

Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en España, 2023

Surveillance of tuberculosis in Spain, 2023

María Fontana¹  0009-0003-0136-5941

Álvaro Roy Cordero²  0000-0002-1436-8012

Juan Miguel Guerras^{2,3}  0000-0001-6708-3291

Estefanía Abascal⁴  0000-0002-9768-7173

Laura Herrera^{3,4}  0000-0002-2196-6109

Zaida Herrador^{2,3}  0000-0002-6508-3818

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.

²Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

³CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

⁴Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Correspondencia

Zaida Herrador
zherrador@isciii.es

Contribuciones de autoría

Todos los autores del presente trabajo han contribuido en la redacción de este artículo, han leído y están de acuerdo con la publicación de la última versión.

Agradecimientos

A todas las personas que trabajan para la Salud Pública, y concretamente a las y los compañeras/os del Grupo de Trabajo de Tuberculosis de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas que forman parte de la RENAVE, así como a las y los compañeros de la red de laboratorios de Micobacterias. Agradecemos también a la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, y al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad por su apoyo y todo el trabajo realizado.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Algunos resultados que se presentan en este trabajo han sido publicados en el informe anual para la vigilancia de tuberculosis de 2023, en el siguiente link https://cne.isciii.es/documents/d/cne/renave_informe_vigilancia-ib-2023. Se han obtenido las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado.

Cita sugerida

Fontana M, Roy Cordero A, Guerras JM, Abascal E, Herrera L, Herrador Z. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en España, 2023. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2025;33(1):12-22. doi: 10.4321/s2173-92772025000100002

Resumen

Introducción: El objetivo de este estudio fue describir la situación epidemiológica de la tuberculosis (TB) en España durante el año 2023 y su evolución temporal desde 2015.

Método: Análisis descriptivo de los casos de TB notificados por las CCAA a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Las variables analizadas fueron: sexo, edad, CCAA, país de nacimiento, fecha del caso, localización, coinfección con VIH, resultado del tratamiento, defunción y resistencia a antituberculosstáticos. Se calcularon las tasas de notificación y se realizó estudio temporo-espacial a partir de las mismas.

Resultados: En 2023, se notificaron un total de 3.944 casos autóctonos de TB (tasa de notificación de 8,2 por 100.000 habitantes). El % de casos fue superior en hombres (2.575 casos, 65,3%) y la localización principal fue la pulmonar (n=2.721,69%). La ratio nacidos en España/nacidos en otro país mostró un descenso progresivo entre 2015 y 2023 (de 2,2 a 1,1, respectivamente). En el 78,6% de los casos en los que se notificó el resultado del tratamiento este fue satisfactorio.

Hubo un aumento del 7% en las tasas de notificación respecto a 2022 y un descenso del 22,5% respecto a 2015. Esta tendencia decreciente en las tasas se observó en la mayoría de las CCAA. El descenso fue más acusado para las formas pulmonares.

Discusión: El perfil de los casos no muestra una variación significativa, excepto en relación al país de nacimiento. La tasa de notificación de TB descendió de 2015 a 2023, especialmente en las formas pulmonares, aunque el ritmo de descenso no parece suficiente para alcanzar las metas definidas en la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS.

Palabras clave: Tuberculosis; Vigilancia; RENAVE.

Abstract

Introduction: The objective of this study was to describe the epidemiological situation of tuberculosis (TB) in Spain during the year 2023 and its temporal evolution since 2015.

Method: Descriptive analysis of TB cases reported by the CCAA to the National Epidemiological Surveillance Network (RENAVE). The variables analysed were: sex, age, Autonomous Community, country of birth, date of case, location, co-infection with HIV, treatment outcome, death and antituberculosstic resistance. Notification rates were calculated and a time-space study was carried out based on these rates.

Results: In 2023, a total of 3,944 autochthonous TB cases were reported (notification rate of 8.2 per 100,000 population). The % of cases was higher in men (2,575 cases, 65.3%) and the main location was pulmonary (n=2,721.69%). In 78.6% of the cases in which the treatment outcome was reported to be satisfactory. The ratio born in Spain/born in another country showed a progressive decrease between 2015 and 2023 (from 2.2 to 1.1, respectively). There was a 7% increase in notification rates compared to 2022 and a 22.5% decrease compared to 2015. This decreasing trend in rates was observed in most of the CCAA. The decrease was more pronounced for pulmonary forms.

