



INFORME:

REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, INFORME DEL AÑO 2010

SUMARIO

	Pág
RESUMEN.....	4
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
3.- RESULTADOS. AÑO 2010.....	6
3.1.- DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES	6
3.1.1.-Distribución espacial	7
3.1.2.-Localización anatómica de la enfermedad	9
3.1.3.-Factores de riesgo asociados	10
3.1.4.-Nivel asistencial	10
3.1.5.-Evolución de los casos	12
3.1.6.-Estudios de contactos	13
3.2.- TUBERCULOSIS INFANTIL	14
3.3.- TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH	15
3.4.- TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS	16
3.5.- TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS	20
3.6.- EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 2000 A 2010	21
4.- DISCUSIÓN	25
5.- CONCLUSIONES	26
6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
7.- ANEXOS.....	27

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este informe es presentar un análisis descriptivo de los casos de tuberculosis registrados durante el año 2010 en la Comunidad de Madrid y comparar los resultados con los obtenidos en el año anterior.

Resultados: Se han notificado 1.001 casos residentes en la Comunidad de Madrid. La incidencia anual registrada en 2010 ha sido de 15,50 casos por 100.000 habitantes. El 48,7% de los casos detectados han sido personas nacidas fuera de España, siendo su procedencia fundamentalmente de América del Sur. En los últimos años la incidencia anual de tuberculosis presenta una discreta tendencia decreciente. El grupo de edad con mayor incidencia corresponde al de mayores de 74 años (24,3 casos por 100.000 habitantes), seguido por los adultos jóvenes. En los grupos de edad de 15 a 24 años y de 25 y 34 años, el porcentaje de personas nacidas fuera de España suponen el 74,3% y el 72,3% del total de los casos, respectivamente. La incidencia en menores de 15 años ha sido de 5,5 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre 7,8 en el Área 2 y 22,7 en el Área 7. El distrito con mayor incidencia ha sido Centro con 29,0 casos por 100.000 habitantes. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 16,1 casos por 100.000 habitantes. La situación de riesgo asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (29,6%), seguida del alcoholismo (9,9%). Presentan coinfección por VIH/Sida el 8,5% de los pacientes. La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (69,4%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 10,8 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera de 5,1 casos por 100.000 habitantes. El nivel asistencial donde se realiza con mayor frecuencia el diagnóstico es en la atención especializada hospitalaria, el 87,4% de los casos inician el tratamiento en este nivel. El 72,6% de los casos cursan con ingreso hospitalario. El seguimiento del 57,3% de los casos se realiza en consultas hospitalarias. En el 12,0% de los casos se han instaurado medidas para mejorar el cumplimiento del tratamiento. La mediana de la demora diagnóstica para los casos con baciloscopia positiva de esputo ha sido de 42 días. Se dispone de antibiograma del 86,6% de los casos con cultivo positivo, resultando el 9,1% de los casos resistentes a uno o más fármacos de primera línea.

Discusión: La incidencia en la Comunidad de Madrid en 2010 ha disminuido un 8,8% respecto a 2009. La tasa de 2010 es similar a la tasa media registrada en el Estado Español, si bien se puede considerar elevada en relación a la registrada en otras regiones de Europa Occidental. A consecuencia de los cambios demográficos de la última década, la tuberculosis en personas nacidas en el extranjero supone casi la mitad del total de los casos registrados.

1.- INTRODUCCIÓN

En el marco del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, la estrategia fundamental para la Vigilancia Epidemiológica se lleva a cabo a través del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, implantado desde el año 1994. Se articula en torno a las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Salud Pública. La consolidación de los casos a nivel regional se realiza en el Servicio de Epidemiología. Esta forma de trabajo se establece en virtud de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. La regulación normativa del Registro Regional

de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid se establece en la Orden 130/2001, de 29 de marzo, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 6 de abril de 2001 (anexo).

El objetivo general del Registro es mejorar el conocimiento de la tuberculosis y su evolución en la Comunidad de Madrid, mediante la búsqueda activa de casos, a fin de identificar los grupos de riesgo y evaluar las intervenciones de prevención y control de la enfermedad.

Los objetivos específicos del Registro son:

- 1.- Estimar la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid y en cada Área Sanitaria; general y específica por sexo, grupo de edad, distrito de residencia, localización anatómica, así como la frecuencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia y/o cultivo positivo.
- 2.- Estimar la prevalencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid y en cada Área Sanitaria, a través del seguimiento de los casos incidentes detectados por el Registro.
- 3.- Describir los factores y situaciones de riesgo asociadas a la tuberculosis según las variables de persona, lugar de residencia, tiempo y localización de la enfermedad.
- 4.- Estudiar la frecuencia de realización de estudios de contactos de pacientes de tuberculosis pulmonar y su resultado.

Desde que se implantó el Registro, se elaboran informes anuales para el ámbito regional que se publican en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados durante el año 2010 y que tenían su residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información del Registro son:

- 1 - Los médicos de Atención Primaria y Especializada mediante la declaración al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- 2 - Los Laboratorios de Microbiología de la Comunidad de Madrid que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado, y/o pruebas de sensibilidad de micobacterias.
- 3 - El sistema de información constituido por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización.
- 4 - Otras fuentes: El Registro Regional de Casos de Sida de la Comunidad de Madrid. Instituciones Penitenciarias, Funerarias, Servicios Hospitalarios de Anatomía Patológica, Admisión, Farmacia, etc.

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento. Para cada caso se cumplimenta un cuestionario (anexo) con las variables contempladas en el Registro. Los casos incorporados al Registro de forma retrospectiva pueden modificar las cifras de incidencia correspondientes a años anteriores. En el análisis espacial se considera el Área y el Distrito Sanitario donde está ubicado el domicilio del enfermo. Para el cálculo de la incidencia se utiliza la población correspondiente al padrón continuo de 2010¹.

Para su inclusión en el Registro, se considera caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y/o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis complex* o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

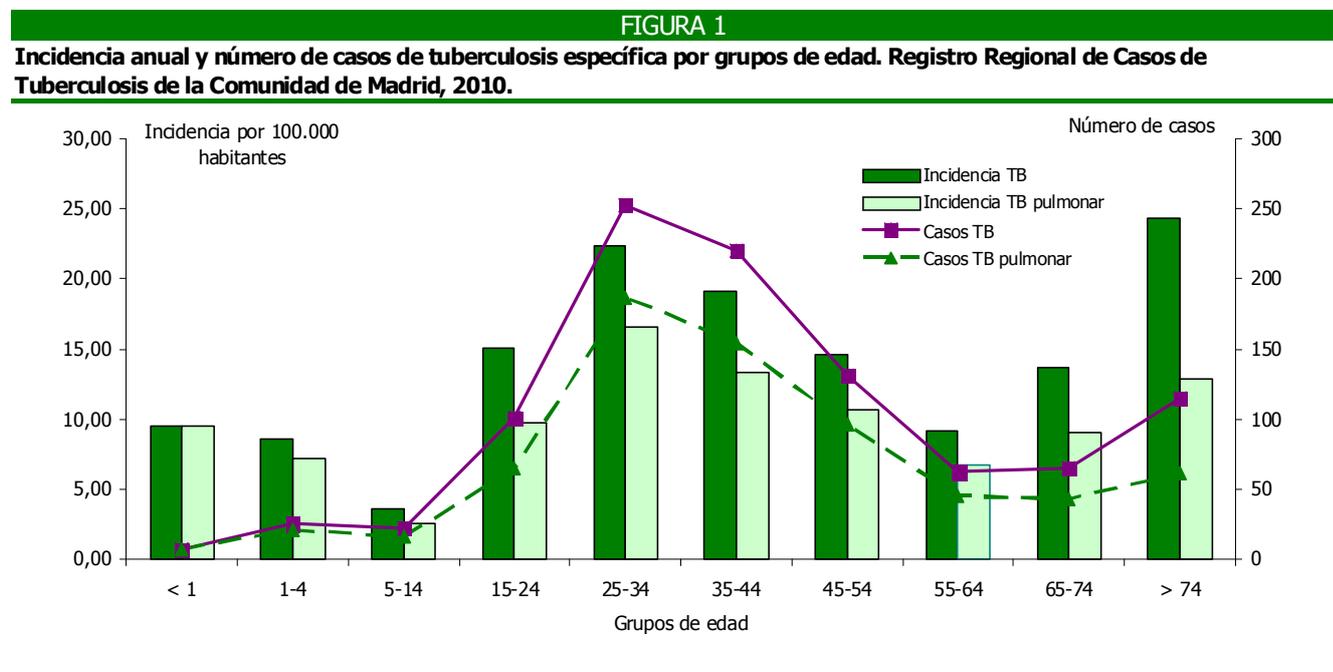
3.- RESULTADOS. AÑO 2010

3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES

En el año 2010 se registraron 1.016 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, de los que 15 son residentes en otras Comunidades Autónomas; estos casos han sido excluidos del análisis de resultados que se ha realizado con los 1.001 casos restantes, residentes en la Comunidad de Madrid, que representan una incidencia anual de tuberculosis de 15,50 casos por 100.000 habitantes.

