidos en otro país distinto a España, y una mejora en los dos últimos años en la notificación de esta información (Figura 9).

Figura 9. Porcentaje de casos de tuberculosis según el país de nacimiento del caso. España 2016-2022



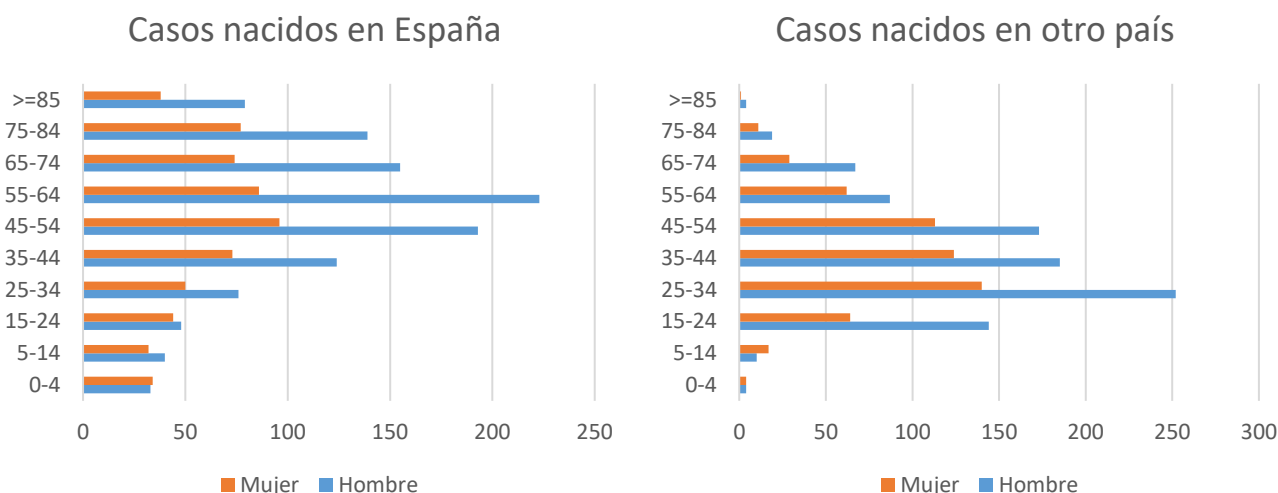
En 2022, y entre los casos que contaban con información sobre el país de nacimiento, la razón de hombre/mujer fue de 1,84 entre los nacidos en España y de 1,67 entre los nacidos fuera de España. Con respecto a la distribución por grupo de edad, se observaron marcadas diferencias; los casos nacidos fuera de España presentan un perfil más joven, mientras que en los grupos de edad más avanzada predominan los casos nacidos en España (Figura 10). La media de edad para los casos nacidos en España fue de 57,6 años (RIQ: 39-71) y de 40 años (RIQ: 28-49) en los nacidos en otros países.

Figura 10. Casos de tuberculosis según grupo edad y país de nacimiento. España 2022



Respecto a la distribución por sexo, mientras que las mayores diferencias en el caso de los nacidos en España se observaron en los grupos de mayor edad, en el caso de los nacidos en otro país hay mayores diferencias por sexo en los grupos de menor edad, especialmente en el de 15-24 años (Figura 11).

Figura 11. Casos de tuberculosis según el grupo de edad, el sexo y el país de nacimiento.
España 2022