Discussion: The profile of cases shows no significant variation, except in relation to country of birth. The TB notification rate declined from 2015 to 2023, especially in pulmonary forms, although the rate of decline does not seem sufficient to reach the targets defined in the WHO End TB Strategy.

Keywords: Tuberculosis; Surveillance; RENAVE.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo complejo *Mycobacterium tuberculosis* complex que afecta principalmente a las vías respiratorias (TB pulmonar) pero que puede causar enfermedad en cualquier órgano (TB extrapulmonar). Aunque afecta con más frecuencia a los pulmones, puede causar enfermedad en cualquier órgano⁽¹⁾. A pesar de ser una enfermedad prevenible y por lo general curable, sigue representando un problema de salud global afectando a una cuarta parte de la población mundial⁽¹⁾. Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la TB vuelve a ser la primera causa de muerte por un único agente infeccioso tras 3 años en los que fue sustituida por la enfermedad por coronavirus (COVID-19)⁽²⁾. En la Unión Europea(UE)/Espacio Económico Europeo (EEA), en 2022 se notificaron 36.179 casos de TB, lo que representó una tasa de notificación de 8 por 100.000 habitantes^(3,4).

Para poner freno a esta epidemia, la OMS promovió en 2014, durante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud⁽⁵⁾, la aprobación de la Estrategia “Fin de laTB” por parte de los Estados miembros, cuyo objetivo es erradicar la epidemia de TB en el mundo⁽⁶⁾. Esta estrategia establece metas para 2035, que incluyen una reducción del 90% en la mortalidad y del 80% en la incidencia (en comparación con las cifras de 2015), además de asegurar que ningún hogar enfrente costes “catastróficos” debido a esta enfermedad. La Declaración de Moscú de 2017 y la Segunda Reunión de Alto Nivel sobre la Lucha contra la TB organizada por la OMS en 2023 reafirman este compromiso alineándose con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3 de la Agenda 2030 y fijando nuevos objetivos mundiales para 2027⁽⁷⁾.

Aunque acabar con la epidemia mundial de TB sigue siendo un objetivo lejano, existen motivos para ser optimistas, como el hecho de que el aumento global de casos que comenzó durante la pandemia COVID-19 ha comenzado a ralentizarse y a estabilizarse. También el número mundial de muertes causadas por TB descendió en 2023, reforzando el descenso que se logró en 2022 tras 2 años de aumento durante los peores años de la pandemia COVID-19 (2020 y 2021)⁽²⁾.

En consonancia con los compromisos internacionales, en marzo de 2019, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó un nuevo Plan para la Prevención y Control de la TB en España, siendo la mejora del control de la TB a través del fortalecimiento del sistema de vigilancia actual uno de sus elementos clave. Este sistema debe promover la mejora de la recogida y análisis de la información ante nuevos casos y brotes, incluyendo información microbiológica y de resistencias antimicrobianas, e integrando la información procedente de los distintos sistemas. Este Plan se ha evaluado recientemente y se encuentra actualmente en fase de revisión⁽⁸⁾.

En España la TB respiratoria es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) desde principios del siglo XX. La Red nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se creó en 1995 añadiéndose la declaración de meningitis tuberculosa⁽⁹⁾ y estableciéndose la declaración individualizada mediante encuesta epidemiológica⁽¹⁰⁾. Posteriormente se desarrollaron los protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria y la normativa específica de las 17 comunidades y las 2 ciudades autónomas (CCAA). En el año 2004 se amplió la definición de caso para incluir todas las formas de tuberculosis de acuerdo a las recomendaciones europeas^(11,12).

Este estudio tiene como objetivo la presentación de los resultados del análisis epidemiológico de la vigilancia de la TB durante 2023 y su comparativa con años anteriores.

MÉTODOS

Se analizaron los casos de TB que las CCAA declararon a la RENAVE entre 2015 y 2023. La RENAVE es la red de vigilancia que coordina la detección y control de enfermedades transmisibles en España a través del Sistema de Vigilancia de España (SIVIES), una herramienta informática que permite la recuperación, almacenamiento y análisis de datos para la RENAVE y suministra información para otros organismos internacionales como la OMS y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)⁽¹³⁾. Los datos fueron extraídos a fecha del 9 de agosto de 2024. Para el tratamiento y análisis de las variables, se utilizaron las definiciones que figuran en el protocolo vigente de la RENAVE⁽¹⁴⁾.