La notificación procede principalmente de Atención Especializada (776 casos, 77,5%), seguido de Atención Primaria (145 casos, 14,5%). Los 79 casos restantes (8,0%) proceden de otros notificadores.

La incidencia de tuberculosis más elevada se observa en el grupo de edad de mayores de 74 años (24,3 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (22,4 casos por 100.000 habitantes) y el grupo de 35 a 44 años (19,1 casos por 100.000 habitantes). En menores de 1 año se han registrado 7 casos, con una incidencia en ese grupo de 9,5 casos por 100.000 habitantes. (Figura 1).



Según el género, hay un predominio masculino, con 595 casos en hombres (59,4%), con una incidencia de 19,04 casos por 100.000 hombres, frente a 406 mujeres (40,6%), con una incidencia de 12,18 casos por 100.000 mujeres.

Un total de 487 pacientes (48,7%) han nacido fuera de España, el 53,0% de ellos con una edad comprendida entre los 15 y 34 años. La tasa de incidencia en esta población es de 38,40 casos por 100.000 habitantes mientras que la tasa en nacidos en España es de 9,90.

De todos los casos registrados, el 78,4% (785) son confirmados, es decir, tienen un cultivo positivo al complejo *M. tuberculosis* en alguna muestra biológica de cualquier localización.

3.1.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 7,82 casos por 100.000 habitantes del Área 2 y los 22,67 registrados en el Área 7. Se observa un aumento de la incidencia con respecto a los resultados del año 2009 en las Áreas 1, 3, 5 y 7 (Tabla 1).

El distrito sanitario con la incidencia más elevada es el distrito de Centro con 29,0 casos por 100.000 habitantes, seguido de Villaverde con 24,2 casos por 100.000 habitantes y Vallecas con 23,3 casos por 100.000 habitantes. Por otra parte, la menor incidencia fue registrada en el distrito de Salamanca con 5,4 casos por 100.000 habitantes, seguido de Chamartín con 6,9 casos por 100.000 habitantes y Majadahonda con 7,0 casos por 100.000 habitantes. De los 34 distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid, en 22 de ellos se ha observado un descenso de la incidencia con respecto al año 2009 y en los 12 restantes ha aumentado (Torrejón de Ardoz, Fuencarral, Colmenar Viejo, Moratalaz, Aranjuez, Chamberí, Chamartín, Arganda, Alcalá de Henares, Coslada, Getafe y Retiro, por orden decreciente de porcentaje de incremento). En el municipio de Madrid se han detectado 526 casos, con una incidencia de 16,07 casos por 100.000 habitantes, un 9,94% inferior a la observada en el año 2009 (17,81 casos por 100.000 habitantes).

En trece casos se desconoce el Área Sanitaria de residencia. El número de casos que viven en un albergue ha aumentado (9 en 2010, 5 en 2009) y ha disminuido el número de pacientes diagnosticados en centros penitenciarios (8 en 2010, 9 en 2009).

Tabla 1.- TUBERCULOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios, por 100.000 habitantes. Año 2010. Comunidad de Madrid.

Área - Distrito Sanitario			Población	Casos*	Incidencia por 100,000	% de variación 2009-2010
AREA	1	Sur-Este	806769	145	17,97	2,06
	1.1	Arganda	180.111	23	12,77	23,98
	1.2	Moratalaz	172.839	27	15,62	68,70
	1.3	Retiro	122.844	18	14,65	0,57
	1.4	Vallecas	330.975	77	23,26	-14,34
ÁREA	2	Centro_Norte	460293	36	7,82	-10,41
	2.1	Coslada	167.082	18	10,77	4,80
	2.2	Salamanca	147.293	8	5,43	-46,65
	2.3	Chamartín	145.918	10	6,85	24,83
ÁREA	3	Este	366710	52	14,18	57,03
	3.1	Alcalá de Henares	248.269	26	10,47	23,35
	3.2	Torrejón de Ardoz	118.441	26	21,95	116,06
ÁREA	4	Noreste	605667	62	10,24	-26,78
	4.1	Ciudad Lineal	228.148	32	14,03	-13,53
	4.2	San Blas	157.698	12	7,61	-54,19
	4.3	Hortaleza	219.821	18	8,19	-15,67
ÁREA	5	Norte	822632	111	13,49	1,84
	5.1	Alcobendas	315.571	39	12,36	-26,96
	5.2	Colmenar Viejo	121.086	23	18,99	74,74
	5.3	Tetuán	157.052	28	17,83	-10,36
	5.4	Fuencarral	228.923	21	9,17	87,59
ÁREA	6	Oeste	701776	74	10,54	-22,12
	6.1	Majadahonda	330.561	23	6,96	-24,70
	6.2	Collado Villalba	252.726	33	13,06	-18,19
	6.3	Moncloa	118.489	18	15,19	-25,24
ÁREA	7	Centro-Oeste	542685	123	22,67	2,05
	7.1	Centro	141.240	41	29,03	-9,26
	7.2	Chamberí	146.928	32	21,78	33,78
	7.3	Latina	254.517	50	19,65	-1,08
ÁREA	8	Sur-Oeste I	493213	67	13,58	-33,05
	8.1	Móstoles	222.222	33	14,85	-30,38
	8.2	Alcorcón	168.299	23	13,67	-25,97
	8.3	Navalcarnero	102.692	11	10,71	-49,21
ÁREA	9	Sur Oeste II	409593	82	20,02	-20,18
	9.1	Leganés	187.227	38	20,30	-28,74
	9.2	Fuenlabrada	222.366	44	19,79	-10,91
ÁREA	10	Sur I	367198	64	17,43	-2,25
	10.1	Parla	198.068	33	16,66	-6,08
	10.2	Getafe	169.130	31	18,33	2,11
ÁREA	11	Sur II	882148	155	17,57	-14,66
	11.1	Aranjuez	181.784	21	11,55	35,75
	11.2	Arganzuela	154.336	21	13,61	-19,63
	11.3	Villaverde	149.072	36	24,15	-14,52
	11.4	Carabanchel	255.716	51	19,94	-21,60
	11.5	Usera	141.240	26	18,41	-19,33
		Área desconocida/Prisión/Albergue		13/8/9		
		Total	6.458.684	1001	15,50	-8,83
		Residentes en otras CCAA		15		
		Total		1016		

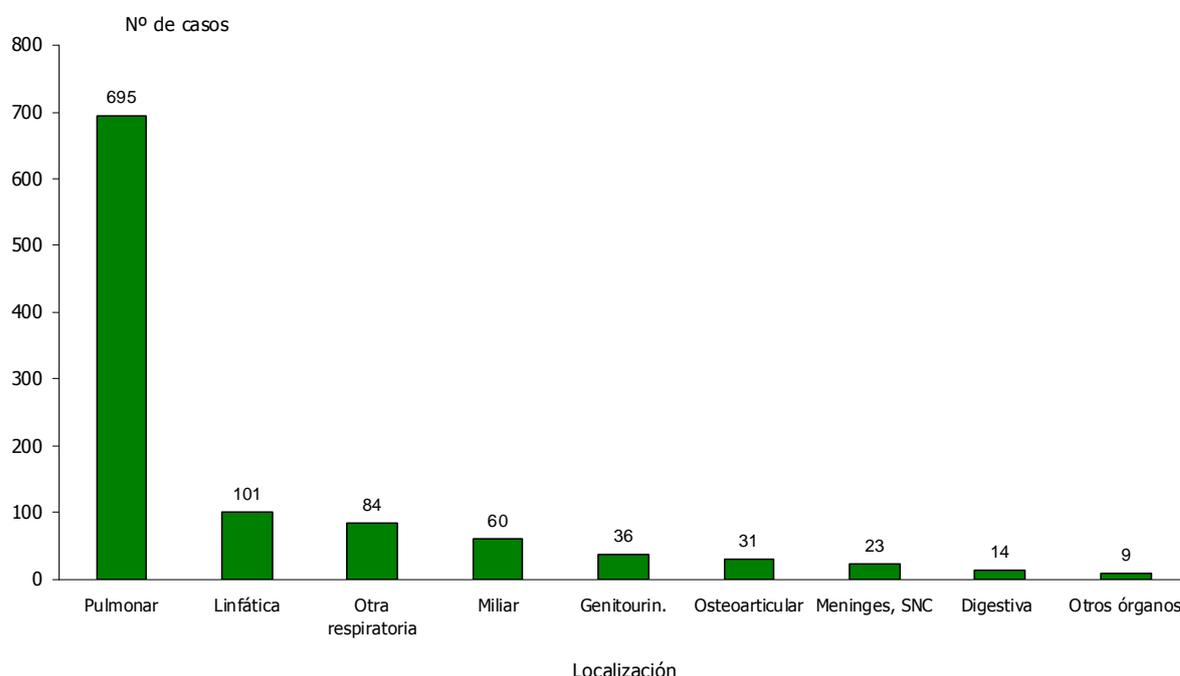
3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