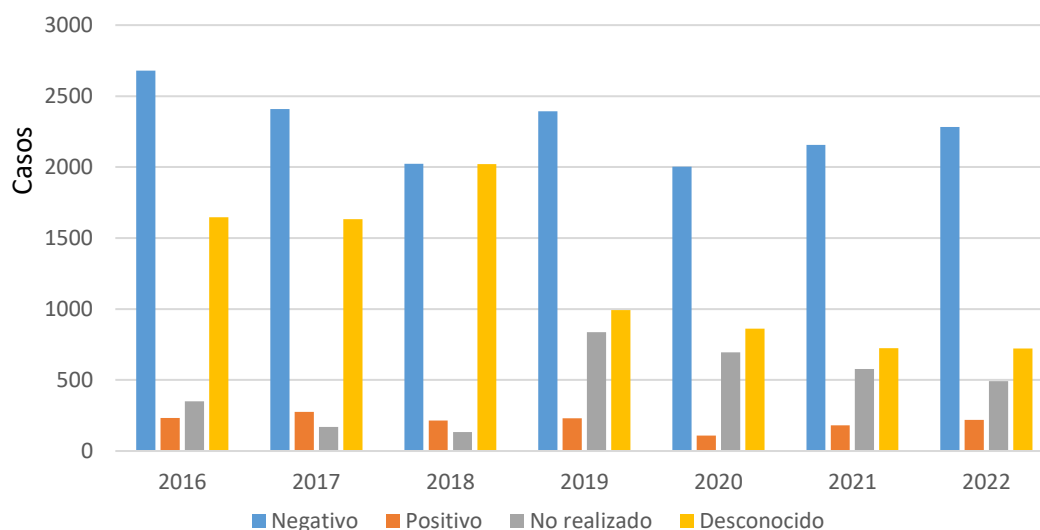


Hay 72 nacionalidades diferentes notificadas como país de nacimiento de los casos, pero 9 países concentran el 68% de los casos con nacimiento fuera de España. Las personas nacidas en Marruecos (320), Rumanía (136) y Perú (119) representaron los grupos más numerosos.

Co-infección tuberculosis con VIH

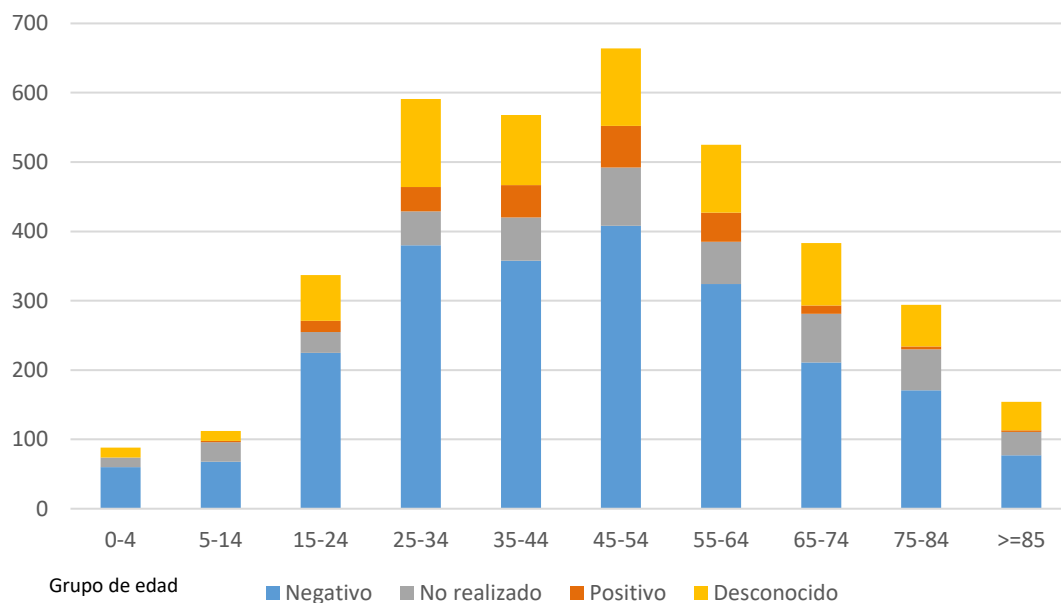
En el año 2022, contamos con información sobre la realización de la prueba del VIH en el 80,6% (n=2.993). La cumplimentación de esta variable ha mejorado ligeramente respecto al año anterior (76,7%) y a los años previos. De estos 2.993 casos, se realizó la prueba del VIH en el 83,6% de los casos (en el 16,4% consta como no realizada). Se declararon 220 casos de tuberculosis con co-infección con VIH, lo que supuso un 7,4% de las personas en las que se detalló información sobre el estado de infección por el VIH (superior al 6,5% de 2021). Los porcentajes de positivos y negativos se han mantenido relativamente estables a lo largo del periodo 2016-2022, con una ligera subida en los últimos 3 años (Figura 12).