Tras excluirse los casos importados, se realizó un análisis descriptivo retrospectivo para las variables relevantes recogidas en la declaración de los casos de TB. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, CCAA, país de nacimiento, fecha del caso (fecha del diagnóstico o la más cercana en caso de no conocerla como fecha inicio de síntomas, hospitalización, etc.⁽¹⁴⁾), localización, coinfección con VIH, resultado del tratamiento, defunción y resistencia a antituberculostáticos. El análisis descriptivo de las variables se realizó mediante el cálculo de las frecuencias, y para las variables cuantitativas se determinó la media, mediana y el rango intercuartílico (RIC).

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 ECDC, que definen fallecido como un caso de TB que muere por cualquier causa antes de comenzar o durante el tratamiento de la enfermedad⁽¹⁵⁾. Para el análisis de caso de tuberculosis resistente a rifampicina (RR-TB), multirresistente (MDR) y extremadamente resistente (XDR) se utilizaron las definiciones más actuales de OMS y ECDC^(1,2). Así, los casos RR-TB serían los causados por cepas resistentes a rifampicina, los casos MDR sería por cepas resistentes al menos a rifampicina e isoniazida y los XDR serán aquellos que cumplen la definición de RR-TB/MDR y también son resistentes a cualquier fluoroquinolona y al menos a un medicamento adicional del grupo A^(16,17). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa Stata versión 18.

Para el cálculo de las tasas de notificación (TN), se utilizaron las cifras de población a partir de las estimaciones del censo que facilita el Instituto Nacional de Estadística (INE). Para el estudio de las TN según su distribución geográfica, las tasas se calcularon según la comunidad autónoma (CA) que declaró el caso⁽¹⁸⁾. En el análisis de los datos de mortalidad se eliminaron de los denominadores las poblaciones de aquellas CCAA que no facilitaron cifras de fallecidos para esos años.

El análisis de tendencia para las tasas de notificación se realizó mediante regresión lineal con la aplicación Jointpoint (<https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>). Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en la tasa de notificación y se calculó el porcentaje de cambio medio anual (PCMA) con intervalos de confianza al 95%. Se consideró significativo un p-valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Características de los casos de tuberculosis declarados en 2023

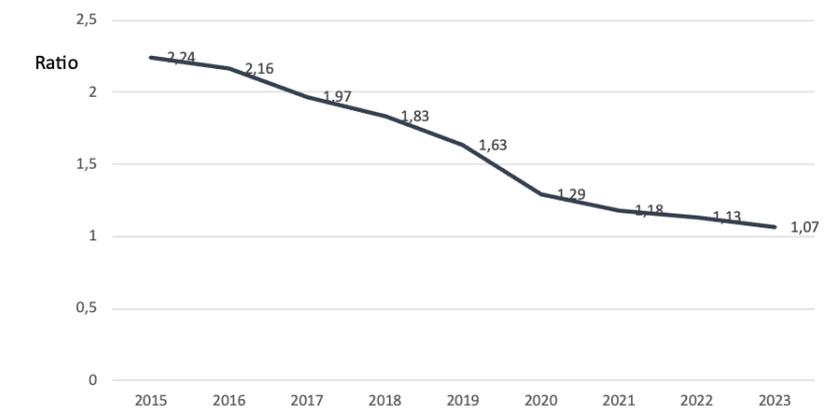
En 2023 se notificaron 4.207 casos de TB de los que 263 (6,3% del total) fueron importados y no se incluyeron en el análisis. De los 3.944 casos autóctonos, 2.575 casos eran hombres (65,3%) con una razón hombre/mujer de 1,9. La media de edad fue de 48,1 años (RIC:33-62) en hombres y 46,4 (RIC:30-64) en mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 45-54 años (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos diagnosticados con TB en 2023