De los 1.001 casos de tuberculosis, 695 presentaron localización pulmonar (69,4%) y 306 extrapulmonar (el 30,6% de los casos). De las formas pulmonares 43 (6,2%) presentaron además otra localización asociada. La incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido de 10,8 casos por 100.000 habitantes, siendo 430 hombres (61,9%) y 265 mujeres (31,8%). El grupo de edad más afectado es el de 25 a 34 años (16,5 casos por 100.000 habitantes).

De todas las formas extrapulmonares, la más frecuente es la tuberculosis linfática con 101 casos, seguida por otras formas respiratorias con 84 casos y por las formas miliares con 60 casos (Figura 2).

FIGURA 2

Distribución de los casos de tuberculosis según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.



*Un caso puede tener más de una localización

La incidencia de tuberculosis de localización pulmonar por Área Sanitaria varía entre 5,6 casos por 100.000 habitantes en el Área 2 y 16,2 casos por 100.000 habitantes en el Área 7. Han presentado baciloscopia de esputo positiva 332 casos en total. Son bacilíferos 325 (46,8%) de los 695 casos con tuberculosis pulmonar, además de 7 casos de los 60 con localización miliar (11,7%). Ello supone una incidencia de casos bacilíferos de 5,1 casos por 100.000 habitantes.

El diagnóstico de certeza mediante cultivo positivo de muestras respiratorias se ha establecido en 572 de las 695 formas pulmonares (82,3%). El diagnóstico por imagen con una radiografía torácica indicativa de tuberculosis se ha registrado en 524 de los 695 casos (75,4%).

3.1.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La situación de riesgo asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (29,5%), seguido por el alcoholismo (9,9%), el antecedente de enfermedad inmunosupresora (8,8%) y la infección por VIH/Sida (8,5%), (Tabla 2). Los factores de riesgo considerados se mantienen estables respecto a los datos del año anterior. Lo más destacable es, en diferencia de porcentajes, los decrementos en coinfección por VIH (2,4%) y el aumento en el tabaquismo (2,5%).

TABLA 2

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según situación de riesgo asociada y grupo de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					% SOBRE EL TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Tabaquismo (n=296)	0,0	13,9	33,4	48,7	16,7	29,6
Alcoholismo (n=99)	0,0	1,0	8,5	24,9	5,6	9,9
Enf. Inmunosup. (n=88)	0,0	2,0	8,2	14,0	11,1	8,8
VIH-SIDA (n=85)	1,9	4,0	11,4	12,4	1,1	8,5
Diabetes (n=61)	0,0	0,0	2,7	10,9	15,0	6,1
Neoplasia (n=51)	0,0	1,0	1,3	4,7	19,4	5,1
Desfavorecidos socialmente* (n=47)	7,4	1,0	6,3	5,7	0,6	4,7
Uso de drogas (n=36)	0,0	0,0	5,7	4,7	0,0	3,6
Gastrectomía (n=7)	0,0	0,0	0,6	2,1	0,0	0,7
Silicosis (n=14)	0,0	0,0	0,2	1,0	6,1	1,4

* Desfavorecidos socialmente: alcoholismo e indigencia

El Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid incluyó 8 casos con domicilio al inicio del tratamiento en centros penitenciarios ubicados en la Comunidad de Madrid y son 11 casos los que refieren tener antecedente de estancia en prisión en los dos años anteriores al inicio del tratamiento.

En 146 casos (14,6%) se conoce la existencia de un contacto previo con algún enfermo de tuberculosis. De las formas de contacto registradas (121 casos) la más frecuente es la convivencia con un enfermo: 78 casos (64,5%), seguido de contactos frecuentes no convivientes: 25 casos (20,7%), contactos laborales: 8 casos (6,6%), institución cerrada: 6 casos (5%), contactos esporádicos: 3 casos (2,5%) y otros: 1 caso (0,8%).

3.1.4. NIVEL ASISTENCIAL

El nivel asistencial en el que con mayor frecuencia se ha iniciado el tratamiento corresponde al Hospital (incluyendo las consultas externas hospitalarias) en un 87,4% de los casos, seguido por la Atención Especializada Extrahospitalaria (3,1%) y Atención Primaria (1,6%). El 0,7% de los pacientes iniciaron tratamiento en otros lugares como sanidad penitenciaria, otras comunidades autónomas, privados, etc. El lugar de inicio del tratamiento se desconoce en el 7,0% de los casos. El 72,6% de los casos han sido hospitalizados. (Tabla 3).

En cuanto al seguimiento, el nivel asistencial en el que éste se ha realizado con más frecuencia ha sido también el Hospital, incluyendo las consultas externas hospitalarias, en el 57,7% de los casos, el seguimiento conjunto entre Atención Primaria y Especializada en el 7,5% de los casos, seguido de Atención Especializada Extrahospitalaria en el 6,9% de los casos, Atención Primaria en el 2,9% de los casos y Otros en el 1%. Este dato se desconoce en el 24% de los casos (Tabla 4). En las Tablas 3 y 4 se muestran además los porcentajes de inicio y seguimiento de tratamiento en los diferentes niveles asistenciales distribuidos por Áreas, y el porcentaje de pacientes hospitalizados, observándose diferencias notables entre ellas. No se incluyen los casos que al comenzar el tratamiento tenían como residencia la calle, la cárcel o un albergue.

En 120 casos (12,0%) se ha instaurado alguna medida para la mejora del cumplimiento del tratamiento. Esta medida en régimen ambulatorio ha consistido en un tratamiento directamente observado en 73 casos y en un seguimiento semanal con entrega gratuita de medicamentos y/o utilización de algún incentivo en 46 casos. En un caso se realizó una hospitalización terapéutica obligatoria.

TABLA 3

Distribución porcentual por Área sanitaria del nivel asistencial de inicio del tratamiento y de hospitalización. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

ÁREA	INICIO TRATAMIENTO					%Hospitalización	Total
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% Desc.		
1	93,1	1,4	1,4	2,1	2,1	86,2	145
2	86,1	0,0	0,0	0,0	13,9	44,4	36
3	88,5	3,8	3,8	0,0	1,9	80,8	52
4	87,1	0,0	1,6	0,0	11,3	71,0	62
5	94,6	5,4	0,0	0,0	0,0	85,6	111
6	85,1	0,0	1,4	2,7	10,8	73,0	74
7	88,6	0,0	3,3	0,8	7,3	86,2	123
8	89,6	0,0	0,0	0,0	10,4	61,2	67
9	90,2	4,9	3,7	0,0	1,2	69,5	82
10	84,4	9,4	1,6	0,0	4,7	53,1	64
11	76,1	6,5	1,3	0,6	15,5	58,7	155
TOTAL	87,4	3,1	1,6	0,7	7,0	72,6	971

TABLA 4

Distribución porcentual por Área Sanitaria según el nivel asistencial de seguimiento del tratamiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

ÁREA	SEGUIMIENTO TRATAMIENTO						Total
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Atención Primaria + Especializada	% Otros	% Desc.	
1	83,4	1,4	2,1	1,4	3,4	8,3	145
2	72,2	0,0	8,3	0,0	0,0	19,4	36
3	61,5	5,8	3,8	17,3	0,0	11,5	52
4	25,8	0,0	4,8	38,7	0,0	30,6	62
5	86,5	7,2	1,8	2,7	0,9	0,9	111
6	62,2	0,0	1,4	1,4	2,7	32,4	74
7	14,6	0,0	3,3	12,2	1,6	68,3	123
8	76,1	0,0	0,0	0,0	0,0	23,9	67
9	57,3	28,0	0,0	12,2	0,0	2,4	82
10	53,1	31,3	0,0	0,0	0,0	15,6	64
11	47,1	7,1	6,5	5,8	0,0	33,5	155
TOTAL	57,7	6,9	2,9	7,5	1,0	24,0	971

Se ha calculado la demora diagnóstica, considerada como el tiempo transcurrido entre la fecha de comienzo de los síntomas y la fecha de comienzo del tratamiento. Estos datos son conocidos en 876 casos. La mediana de esta demora diagnóstica se ha estimado en 39 días, cinco más que la obtenida en el año 2009. De los casos que corresponden a tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva (332 casos), la mediana de la demora diagnóstica es de 42 días, seis días más que en el año anterior (Tabla 5).