Figura 12. Porcentaje de casos de tuberculosis según el resultado de la prueba para VIH. España 2016-2022.



Los grupos de edad donde se concentraron la mayor parte de los casos VIH positivos fueron los de 45 a 54 (9%) y 35 a 44 años (8,3%). Se declararon dos casos positivos en el grupo de edad de 5 a 14 años, y ningún caso en menores de 5 años (Figura 13).

Figura 13. Casos de tuberculosis según el resultado de la prueba para VIH. España 2022.



Tratamiento previo

En 2022, la información sobre el tratamiento previo se conoce para 2.788 casos (75%, alcanzándose una mayor exhaustividad que el año anterior, en el que este porcentaje fue de 66,4%). De aquellos para los que se dispone de información, en el 40% de los casos (1.118) se señaló que habían recibido tratamiento con anterioridad.

Retraso en iniciar tratamiento en TB pulmonar

En 2022 se informó sobre la fecha de inicio de síntomas en 2.063 casos (78,2%) y la fecha de inicio de tratamiento en 1.928 (73,1%) de 2.638 casos con TB pulmonar. Se analizaron 1.616 casos con ambas fechas. Hubo datos incongruentes como 30 casos con un retraso de 0 días y 3 casos donde el retraso era superior a 1000 días. Estos casos incongruentes se eliminaron para posteriores análisis. La mediana fue de 47 días (RIQ: 20-96), algo mejor a la del año previo 2021 (mediana de 49, RIQ: 22-49), pero con mayor variabilidad. Tras eliminar los registros incongruentes, se observó la siguiente distribución: 543 (34,3%) iniciaron su tratamiento entre 1 y 30 días después del inicio de síntomas, 358 casos (22,6%) lo iniciaron en el rango de 31 y 60 días, 245 casos (15,5%) lo iniciaron en el rango de 61 a 90 días, y 439 casos (27,7%) lo iniciaron entre 91 días y más de un año. Estos periodos hallados en este último grupo no se pudieron valorar, ya que en algunos pudo deberse a errores en la asignación de fechas de inicio de síntomas y tratamiento.

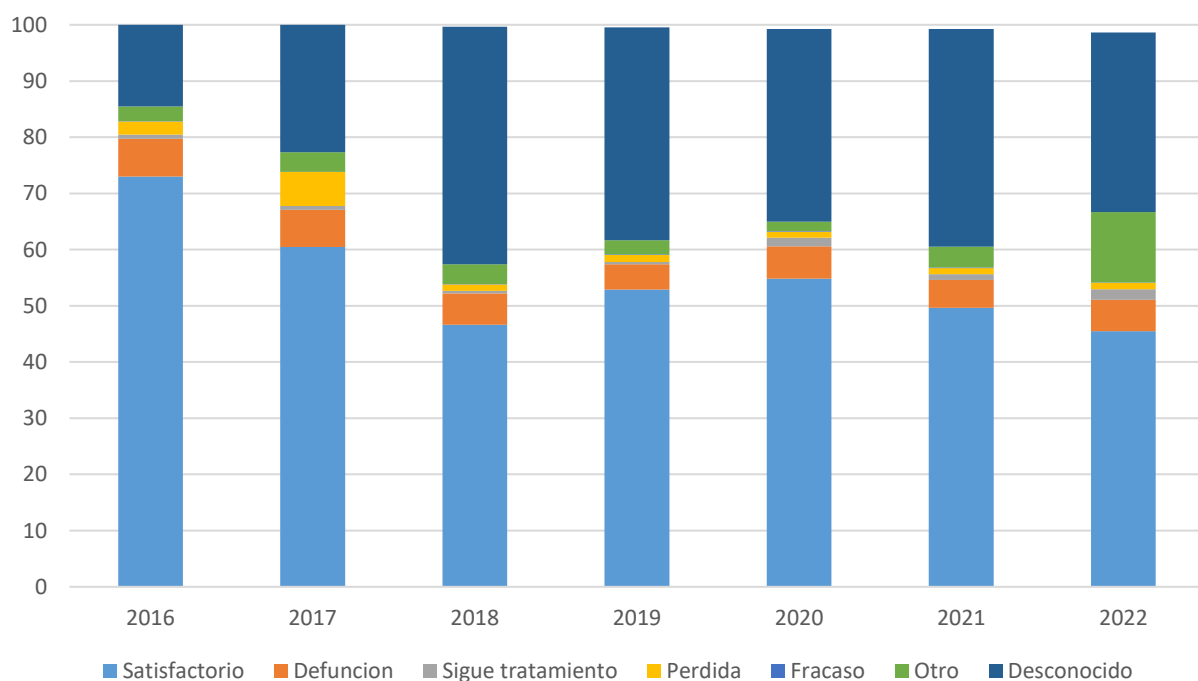
Resultados de finalización del tratamiento de los casos de 2021 y 2022