VARIABLES		n	%
Sexo	Mujer	1.369	34,7
	Hombre	2.575	65,3
Grupo de edad	0-4	92	2,3
	5-14	118	3
	15-24	377	9,6
	25-34	573	14,5
	35-44	637	16,1
	45-54	697	17,7
	55-64	549	13,9
	65-74	409	10,4
	75-84	316	8
	>=85	176	4,5
País de nacimiento	España	1.802	45,7
	Distinto de España	1.686	42,7
	Desconocido	456	11,6
Localización anatómica	Pulmonar	2.721	69
	Meníngeas	27	0,7
	Otras localizaciones	1.035	26,2
	Desconocida	161	4,1
Estatus VIH	Negativo	2.803	71,1
	Positivo	229	5,8
	No realizado	496	12,6
	Desconocido	416	10,5
Resultados tratamiento	Satisfactorio	1.866	47,3
	Defunción	241	6,1
	Otros resultados	266	6,8
	Desconocido	1.571	39,8

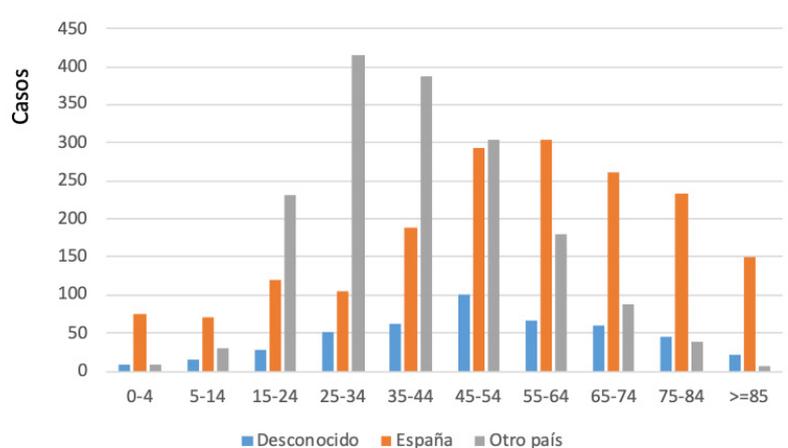
En 2023 se notificaron 210 casos en menores de 15 años (92 en menores de 5 años y 118 en el grupo de 5 a 14 años). Respecto al país de nacimiento, el 88,4% de los casos declarados en 2023 tenían información sobre el país de nacimiento, de los cuales 1.686 pacientes (48,3 %) nacieron en un país diferente de España. La ratio de nacidos en España/ nacidos en otro país en 2023 fue de 1,1 (en 2015 fue de 2,2). Entre los años 2015 y 2023, esta ratio ha ido disminuyendo de forma constante y significativa (**Figura 1**).

Figura 1. Ratio de casos de tuberculosis nacidos en España frente a nacidos fuera de España, 2015-2023.



En relación a la distribución por grupo de edad y país de nacimiento, se observaron marcadas diferencias; los casos nacidos fuera de España presentaron un perfil más joven, con una media de edad de 40,1 años (RIQ :28-50), mientras que la edad media en los casos nacidos en España fue de 53,6 (RIQ :40-72, $p < 0,05$) (**Figura 2**).

Figura 2. Casos de tuberculosis según grupo edad y país de nacimiento. España 2023



El 69% de los casos presentaron localización pulmonar ($n=2.721$), un 26,2% otras localizaciones ($n=1.035$) y un 0,7% localización meníngea ($n=27$).

En el año 2023 tenemos información sobre la realización de la prueba del VIH en el 89,5% de los registros ($n=3.528$). De estos casos, se realizó la prueba del VIH en el 76,9% (en el 12,6% consta como no realizada). Los porcentajes de positivos se han mantenido relativamente estables a lo largo del periodo 2015-2023, con una subida de los negativos en los últimos 3 años, aunque esta información hay que interpretarla con cautela, ya que ha mejorado significativamente la exhaustividad en la recogida de esta variable.

Se dispuso de información del resultado de tratamiento en el 60,2% de los casos notificados (2.373/3.944). En el 78,6% de los casos con esta información, el resultado del tratamiento fue satisfactorio (1.866/2.373) (**Tabla 1**).

Se registraron 241 defunciones a lo largo de 2023 con una mortalidad de 0,50 por 100.000 habitantes, claramente superior en hombres respecto a mujeres (3,4 veces superior). La letalidad fue del 8,1% (9,6% en hombres y 5,4% en mujeres).