TABLA 5

Tiempo transcurrido en días desde la fecha de inicio de síntomas hasta la de inicio de tratamiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

PERCENTIL	Todos los casos	Casos de tuberculosis con baciloscopia de esputo (+)
P 25	15 días	18 días
P 50	39 días	42 días
P 75	90 días	90 días

3.1.5. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS

De los 1001 casos registrados se dispuso de información sobre su seguimiento en 716 (71,5%). De ellos finalizaron el tratamiento 651 casos (90,9%), 29 casos se trasladaron a otra Comunidad Autónoma u otro país (2,9%) y 33 se han perdido a pesar de la búsqueda activa (3,3%).

En cuanto a los 716 casos en los que se conoce la fecha de finalización del tratamiento, 651 (90,9%) han completado el tratamiento, 44 (6,1%) fallecieron por otras

causas incluido el Sida, 17 (2,4%) han muerto por tuberculosis y a 4 pacientes (0,6%) se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa.

Además se han registrado incidencias que no han permitido la finalización del tratamiento en 31 pacientes (6 abandonos de tratamiento, 6 reinicios de tratamiento y 19 continúan en tratamiento por pautas más prolongadas que las estándar).

Para calcular la proporción de casos curados se ha utilizado la siguiente fórmula: en el numerador figuran los casos en los que se ha registrado la curación (651), y en el denominador los curados (651), los que presentaron alguna incidencia que impidió el alta (31), los muertos por tuberculosis (17) y aquellos en los que se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa (4). De esta manera el porcentaje obtenido es de 92,6%.

Son casos iniciales, es decir, nunca habían recibido tratamiento contra la tuberculosis con anterioridad 821 casos (82,0%). Sí lo habían hecho 58 casos (5,8%). Este dato es desconocido para el resto de enfermos.

3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

En 640 casos (63,9%) consta información acerca de la realización o no del estudio de contactos y de ellos el estudio se realizó en 531 (83,0%). Si se tienen en cuenta sólo los casos bacilíferos (332 casos), se tiene constancia de si se ha hecho o no estudio de contactos en 251 casos (75,6%) (Figura 3). Entre éstos se ha realizado el estudio de contactos en 236 casos (94,0%).

FIGURA 3

Distribución de los casos de tuberculosis con baciloscopia positiva según realización del estudio de contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.



En la Tabla 6 se presenta el resultado de los estudios de contactos realizados en los 332 casos con una baciloscopia positiva. Se detectaron 592 contactos, de los que 408 (75,74%) eran convivientes, 57 (9,6%) eran frecuentes no convivientes y 127 (21,4%) pertenecían a algún colectivo.

TABLA 6

Distribución de los resultados del estudio de contactos realizado en los casos de tuberculosis con baciloscopia positiva. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	408	55,6	40,7	3,7
No convivientes	57	52,6	26,3	8,8
Colectivo	127	82,7	22,8	0,0

3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL

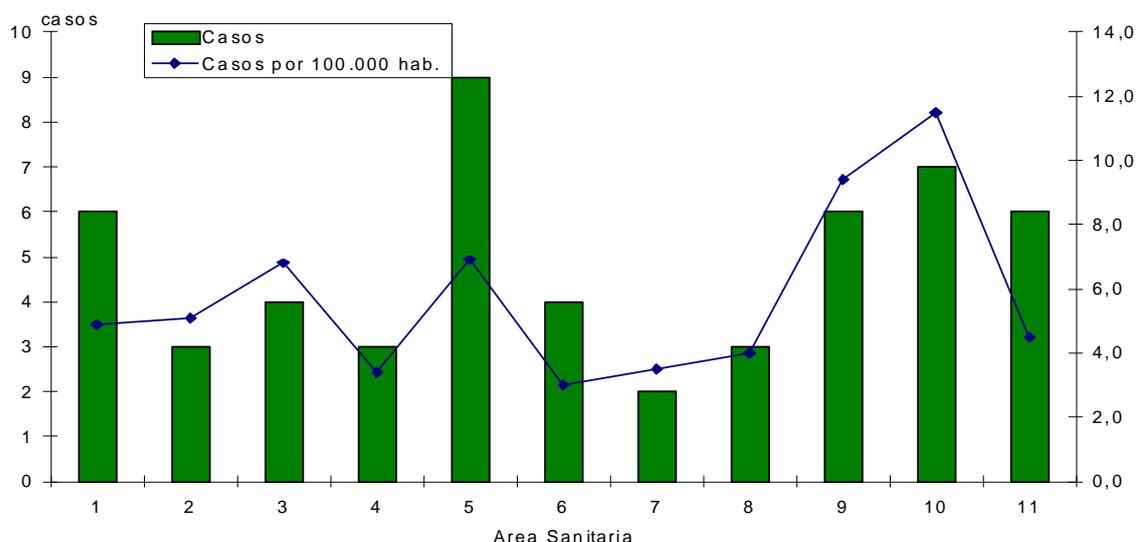
En 2010 se han registrado 54 casos de tuberculosis en niños menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 5,5 casos por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Este valor es inferior al observado el año anterior (7,4 casos por 100.000 habitantes). Lo mismo ocurre en el tramo de edad de menores de 5 años donde la tasa de incidencia ha sido de 8,8 casos por 100.000 habitantes (11,3 en 2009).

De los 54 casos, 30 son hombres (55,6%) y 24 mujeres (44,4%). Según el país de origen 25 (46,3%) son de origen extranjero y 29 (53,7%) nacidos en España. De los 29 nacidos en España, 6 pertenecen a familias inmigrantes (2 de Ecuador, 2 de Colombia, 1 de Marruecos y 1 de Portugal). De los 25 casos de origen extranjero sus países de procedencia son: 6 de Marruecos, 5 de Ecuador, 4 de Rumanía, 3 de Bulgaria y 1 de cada uno de los siguientes: Ghana, Guinea Ecuatorial, Nigeria, China, Vietnam y Rusia.

La mayor incidencia de tuberculosis infantil se ha registrado en el área 10 con 11,5 casos por 100.000 habitantes, seguida del área 9 con 9,4 casos por 100.000 habitantes. La menor incidencia se ha registrado en el área 6 donde se han detectado cuatro casos (3,0 casos por 100.000 habitantes) (Figura 4).

FIGURA 4

Incidencia de tuberculosis infantil según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.



En cuanto a la localización anatómica, 44 casos (81,5%) tenían tuberculosis pulmonar, 6 localización linfática (11,1%), 2 miliar, 1 osteoarticular y 1 otra respiratoria.

Del total de niños enfermos de tuberculosis, la prueba de la tuberculina fue positiva en 44 niños (81,5%). La radiografía de tórax fue indicativa de tuberculosis en el 76,6% de los casos con afectación respiratoria. Respecto a la confirmación microbiológica en 26 (48,1%) casos se aisló *Micobacterium tuberculosis* mediante cultivo.

En 28 de los 54 casos (51,9%) se conoce el antecedente de contacto con una persona enferma de tuberculosis. De estos 28 casos, en 23 (82,1%) el contacto es un conviviente, en 4 (14,3%) es frecuente no conviviente y en 1 caso (3,6%) no se especifica el tipo de contacto.

Sobre el estudio de contactos se tiene información sobre 48 casos. En el resto se desconocen los resultados de dicho estudio.

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

De los 1001 casos de tuberculosis registrados en 2010, 85 (8,5%) se han producido en personas infectadas por el VIH, lo que representa una incidencia de tuberculosis asociada a la infección por VIH de 1,3 casos por 100.000 habitantes, valor inferior al del año anterior (1,8 casos por 100.000 habitantes).