Para los casos declarados en 2021 se dispone de información del resultado de tratamiento en el 61,3% de los casos (lo que representa una ligera mejora respecto a los datos disponibles para la elaboración del informe previo, en el que se contaba con información en el 50,9% de los casos notificados). En el 81% de los casos con esta información, el resultado del tratamiento fue satisfactorio (1.808/2.231). En los casos en que se dispuso de las fechas de inicio y fin de tratamiento (n=1.839) y para los 1.606 casos en los que consta que el tratamiento fue satisfactorio, en 1.514 casos (94,3%) el tratamiento se completó antes de los 12 meses y en 92 (5,3%) entre 13 y 24 meses. Esta información ha mejorado ligeramente respecto al informe previo, gracias a la actualización de la información realizada por algunas CCAA.

En 2022 se dispuso de información del resultado de tratamiento en el 68,1% de los casos notificados (2.529/3.716). En el 66,9% de los casos con esta información, el resultado del tratamiento fue satisfactorio (1.691/2.529). En los casos en que se dispuso de las fechas de inicio y fin de tratamiento (n=1.627) y que el tratamiento fue satisfactorio (n=1.349), en 1.319 casos (97,8%) el tratamiento se completó antes de los 12 meses y en 30 (2,2%) duró entre 13 y 24 meses.

En la figura 14 se muestra el % de resultados para el periodo 2016-2022. Llama la atención en 2022 el aumento de casos clasificados con resultado “otro” (n=430) respecto a años previos (en 2021 fueron 97). Por otra parte, ha habido una mejora en 2022 en la exhaustividad de esta variable, que en los últimos tres años había mostrado valores preocupantes, especialmente para 2021 (42,8% en 2019, 34,5% en 2020 y 49,4% en 2021 de valores desconocidos). La consolidación de los datos de años previos sólo ha mejorado ligeramente la información recogida, ya que el % de casos que siguen en tratamiento no ha mejorado.

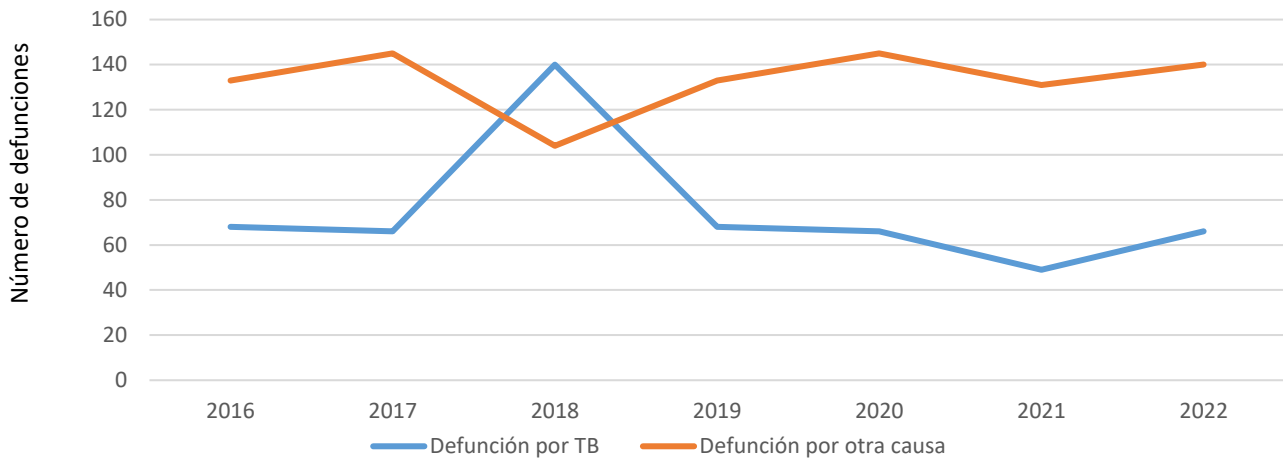
Figura 14. Porcentaje de casos de tuberculosis según el resultado del tratamiento. España 2016-2022.