En 2023, todas las CCAA notificaron que habían llevado a cabo pruebas de sensibilidad, a excepción de Cantabria, que no proporcionó información al respecto. Por otro lado, Castilla-La Mancha solo notificó haber realizado pruebas de resistencia en 2 de los 150 casos que se declararon. Según los datos disponibles, se realizó estudio de resistencias en 2.137 casos (76,4% del total de casos). De ellos, hubo 52 casos con resistencias a rifampicina y 36 casos con MDR y no se notificó ningún caso extremadamente resistente (XDR). De estos 36, 33 fueron tuberculosis pulmonares, 2 pleurales y 1 caso estaba categorizado como otra localización. Por sexo, 25 casos fueron hombres y 11 mujeres. Trece casos tenían menos de 35 años. De los 36, había información sobre el país de nacimiento en 33 casos: 11 eran nacidos en España. Respecto a los dos años previos, se observa un ligero incremento en el % de casos con algún tipo de resistencia, aunque esta información hay que interpretarla con cautela, ya que ha mejorado considerablemente la información recogida en la **Tabla 2**. Esta información se ha analizado sin tener en cuenta si ha habido un tratamiento previo puesto que es una variable con baja exhaustividad que no permitía un análisis conjunto. No se pudo realizar una comparativa con años previos dada la poca exhaustividad en la recogida de estas variables.

Tabla 2. Casos declarados con resistencia a antituberculostáticos, España, 2021-2023

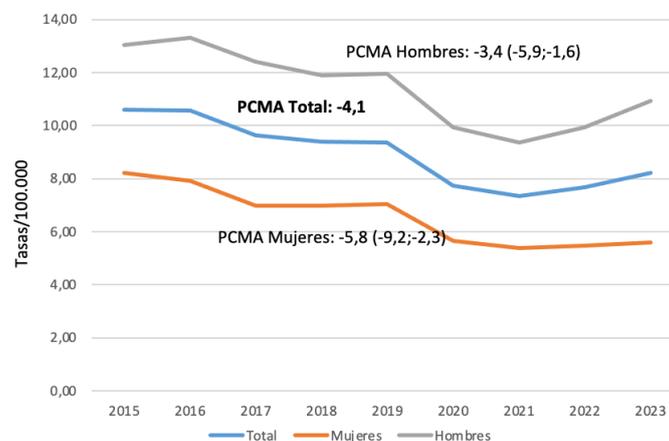
Resistencia a antituberculostáticos		2021	2022	2023
Con pruebas de resistencia	n	1715	2190	2137
	%	46,96	60,21	54,18
RR-TB	n	30	48	52
	%	1,75	2,19	2,43
MDR	n	22	28	36
	%	1,28	1,28	1,68

RR-TB: Resistentes a rifampicina; MDR: Resistentes al menos a rifampicina e isoniacida

Descripción y comparativa temporo-espacial

La tasa de notificación (TN) de casos autóctonos (n=3944) fue de 8,2 por 100.000 habitantes, con un aumento del 7% respecto a la TN de 2022 (3.637 casos y TN=7,7) y un descenso del 22,5% respecto a 2015 (4.913 casos y TN=10,59). Para el periodo 2015-2023, el descenso medio anual fue del -4,1%, superior en mujeres que en hombres (PCMA mujeres: -5,8; PCMA hombres: -3,4). Al realizar una regresión de Joinpoint, se identificó un cambio de tendencia en 2022, mayor en el total y en hombres, aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos (**Figura 3**). Se puede observar como las tasas disminuyen durante los años de pandemia COVID-19, aumentando ligeramente en los 2 últimos años, pero sin llegar a niveles prepandémicos.

Figura 3. Evolución temporal de las tasas de notificación de la tuberculosis para el periodo 2015 a 2023 según sexo.