La incidencia específica por edad más elevada se da en el grupo de 35 a 44 años (3,3 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad de 45 a 54 años (2,4 casos por 100.000 habitantes) y de 25 a 34 años (1,4 casos por 100.000 habitantes). En cuanto al género, 54 casos (69,4%) se han registrado en hombres y 26 (30,6%) en mujeres.

Por Áreas Sanitarias, la mayor incidencia se ha registrado en el Área 1 (2,7 casos por 100.000 habitantes), seguida por las Áreas 7 y 9 (2 casos por 100.000 habitantes en ambas). Han presentado tuberculosis pulmonar asociada o no a otra localización 53 casos (62,4%). De las localizaciones extrapulmonares la forma más frecuente han sido la tuberculosis miliar con 17 casos (32,1%), la linfática con 6 casos (11,3%), otras respiratorias 4 (7,5%) y 3 meníngeas (5,7%).

De las 70 tuberculosis pulmonares y miliares, en 23 (32,9%) se ha obtenido una baciloscopia de esputo positiva.

Del total de casos, en 63 (74,1%) se ha realizado diagnóstico de certeza con cultivo positivo.

En 70 pacientes (82,4%) consta la realización de una radiografía torácica, y en 50 de ellas (71,4%), ésta fue indicativa de tuberculosis.

El antecedente de contacto con un enfermo de tuberculosis figura en 5 casos (5,9%), siendo 2 de ellos contactos convivientes, 1 contacto laboral, 1 contacto frecuente no conviviente y 1 de otro tipo.

De los 85 casos infectados por el VIH, 70 (82,4%) eran enfermos iniciales de tuberculosis, 10 casos (11,8%) habían padecido tuberculosis con anterioridad y en los 5 restantes no se dispone de esta información.

Consta información sobre la realización de estudios de contactos en 40 casos (47,1%). El estudio se ha realizado en 28 casos y en 12 no se ha realizado. En el resto, esta información se desconoce.

3.4. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS

En el año 2010, del total de los 1001 casos de tuberculosis, 487 fueron personas nacidas fuera de España, lo que supone un 48,7% de los casos, un 12,7% menos que el año anterior. Su procedencia es fundamentalmente de América (41,7% de los casos) y dentro de éstos el 83,7% de América del Sur. Le sigue en frecuencia África (27,5%) y Europa (23,4%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son Rumanía (84 casos), Marruecos (64 casos), Perú (53 casos), Ecuador (48 casos) y Bolivia (35 casos) (Tabla 7).

La tasa de incidencia de tuberculosis en extranjeros ha sido de 38,40 casos por 100.000 habitantes teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid este año ha sido de 1.268.330 habitantes.

TABLA 7			
Distribución de los casos de tuberculosis en población extranjera según continente y país de origen más frecuente. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.			
CONTINENTE	PAÍS	Nº DE CASOS DE TB	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS
AMÉRICA		203	41,7
AMÉRICA DEL NORTE		3	0,6
AMÉRICA CENTRAL Y DEL CARIBE		30	6,2
	Rep. Dominicana	22	4,5
	Otros	8	1,6
AMÉRICA DEL SUR		170	34,9
	Perú	53	10,9
	Ecuador	48	9,9
	Bolivia	35	7,2
	Colombia	12	2,5
	Otros	22	4,5
ÁFRICA		134	27,5
MABREB		66	13,6
	Marruecos	64	13,1
RESTO DE AFRICA		68	14,0
	Guinea Ecuatorial	19	3,9
	Nigeria	17	3,5
	Senegal	10	2,1
	Otros	22	4,5
EUROPA		114	23,4
UNIÓN EUROPEA		109	22,4
	Rumanía	84	17,2
	Polonia	10	2,1
	Otros	15	3,1
RESTO EUROPA		5	1,0
ASIA		35	7,2
	China	10	2,1
	Filipinas	10	2,1
	Otros	15	3,1
TOTAL		487	100

*Países con 10 casos o más

En la Figura 5 se presenta la distribución de los casos por género y grupo de edad. Son varones 275 casos, el 56,5% del total. La edad mediana de los casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España es de 32 años, en un rango de 1 a 86 años. El rango intercuartílico está entre 26 y 40 años. El 37,6% de los casos pertenece al grupo de edad entre 25 y 34 años y en este grupo de edad los extranjeros suponen el 72,3% del total de casos de la

Comunidad de Madrid. Sin embargo, el grupo de edad donde los casos de tuberculosis en extranjeros suponen una mayor proporción respecto al total de casos es el de 15 a 24 años, con un 74,3% del total (Figura 6). En menores de 1 año no se han notificado casos en extranjeros y entre 1 y 4 años hubo 12 casos, lo que supone el 37,5% del total de casos para estos dos grupos de edad (0-4 años) en la Comunidad de Madrid. Entre los mayores de 74 años sólo el 7,8% son nacidos fuera de España.

FIGURA 5

Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros según género y grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

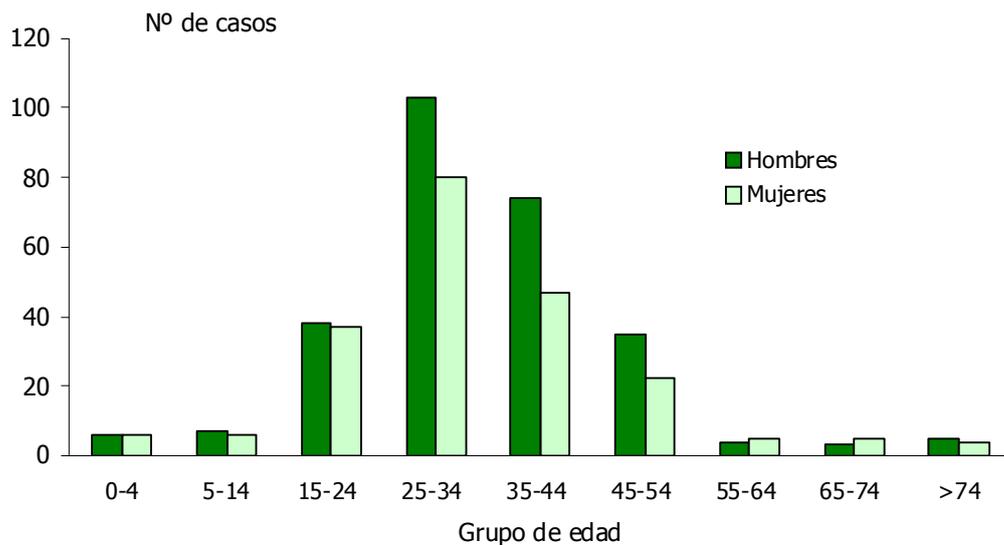
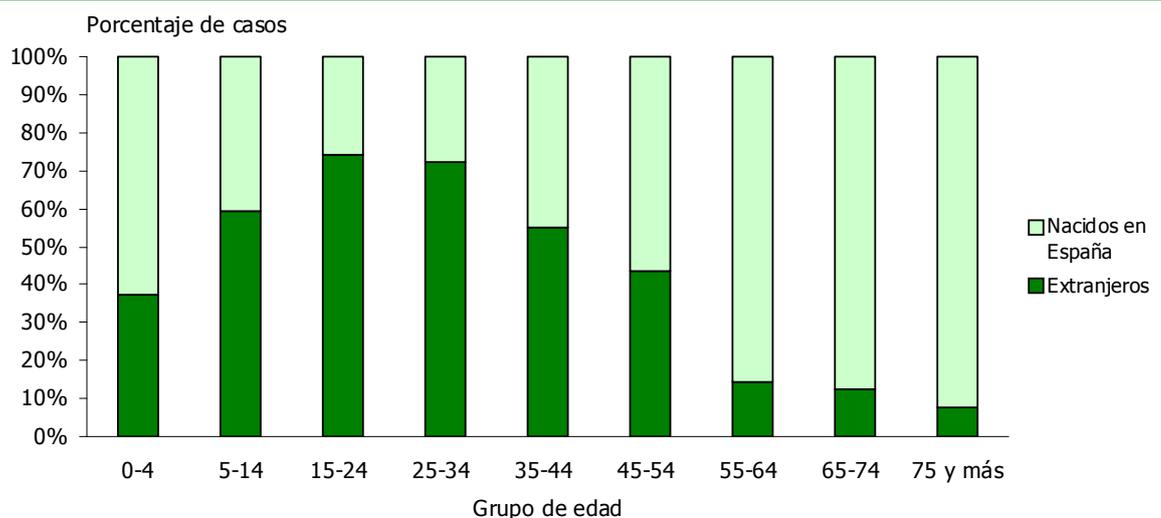