Defunciones y letalidad

La variable seguimiento del tratamiento recoge la información sobre la defunción y se diferencia entre defunciones por TB y defunciones ocurridas en el curso de la enfermedad. En la Figura 15 se recoge la evolución desde 2016 hasta 2022. Se observan algunos cambios respecto a años previos al actualizar la información. Si bien las cifras de fallecidos por otras causas supera a los fallecidos por TB, en 2018 se invierte esta relación. Sería necesario desgranar la información recogida por las distintas CCAA para entender estas cifras. Por otra parte, es reseñable que el ligero aumento de casos observado en 2022 también se traduce en un aumento de defunciones por TB y por otras causas.

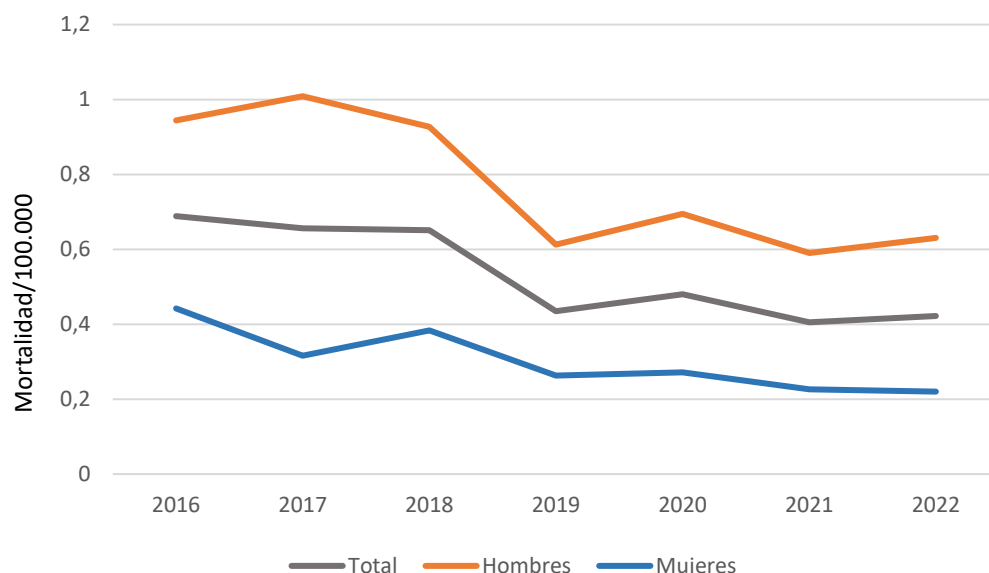
Figura 15. Número de defunciones por tuberculosis y por otra causa durante padecimiento tuberculosis. España, 2016 a 2022.



En el análisis siguiente y para seguir el mismo criterio de la OMS y el ECDC, se definió fallecido como un caso de TB que muere antes de comenzar o durante el tratamiento de la enfermedad. Para ello, utilizamos la variable “defunción”. La comunidad de Canarias y Madrid no han cumplimentado esta información en el periodo de estudio, por lo que se excluyen dichas poblaciones para el cálculo de la tasa de mortalidad.