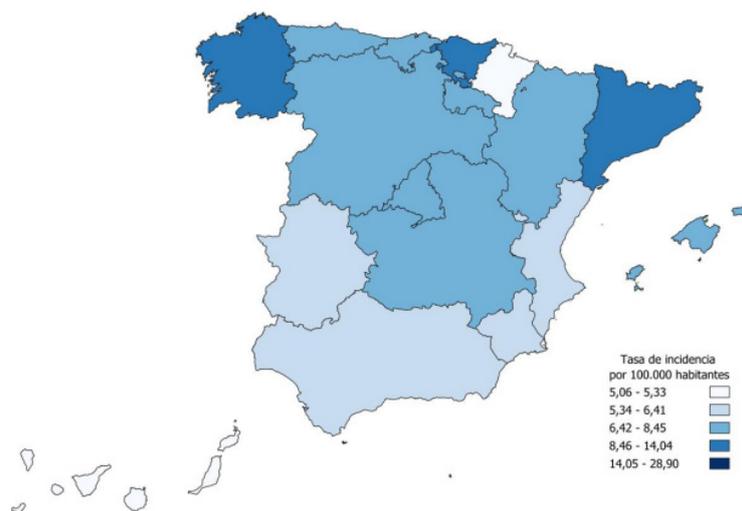
En relación a las tasas específicas por edad y sexo, las tasas más elevadas en 2023 correspondieron a los grupos de edad entre 25 y 34 años (TN=7,99) y 85 o más años (7,07) en las mujeres y los mayores de 85 años (18,65) y aquellos con edades comprendidas entre los 75 y los 84 (14,23) en el caso de los hombres. La TN en menores de 15 años aumentó ligeramente, respecto al año anterior (TN=3,2 en 2023 frente a TN= 3 en 2022).

El descenso medio anual para los casos de TB pulmonar en el periodo 2015-2023 fue de -4,3% (-7,1; -2,4). El descenso medio para las formas extrapulmonares entre 2015 y 2023 fue significativamente menor (PCMA: -3,3% (-6,3; -0,2)).

Las CCAA que presentaron una TN por encima del tercer cuartil en 2023 (superior a10,3) fueron: Ceuta (28,9), Melilla (14,0), Cataluña (12,3), Galicia (11,2) y País Vasco (10,9). Por debajo del primer cuartil (6,2) se situaron: Navarra (5,1), Canarias (5,3), Extremadura (5,7), Comunidad Valenciana (5,9) y Murcia (6,2) (**Figura 4**).

Durante el periodo 2015-2023 todas las CCAA tuvieron un descenso en su TN, excepto Ceuta, Castilla -La Mancha y Extremadura.

Figura 4. Tasas de notificación de tuberculosis según la comunidad autónoma. Año 2023



DISCUSIÓN

Los casos de TB declarados en 2023 muestran características similares a los de años previos respecto a la distribución por sexo y grupo de edad, aunque si los comparamos con las características que presentan a lo largo del periodo, se identifican ciertos cambios de patrones; ha aumentado la ratio hombre/mujer (1,9). En los países de UE/EEA, y según los últimos datos disponibles (2022), el número de casos de TB en hombres es aproximadamente el doble que el de mujeres y en las tasas de notificación estas diferencias parecen ser más significativas entre los adultos de mediana edad y mayores. Esta diferencia por sexo en la notificación de casos de TB refleja muy probablemente la sobrerrepresentación de los varones en los diversos grupos de riesgo de TB, especialmente las personas sin hogar, población privada de libertad, los trabajadores migrantes estacionales y las personas que viven con el VIH⁽¹⁾.

Respecto a la localización de la enfermedad, el ligero aumento de casos observado respecto a los tres años previos es fundamentalmente a expensas de las formas pulmonares, lo que tiene importantes implicaciones a nivel de salud pública por el mayor riesgo de transmisión de la TB. Un hallazgo reseñable que queremos destacar es el descenso en la ratio de casos nacidos en España/nacidos fuera

de España que se sitúa en 1,1 y que ha ido disminuyendo progresivamente desde 2015. De manera similar, en los países UE/EEA, se ha observado un incremento en el porcentaje de casos notificados en pacientes nacidos en un país distinto al declarante, alcanzando el 33,3% del total según el último informe del ECDC de 2022⁽¹⁾. Además, los casos nacidos fuera de España presentan un perfil más joven respecto a los nacidos en España. En relación a la coinfección con el VIH, se observa una ligera disminución de seropositivos respecto al año anterior, aunque la cumplimentación de esta variable ha empeorado respecto a 2022. Aunque no se han identificado factores de riesgo específicos para el desarrollo de TB en España, provenir de un país con alta incidencia o prevalencia y la coinfección con VIH son dos grupos en los que la sospecha de TB debe ser especialmente alta en presencia de clínica compatible⁽¹⁹⁾. En los países de UE/EEA en 2022 de los casos de tuberculosis con estado serológico conocido (73,6%), el 4,1% eran seropositivos⁽⁴⁾, algo más elevado que en 2021 (3,8%)⁽²⁰⁾.