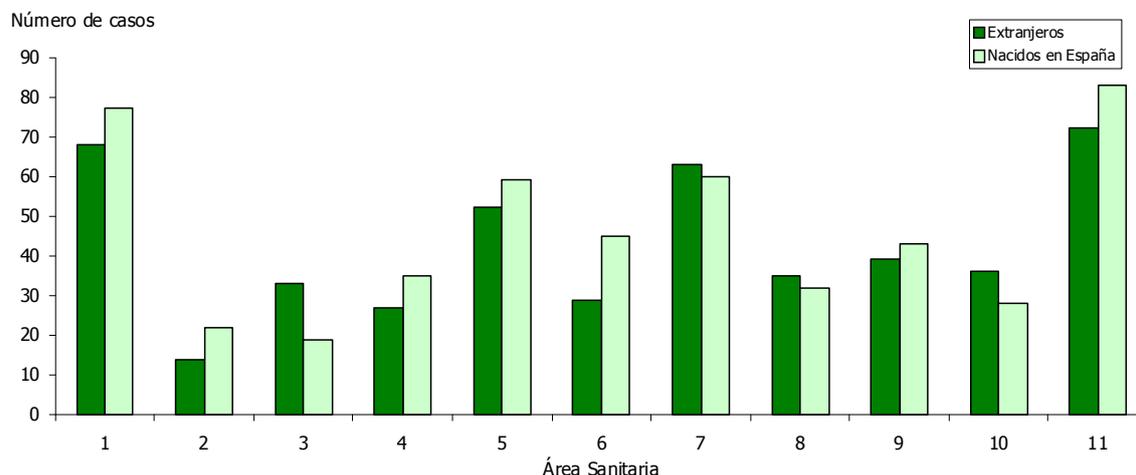
FIGURA 6

Tuberculosis según lugar de nacimiento por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.



La distribución de casos por Áreas Sanitarias (Figura 7), muestra que el Área 11 presenta el mayor número de enfermos de tuberculosis en extranjeros, con 72 casos, (sobre todo en el distrito Carabanchel, con 23 casos); seguida por el Área 1 con 68 casos (distrito Vallecas 36 casos) y el Área 7 con 63 casos (distrito Latina 24 casos).

FIGURA 7
Distribución de los casos de tuberculosis según lugar de origen por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.



En relación a la localización anatómica, 327 de los 487 casos (67,1%) presentaron tuberculosis pulmonar. Se registró un resultado positivo en la baciloscopia de esputo en 174 casos (58,8%). En 387 (79,5%) hubo un diagnóstico microbiológico de confirmación por cultivo positivo.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de tuberculosis en personas no nacidas en España, el más frecuente es el tabaquismo con 112 casos (23,0%), seguido por la infección por VIH-Sida con 43 casos (8,8%), el alcoholismo con 33 casos (6,8%) y las enfermedades inmunosupresoras con 32 casos (6,6%).

Eran enfermos iniciales en el momento del diagnóstico el 93,4% de los casos en que se conocía este dato (427).

En 82 casos existía el antecedente de contacto con otro caso de tuberculosis, siendo la forma más frecuente el contacto con un conviviente (48 casos, 58,5%), seguido de contacto frecuente no conviviente (11 casos, 13,4%), laboral o escolar (3 casos, 3,7%), contacto esporádico (3 casos, 3,7%) y contacto en institución cerrada (2 casos, 2,4%). Se desconoce el tipo de contacto en 15 casos (18,3%).

En cuanto al lugar de inicio del tratamiento, iniciaron el tratamiento en el hospital 435 casos (89,3%) y 369 (75,8%) requirieron ser hospitalizados. El lugar de seguimiento fue en el nivel hospitalario en 235 casos (48,3%), atención especializada extrahospitalaria en 41 casos (8,4%), y atención primaria más especializada en 33 casos (6,8%) Este dato es desconocido en 108 casos (22,2%).

La realización o no de estudio de contactos se conoce en 313 casos (64,2%). De estos, el estudio se efectuó en 256 casos. Se recogieron variables de seguimiento en 379 pacientes,

de los que 323 finalizaron el tratamiento. De éstos, 311 pacientes (96,3%) completaron el tratamiento, 8 (2,5%) murieron por otra causa incluida el Sida, 3 (0,9%) murieron por tuberculosis y a un paciente se retiró el tratamiento por orden facultativa. En 24 casos se consideró finalización del seguimiento por traslado a otra provincia y en 31 consta la pérdida del seguimiento. En el 19,5% de los extranjeros (95 casos) se tomaron medidas para la mejora del cumplimiento del tratamiento (TDO o supervisado) y en el 6,6% (32 casos) se registró alguna incidencia que impidió la finalización de éste (abandono, recaída, etc).

En la Tabla 8 se detallan las diferencias clínicas y epidemiológicas fundamentales entre españoles y extranjeros.

TABLA 8				
Características clínicas y epidemiológicas según lugar de origen. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.				
	POBLACIÓN AUTÓCTONA		POBLACIÓN EXTRANJERA	
	N	%	N	%
Grupo de edad (años)				
0-14	29	5,6	25	5,1
15-34	96	18,7	258	53,0
35-54	173	33,7	178	36,6
55-74	110	21,4	17	3,5
75 y más	106	20,6	9	1,8
Sexo				
Hombres	320	62,3	275	56,5
Mujeres	194	37,7	212	43,5
Localización				
Pulmonar	368	71,6	327	67,1
Otra respiratoria	33	6,4	42	8,6
Linfática	35	6,8	60	12,3
Miliar	20	3,9	27	5,5
Otras	61	11,9	34	7,0
Factores de riesgo				
VIH	42	8,2	43	8,8
Alcoholismo	66	12,8	33	6,8
Enfermedad inmunosupresora	56	10,9	32	6,6
Uso de drogas	22	4,3	14	2,9
Desfavorecidos socialmente	22	4,3	25	5,1
Nivel asistencial de prescripción de tto.				
Hospitalario	439	85,4	435	89,3
Especialista extrahospitalario	17	3,3	13	2,7
Atención Primaria	8	1,6	8	1,6
Otros	9	1,8	3	0,6
Estudio de contactos	327	63,6	313	64,3
Evolución conocida	393	76,5	323	66,3
Resistencia antibiótica	22	6,7	40	11,4
Retraso en tto	443	86,2	433	88,9
días				
p25	15	-	15	-
p50	39	-	40	-
p75	90	-	88	-
total	514	100	487	100

3.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 1.001 casos de tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2010 se dispuso de resultado de cultivo positivo en 785 (78,4%), de los cuales se obtuvieron resultados del estudio de sensibilidad ante los fármacos usados habitualmente como tratamiento de la enfermedad (isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomycin, pirazinamida y etionamida) en 680 de ellos (86,6%).

De los 680 casos con estudio de sensibilidad realizado, 62 (9,1%) fueron resistentes a uno o más fármacos de primera línea. Se ha observado resistencia a isoniacida en 40 casos (5,9%), a pirazinamida en 19 (2,8%), a rifampicina en 17 (2,5%), a estreptomycin en 15 casos (2,2%), a etionamida en 9 (1,3%) y a etambutol en 7 (1,0%).

El porcentaje de casos con resistencia a algún fármaco fue de 11,4% entre las personas nacidas fuera de España (40 casos resistentes de 352 con estudio de sensibilidad realizado) y de 6,7% entre las nacidas en España (22 de 328).

De los 680 casos con estudio de sensibilidad realizado, 14 (2,1%) fueron resistentes tanto a isoniacida como a rifampicina (multirresistentes). Este porcentaje fue de 2,8% para personas nacidas fuera de España (10 de 352) y de 1,2% para las nacidas en España (4 de 328).

Teniendo en cuenta el país de origen, el porcentaje de resistencias a algún fármaco fue de 35,7% (5 de 14) para los nacidos en Guinea Ecuatorial, de 14,6% (6 de 41) para los nacidos en Perú, de 13,6% (3 de 22) para los originarios de Bolivia, de 13,3% (6 de 45) para los nacidos en Marruecos, de 13,1% (8 de 61) para los originarios de Rumanía, de 10,5% para los nacidos en la República Dominicana (2 de 19) y de 5,7% (2 de 35) para los originarios de Ecuador. Hubo un caso de resistencia en cada uno de los siguientes países: Bulgaria, China, Cuba, Filipinas, Ghana, Pakistán, Polonia y Sierra Leona.