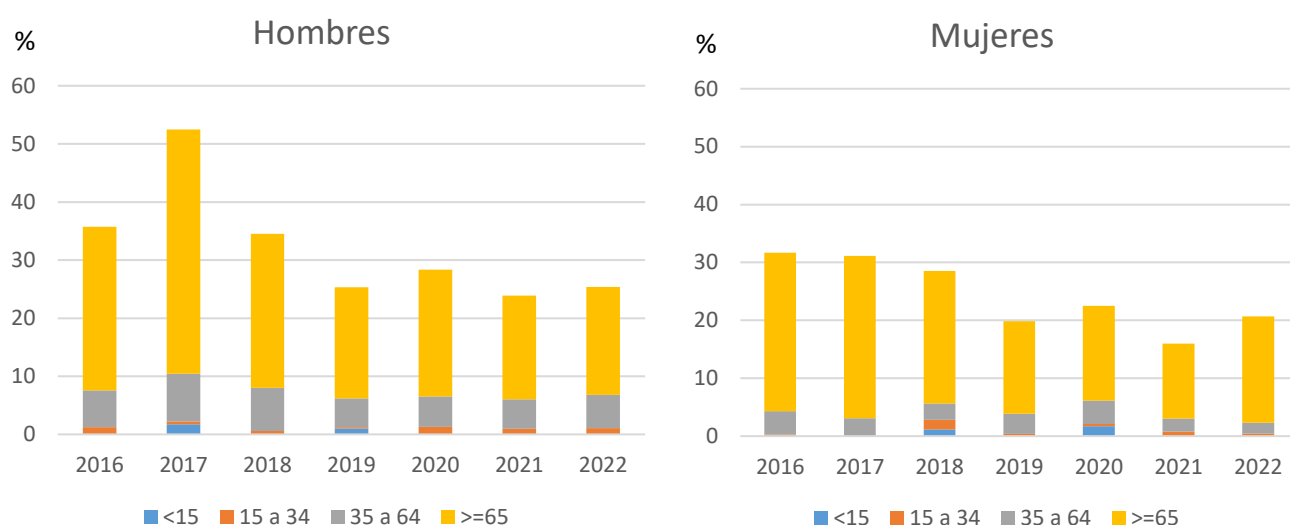
En 2022 se notificaron 162 defunciones y la mortalidad fue de 0,42 por 100.000 habitantes (0,63 en hombres y 0,22 en mujeres). La mortalidad fue superior en hombres que en mujeres (2,9 veces superior). Las diferencias por sexo han aumentado ligeramente en este último año, y se observa un ligero incremento respecto a 2021, pero sólo en hombres (Figura 16).

Figura 16. Tasa de mortalidad por tuberculosis (según variable defunción). España, 2016 a 2022.



La letalidad en 2022 (para aquellos con los que se contaba con esta información, n= 2.499) fue de 6,5% (7,5% en hombres y 4,7% en mujeres). Las cifras se mantuvieron relativamente estables para ambos sexos en el periodo analizado, y las oscilaciones observadas podrían deberse a la falta de actualización de la información de las defunciones en los casos notificados. La letalidad se asocia a edades avanzadas y es similar entre sexos en este grupo de edad: del 18,5% en los pacientes de 65 y más años entre los hombres y del 18,4% entre mujeres del mismo grupo de edad (Figura 17).

Figura 17. Tasa de letalidad por tuberculosis por sexo y grupo de edad (según variable defunción).
España, 2016 a 2022.



Resultados de laboratorio

En 2022 se confirmaron 2.539 casos (68,3%). Este porcentaje de confirmación de la enfermedad se ha mantenido relativamente estable desde 2016, aunque en 2022 se aprecia un descenso, alcanzándose el mínimo para dicho periodo (mínimo de 68,3% en 2022, máximo de 74,3% en 2016). La confirmación se hizo por cultivo en 2.468 casos (97,2% de los casos confirmados). De los 2.539 casos confirmados, se especificó el agente en 2.522 casos (99,3%); 1.079 se notificaron como *M. tuberculosis*, 41 como *M. bovis* (aumento respecto al año anterior, en el que fueron 29), 10 *M. africanum*, 5 *M. caprae* y 18 como otras. En el resto (1.369) se clasificó como *M. tuberculosis* complex sin especificar.