En relación a la variable “resultado de finalización de tratamiento” su cumplimentación sigue siendo baja (en torno al 60%). En 2023, en el 78,6% de los casos en los que se contaba con esta información, el resultado del tratamiento fue satisfactorio. Este porcentaje todavía está lejos de las metas pactadas a nivel internacional y nacional del 90% y 95% de éxito^(8,21). La baja exhaustividad en la información relativa a las resistencias no nos ha permitido hacer estas estimaciones de éxito de tratamiento para las formas sensibles y resistentes por separado, tal como se marca en los objetivos internacionales. De acuerdo al Plan de Acción contra la Tuberculosis para la Región Europea de la OMS 2023-2030 el objetivo es lograr una tasa de éxito del tratamiento entre los casos MDR/RR-TB del 85% en 2030^(2,22).

Es reseñable que el repunte de casos observado en 2023 no se haya traducido en un aumento de la mortalidad y la letalidad, aunque podría explicarse por la baja cumplimentación de la variable resultado tratamiento, la continuación de tratamiento de algunos pacientes a lo largo de 2024 o por el cambio de perfil demográfico de los casos de TB. Respecto a las resistencias frente a antituberculos-táticos, en 2023 por primera vez se presentaron resultados concretos que siguen las definiciones más actuales de la OMS o el ECDC^(1,2). Se observa un ligero aumento de los casos RR-TB y MDR en el año 2023 respecto a los 2 años anteriores. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela dado que es una variable con todavía una baja cumplimentación. El número observado de casos de TB farmacorresistente en la Región Europea aumentó en 2022, tras un descenso constante durante los cuatro años anteriores. El aumento podría atribuirse a una serie de factores, incluida la reanudación de los servicios normales de diagnóstico después de la pandemia de COVID-19, y la ampliación de estos servicios de diagnóstico de TB más específicos en ciertos entornos y entre las poblaciones de riesgo⁽¹⁾.

La tasa de notificación de TB en 2023 (8,2 por 100.000) sigue situando a España entre los países de baja incidencia a nivel mundial y en la UE. Aunque las tasas de incidencia de TB en España siguen una tendencia descendente desde 2015, en los últimos 2 años ha habido un repunte de la tasa de notificación, que no ha llegado a niveles prepandémicos (9,5 en 2019). Este descenso global afecta, en distinta medida, a todas las CCAA, a excepción de Melilla, Castilla-la Mancha y Extremadura. Estos cambios en las tasas podrían explicarse por diversas razones y debe interpretarse con cautela, dado que las acciones implementadas para controlar la pandemia de COVID-19 han afectado a los servicios de vigilancia en todas las CCAA, así como la presión adicional sobre los sistemas de salud con la reducción en diagnósticos y tratamientos, y las limitaciones en la movilidad y el aislamiento social de la población^(1,23).