Los porcentajes de casos con resistencia al menos a isoniacida y rifampicina fueron de 14,3% (2 de 14) para los originarios de Guinea Ecuatorial, de 10% (1 de 10) para los nacidos en Filipinas, de 6,6% (4 de 61) para los originarios de Rumanía, de 4,9% (2 de 41) para los nacidos en Perú y de 2,2% (1 de 45) para los originarios de Marruecos.

En la Tabla 9 se presentan los casos resistentes a fármacos, según resultado del antibiograma, la resistencia a algún fármaco y la resistencia al menos a isoniacida y rifampicina, distribuidos por algunos grupos de interés.

TABLA 9

Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2010.

	CASOS CON RESULTADO CULTIVO POSITIVO	CASOS CON RESULTADO CONOCIDO DEL ANTILOGRAMA	CASOS Y PORCENTAJE DE RESISTENCIAS A UNO O MÁS FÁRMACOS	CASOS Y PORCENTAJE DE RESISTENCIAS AL MENOS A ISONIACIDA Y RIFAMPICINA
Todos los casos (n=1001)	785	680	62 (9,1%)	14 (2,1%)
VIH (+) (n=85)	63	52	6 (11,5%)	1 (1,9%)
Extranjeros (n=487)	387	352	40 (11,4%)	10 (2,8%)
Recaídas/abandonos/fracasos (n=33)	29	28	4 (14,3%)	2 (7,1%)

De los 680 pacientes con antibiograma conocido, 637 (93,7) no tenían antecedente previo de tratamiento por lo que se consideraron casos iniciales. La resistencia primaria a isoniacida se calculó entre los 612 casos iniciales que no habían presentado abandono, recaída o fracaso en el episodio actual y se observó en 32 casos (5,2%). Entre los nacidos en España este porcentaje fue de 3,3% (10 de 301) y fue de 6,1% (19 de 311) entre los nacidos fuera de España.

La resistencia primaria a únicamente isoniacida se registró en 16 casos de los 612 (2,6%). Entre los nacidos en España este porcentaje fue de 1,3% (4 de 301) y fue de 3,9% (12 de 311) entre los nacidos fuera de España.

3.6. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 2000 - 2010

En la última década se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La incidencia anual de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido un 37,2% desde el año 2000. La reducción media anual entre 2000 y 2010 ha sido del 3,4%. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de formas bacilíferas también han descendido desde 2000, un 34,5% y 46,9% respectivamente. (Figura 8).

En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva en los últimos años reduciéndose un 42,5% desde 2000. En mujeres esta disminución ha sido menos pronunciada, de un 27,9%. En todo el periodo de estudio, la incidencia ha sido siempre mayor en hombres que en mujeres. En el año 2010 la razón de incidencias ha sido de 1,6 (Figura 9).

FIGURA 8

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2000-2010.

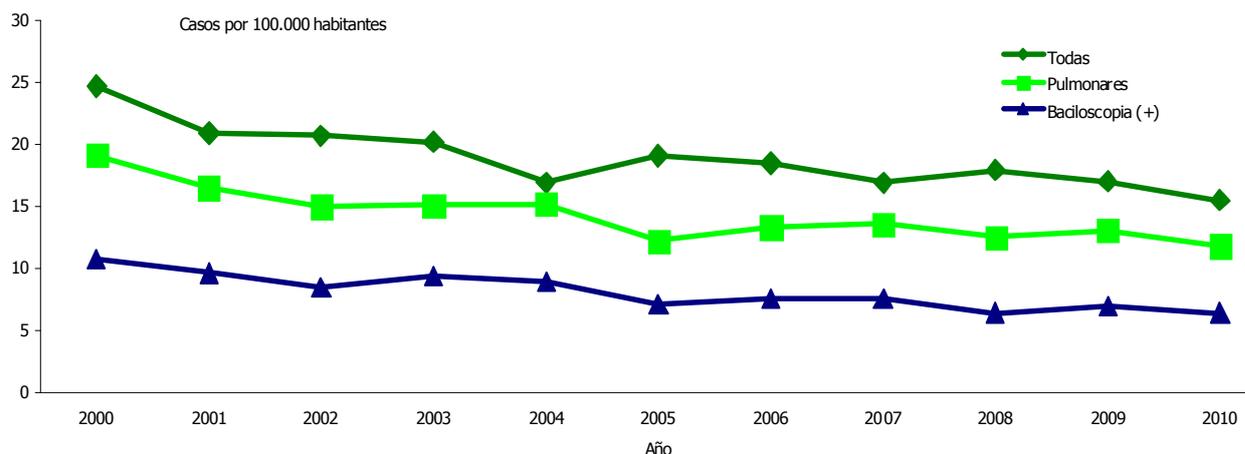
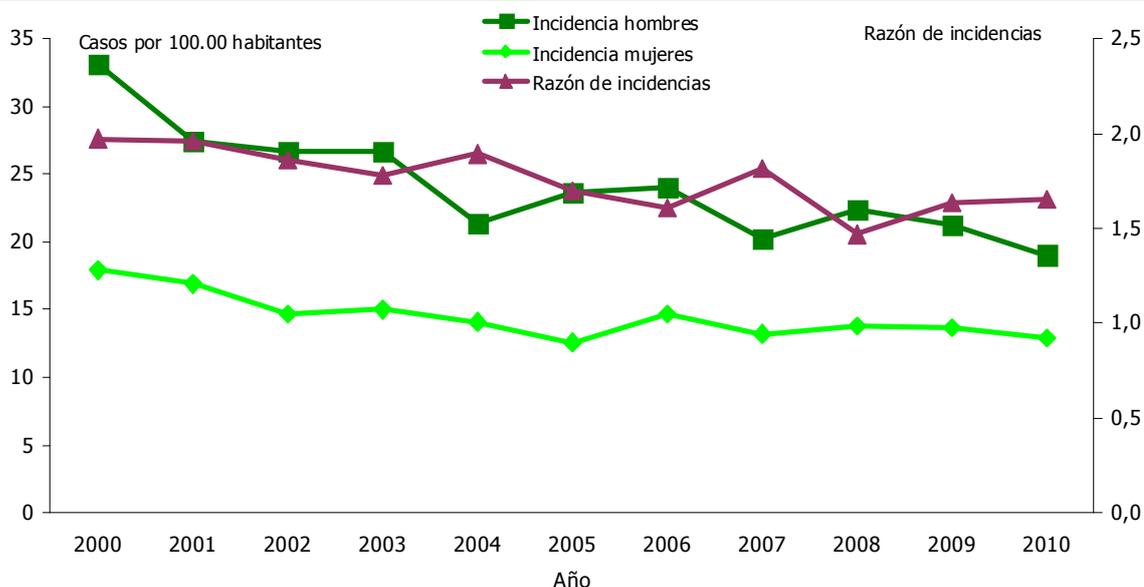


FIGURA 9

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por género. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2000-2010.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 10), desde 2000 se ha producido una disminución global de la incidencia en todos los grupos, salvo en el grupo de 15 a 24 años. Los mayores descensos globales se han producido en el grupo de 55 a 64 años, en el que la incidencia ha disminuido un 54% y en los grupos de 65 a 74 años y mayores de 74, con un descenso del 48% y 45% respectivamente.