Entre los pacientes con formas de presentación pulmonar e información histológica, se confirmó por cultivo el 99,4% de los casos (1.949/1.960) y en los pacientes con presentación extrapulmonar el 98,2% (495/504). El porcentaje de confirmación más elevado se dio en los pacientes de 85 y más años de edad seguidos de los de 15 a 44 años. La confirmación por cultivo de la enfermedad fue la misma para los pacientes con país de nacimiento distinto de España (99%).

Pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos

En el año 2022, todas las CCAA notificaron que habían realizado pruebas de sensibilidad, excepto Madrid, que no dio ninguna información al respecto. Cantabria indicó que no había hecho pruebas de sensibilidad en los 35 casos notificados. Se reportaron resultados concretos en el 56% de los casos (2.084/3.716). De estos 2.084 casos, veinte (1%) fueron casos de TB multirresistente (según protocolo de RENAVE, resistentes al menos a isonizacida y rifampicina). De estos 20 casos, 17 fueron tuberculosis pulmonares y 3 osteoarticulares. Quince casos fueron hombres y 5 mujeres. Doce casos tenían menos de 35 años. De los 20, había información sobre el país de nacimiento en 12 casos: 2 procedían de Perú, 2 de Marruecos, 2 de Rumania, y había 1 caso de Colombia, Chile, Brasil y Rusia. De estos 12 casos, en 2 figuraba como país de nacimiento España. Se notificaron dos casos de tuberculosis extremadamente resistente. Se trataba de un hombre de 68 años y un niño de 2 años. El hombre era nacido en Rumania (no había información para el niño). Ambos eran casos pulmonares y no habían recibido tratamiento previamente. El hombre falleció, mientras que en el menor tuvo que prolongarse el tratamiento.

Discusión

La TN de TB en 2022 (7,83 por 100.000) sitúa a España entre los países de baja incidencia por sexto año consecutivo, aunque es importante remarcar que por primera vez en más de diez años se identifica un ligero repunte en la tasa nacional (en 2021 fue de 7,69 por 100.000), deteniéndose la tendencia decreciente que veníamos observando. Esta tendencia decreciente ya había mostrado cierta ralentización en los últimos años (el descenso en 2021 respecto al año 2020 fue de 2,2%, mientras que el de 2020 respecto a 2019 fue del 19%). Si tomamos como año de referencia 2015, el descenso global afecta, en distinta medida, a todas las CCAA, mientras que en una ciudad autónoma lo que se observa es un aumento a lo largo de dicho periodo de tiempo. Estos cambios en las tasas podrían explicarse por varios motivos. En 2020, la pandemia de COVID-19 pudo contribuir al retraso o incluso a la pérdida de casos por falta de diagnóstico/estudio de contactos, a una verdadera reducción de la incidencia como consecuencia de los esfuerzos de mitigación empleados para contener la pandemia o a cambios en viajes y migraciones de las personas. Cambios en la calidad de la información y en el reporte de datos han podido también influir en estos resultados.

Se observan ciertos cambios en los perfiles de los casos declarados. La tendencia creciente detectada en el año 2022 se limita a hombres, y se amplía la ratio hombre/mujer (sobre todo en las edades medias de la vida). Para el periodo 2016-21, la tendencia decreciente sigue siendo superior en las formas pulmonares, aunque en el año 2022, el incremento de casos se produce fundamentalmente a expensas de las formas pulmonares. La TN en 2022 también aumenta respecto a 2021 en menores de 15 años, lo que es un dato preocupante, dada la vulnerabilidad de dicho grupo de edad. También ha aumentado en 2022 el número de casos con co-infección por VIH, aunque esta información hay que interpretarla con cautela, dada la mejora en la cumplimentación de esta variable. También se observan mejoras en la actualización y recogida de información sobre el resultado del tratamiento, aunque aún existe un amplio margen de mejora dada la relevancia de dicha información. Respecto a la mortalidad y letalidad por TB, se observa una tendencia similar a la de notificación; un ligero repunte en el número de muertes y en la proporción de fallecidos. Por último, la cumplimentación de las variables relacionadas con el laboratorio ha mejorado en estos últimos dos años, pero aún es insuficiente para poder hacer una buena valoración de la situación actual, mas dada la relevancia de este tema.