En los países UE/EEA, la tasa de notificación aumentó ligeramente en 2022 en comparación con los dos años anteriores. A pesar de ello, la tasa media de variación anual cuando se compara con el periodo anterior a 2020 revela una tendencia general a la baja⁽¹⁾. No obstante, a este ritmo va a ser improbable poder alcanzar las metas definidas en la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS⁽²⁴⁾. Es necesario reforzar la vigilancia y el control de esta enfermedad para poder mantener el ritmo de progreso anterior a la pandemia COVID-19, que ha distorsionado la tendencia claramente descendente previa, y así garantizar que seguimos progresando hacia la eliminación de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Prevention and Control., World Health Organization. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2024: 2022 data. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/44801>
2. Global Tuberculosis Report 2024 [Internet]. [citado 19 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://dev-cms.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
3. The cascade-of-care for tuberculosis infection in low-incidence countries – a scoping review protocol [Internet]. 2024 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/cascade-care-tuberculosis-infection-low-incidence-countries-scoping-review>
4. Tuberculosis - Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-annual-epidemiological-report-2022>
5. World Health Assembly 67. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. 2014 [citado 12 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/162760>
6. WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf [Internet]. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1>
7. Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Tuberculosis 2023 | Alianza Alto a la Tuberculosis [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.stoptb.org/what-we-do/advocate-endtb/un-high-level-meeting-tb/un-high-level-meeting-tb-2023>
8. Resumen_PlanTB2019.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Resumen_PlanTB2019.pdf
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 2210/1995 ene 24, 1996 p. 2153-8. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/12/28/2210>
10. Cano-Portero R, Amillategui-dos Santos R, Boix-Martínez R, Larrauri-Cámara A. Epidemiología de la tuberculosis en España. Resultados obtenidos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el año 2015. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 10 de marzo de 2025];36(3):179-86. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-tuberculosis-espana-resultados-obtenidos-S0213005X17303774>
11. Ampliación de la definición de caso de tuberculosis en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (I). Bol Epidemiológico Sem Vigil Epidemiológica [Internet]. 2003 [citado 10 de marzo de 2025];11(16):181-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793766>
12. Ampliación de la definición de caso de tuberculosis en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (II). Bol Epidemiológico Sem Vigil Epidemiológica [Internet]. 2003 [citado 10 de marzo de 2025];11(17):193-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793784>
13. ISCIII Portal Web [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Así trabaja el ISCIII con las alertas de salud pública. Disponible en: <https://www.isciii.es/w/asi-trabaja-el-isciii-con-las-alertas-de-salud-publica-1>
14. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ponencia de Vigilancia Epidemiológica: 9 de abril de 2013. Comisión de salud Pública: 19 de junio de 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: 23 de julio de 2013 [Internet]. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III; 2015 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/5345>
15. European Centre for Disease Prevention and Control., World Health Organization. Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2023: 2021 data. [Internet]. LU: Publications Office; 2023 [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/637206>
16. Meeting report of the WHO expert consultation on the definition of extensively drug-resistant tuberculosis [Internet]. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018662>
17. Caminero JA, García-García JM, Cayla JA, García-Pérez FJ, Palacios JJ, Ruiz-Manzano J. Tuberculosis con resistencia a fármacos: nuevas definiciones de la OMS y su implicación en la Normativa de SEPAR. Arch Bronconeumol [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 12 de marzo de 2025];58(1):87-9. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/en-tuberculosis-con-resistencia-farmacos-nuevas-articulo-S0300289621000880>
18. INE [Internet]. [citado 19 de febrero de 2025]. INEbase / Demografía y población. Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984

19. Moreno Guillén S, Rodríguez-Artalejo F, Ruiz-Galiana J, Cantón R, De Lucas Ramos P, García-Botella A, et al. Tuberculosis in Spain: An opinion paper. *Rev Esp Quimioter* [Internet]. 27 de noviembre de 2023 [citado 20 de febrero de 2025];36(6):562-83. Disponible en: <https://seq.es/abstract/rev-esp-quimioter-2023-november-2-2/>
20. tuberculosis-annual-epidemiological-report-2021.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tuberculosis-annual-epidemiological-report-2021.pdf>
21. end-tb-essential-spanish-web.pdf [Internet]. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/end-tb-essential-spanish-web.pdf>
22. Ammon A, Kluge H. Ending tuberculosis in Europe - resetting the course in the post-COVID-19 era. *Eurosurveillance* [Internet]. 23 de marzo de 2023 [citado 21 de febrero de 2025];28(12):2300164. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.12.2300164>
23. Vázquez-Temprano N, Ursúa-Díaz MI, Salgado-Barreira Á, Vázquez-Gallardo R, Túñez Bastida V, Anibarro L. Descenso en la incidencia de tuberculosis y pandemia COVID-19, ¿ficción o realidad? *Arch Bronconeumol* [Internet]. marzo de 2022 [citado 20 de febrero de 2025];58(3):272-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8168331/>
24. Cristea V, Ködmön C, Rosales-Klintz S, Pharris A, van der Werf MJ. Monitoring the progress achieved towards ending tuberculosis in the European Union/European Economic Area, 2018 to 2021. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. marzo de 2023;28(12):2300154.