En 2020 se cumplieron las dos primeras metas del Plan de Control y Prevención de la TB (2). La primera meta marcaba la reducción del 15%-21% en la tasa global en 2020 con respecto a 2015. La reducción alcanzada fue del 26,5% y la segunda señalaba una reducción media anual de la tasa de TB pulmonar del 4% para el periodo 2015-2020. La reducción alcanzada fue del 6%. En estos dos últimos años (2021-22) estos avances se han ralentizado, o incluso invertido. Para alcanzar el fin de la TB, la OMS marcó como hito la reducción de la tasa un 90% en 2035 partiendo de la tasa de 2015 (3). Para alcanzar esta meta, nuestra tasa debería mantener una reducción media anual del 9,5%, cifra superior a la que se alcanzó en el periodo 2015-2020 que sólo fue del 6%. Por otra parte, en 2022 observamos por primera vez un ligero ascenso en la TN. Si se mantiene la tendencia de los dos últimos años, los esfuerzos realizados serán insuficientes para alcanzar los objetivos de la OMS. Las otras dos metas planteadas en el Plan, alcanzar una tasa de éxito en el tratamiento del 95% para los casos sensibles a fármacos y del 75% en casos con resistencias no se han podido cuantificar en 2021 ni en 2022 por falta de información sobre las resistencias en el periodo. Esta información se contrastará con los indicadores facilitados para este periodo por las CCAA.

La tuberculosis es una de las enfermedades que requieren más esfuerzo a las CCAA para su vigilancia. La calidad de los datos depende de su actualización a partir de diversas bases y fuentes de información y del seguimiento de la información de los pacientes en el tiempo. En el nivel nacional se observa una baja exhaustividad en la cumplimentación de la información en algunas variables y datos incongruentes difíciles de interpretar que limitan el análisis de los datos. La calidad de los datos está estrechamente relacionada con la depuración de las bases de datos en el nivel autonómico antes de su carga en la base nacional, pero también de que los protocolos adolecen de criterios detallados para la declaración de algunas variables, lo que va en detrimento de la homogeneidad entre las CCAA a la hora de cumplimentar la información de los casos notificados. En 2022 ha habido cierta mejora en la exhaustividad de la información, y se espera que, con la inversión realizada en los sistemas de información, esta mejora continúe en los próximos años.

Conclusiones

1. Las tasas de incidencia de tuberculosis en España siguieron una tendencia descendente en el periodo 2015-2021, pero se invierte ligeramente en el año 2022, y se ralentiza sobre todo en las formas de tuberculosis pulmonar.
2. Se alcanzaron dos de las metas marcadas por la OMS (3) para 2020 en cuanto al descenso de las tasas totales y de localización pulmonar, pero no parecen alcanzables los objetivos pactados para 2035.
3. La calidad de la información, especialmente, la exhaustividad en la cumplimentación y actualización de la información de variables ha mejorado en los últimos dos años, pero aún existe un amplio margen de mejora.
4. En 2022, todas las CCAA excepto una enviaron datos de sensibilidad. Esto ha supuesto una importante mejora respecto al año previo, cuando sólo 11 CCAA reportaron datos a la fecha de realización del informe de 2021. A pesar de esta importante mejora, la información sobre resistencias a fármacos de segunda línea resulta aún escasa para poder realizar una valoración de la situación.

Referencias

1. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. Accesible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/ProtocolosRENAVE.aspx>
2. Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis. *Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España*. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, marzo 2019. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Resumen_PlanTB2019.pdf
3. The End Tb Strategy. World Health Organization. 2015. Accesible en: [file:///C:/Users/rcano/Downloads/WHO-HTM-TB-2015.19-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/rcano/Downloads/WHO-HTM-TB-2015.19-eng%20(1).pdf)