TABLA 10

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0-4	15,0	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8	12,4	11,3	8,8
5-14	4,4	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7	5,9	4,8	3,6
15-24	14,7	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0	22,2	19,2	15,1
25-34	32,4	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3	25,4	24,1	22,4
35-44	34,1	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3	21,6	19,9	19,1
45-54	20,1	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0	13,9	17,4	14,6
55-64	19,9	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7	12,0	12,1	9,2
65-74	26,3	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0	16,5	12,3	13,7
75 y más	43,9	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4	20,7	20,1	24,3
Todas	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5

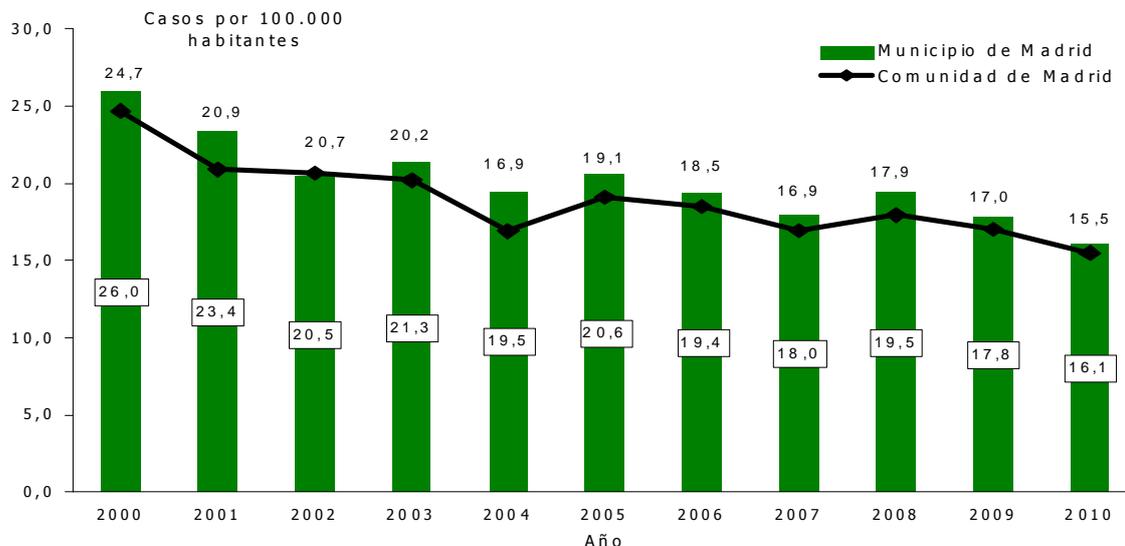
La evolución de la incidencia según Áreas y Distritos Sanitarios se presenta en la Tabla 11.

En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad. (Figura 10).

TABLA 11												
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de Comunidad de Madrid. Período 2000-2010.												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Área - Distrito Sanitario												
ÁREA 1	Sur-Este	22,5	22,4	21,6	24,1	19,2	23,3	19,6	18,9	17,9	17,6	18,0
1.1	Arganda	11,8	20,6	5,6	10,4	11,9	12,5	13,7	7,7	10,7	10,3	12,8
1.2	Moratalaz	20,4	24,5	22,4	17,6	17,4	22,9	13,5	24,2	11,0	9,3	15,6
1.3	Retiro	18,3	10,7	12,9	18,3	13,6	20,7	9,7	9,8	7,3	14,6	7,0
1.4	Vallecas	28,4	26,9	29,8	35,3	25,7	29,0	30,0	25,3	29,6	27,2	23,3
ÁREA 2	Centro_Norte	15,2	15,0	14,3	14,9	10,5	14,0	11,1	10,6	11,0	8,7	7,8
2.1	Coslada	16,8	10,8	17,6	16,9	10,0	13,8	13,0	8,8	14,6	10,3	10,8
2.2	Salamanca	12,0	23,7	14,4	14,2	14,8	12,6	7,4	13,9	8,9	10,2	5,4
2.3	Chamartín	16,3	10,5	10,8	13,4	6,4	15,6	12,9	8,5	9,0	5,5	6,9
ÁREA 3	Este	21,1	19,6	20,9	19,6	16,4	17,9	16,9	20,0	13,5	9,0	14,2
3.1	Alcalá de Hen	19,4	17,3	17,1	18,5	15,2	17,7	12,6	17,3	14,6	8,5	10,5
3.2	Torrejón de A	24,8	24,5	28,7	21,9	18,7	17,4	25,0	25,6	11,2	10,2	22,0
ÁREA 4	Noreste	21,9	21,1	15,9	15,3	16,5	15,7	12,2	13,4	13,5	14,0	10,2
4.1	Ciudad Lineal	22,9	20,4	19,0	12,6	17,5	18,3	10,2	15,3	16,3	16,2	14,0
4.2	San Blas	26,0	23,5	17,6	17,7	17,3	16,2	14,8	17,3	11,6	16,6	7,6
4.3	Hortaleza	17,8	19,1	10,3	16,3	14,7	12,3	12,6	8,4	11,8	9,7	8,2
ÁREA 5	Norte	15,5	9,9	8,7	11,4	8,6	12,4	11,3	10,8	14,4	13,3	13,5
5.1	Alcobendas	10,0	8,2	9,8	7,0	6,0	9,1	7,4	10,4	11,5	16,9	12,4
5.2	Colmenar Vie	20,9	4,2	6,2	4,9	7,6	6,5	13,4	5,3	16,2	10,9	19,0
5.3	Tetuán	12,6	22,6	11,2	20,4	11,6	14,0	17,6	19,5	21,5	19,9	17,8
5.4	Fuencarral	21,1	5,4	6,8	6,7	10,2	10,7	8,7	8,1	12,3	4,9	9,2
ÁREA 6	Oeste	25,0	15,2	16,7	13,4	11,7	10,6	9,0	7,5	10,8	13,5	10,5
6.1	Majadahonda	20,7	13,2	13,8	10,6	9,4	11,7	6,1	7,6	9,8	9,3	7,0
6.2	Collado Villal	28,1	18,5	20,1	14,3	14,7	10,9	11,1	9,1	13,3	16,0	13,1
6.3	Mondoa	27,5	13,8	17,1	18,2	11,2	7,6	12,0	4,3	8,5	20,3	15,2
ÁREA 7	Centro-Oeste	34,8	29,5	33,6	26,8	22,8	24,9	26,4	20,5	25,1	22,2	22,5
7.1	Centro	65,7	40,7	53,9	38,0	28,9	29,6	42,0	34,0	33,1	32,0	28,3
7.2	Chamberí	25,1	27,1	24,7	17,0	17,2	21,0	14,1	14,5	19,7	16,3	21,8
7.3	Latina	25,4	25,3	28,0	26,5	22,4	23,4	24,5	16,6	23,4	19,9	19,7
ÁREA 8	Sur-Oeste I	13,8	18,5	15,3	19,1	11,9	10,6	19,8	19,0	18,0	20,3	13,4
8.1	Móstoles	11,1	20,3	11,3	19,7	17,2	5,6	17,6	14,9	17,9	21,3	14,4
8.2	Alcorcón	11,9	15,0	18,0	16,2	7,7	9,8	21,9	24,6	17,3	18,4	13,7
8.3	Navalcarnero	3,5	19,4	11,1	17,0	6,2	9,3	20,2	18,5	19,8	21,1	10,7
ÁREA 9	Sur Oeste II	23,9	19,7	21,5	19,2	9,0	19,2	18,7	21,1	19,9	25,1	20,0
9.1	Leganés	23,8	19,0	24,7	17,0	6,7	16,0	22,5	19,7	14,1	28,5	20,3
9.2	Fuenlabrada	24,1	20,4	18,6	18,2	11,0	22,0	14,5	22,3	24,9	22,2	19,8
ÁREA 10	Sur I	16,1	18,1	17,9	16,7	13,6	15,7	19,1	17,3	17,9	18,8	17,4
10.1	Parla	17,9	15,4	20,6	24,7	14,4	12,3	23,4	20,1	21,4	17,7	16,7
10.2	Getafe	14,0	19,8	14,9	9,0	12,8	17,8	13,4	14,4	14,0	18,0	18,3
ÁREA 11	Sur II	28,0	26,5	23,6	25,6	27,5	24,5	25,5	22,2	25,6	20,6	17,6
11.1	Aranjuez	19,9	14,7	21,4	21,7	22,3	13,1	16,4	12,2	15,6	8,5	11,6
11.2	Arganzuela	27,9	23,3	20,6	30,2	23,8	19,8	17,3	13,6	14,5	16,9	13,6
11.3	Villaverde	30,8	27,6	21,8	27,8	26,23	35,1	32,9	23,0	32,0	28,3	24,2
11.4	Carabanchel	29,8	31,7	28,5	20,2	28,71	26,4	28,8	30,0	28,6	25,4	19,9
11.5	Usera	27,3	30,0	18,4	30,9	35,52	26,6	30,3	28,5	37,6	22,8	18,4
Total		24,8	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5

FIGURA 10

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis en el Municipio y la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2000-2010.



Desde 2000 a 2010 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH-Sida ha disminuido, pasando del 14,8% del total de casos a un 8,5% y de forma paralela también se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas, pasando del 7,7% al 3,6%. El porcentaje de casos con alcoholismo se mantiene estable (9,4 y 9,9%) en el mismo período. En los tres últimos años la tendencia para estos tres factores de riesgo ha dejado de descender y se ha estabilizado. (Figura 11).

En la última década, la proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España ha experimentado un importantísimo ascenso, pasando del 15,6% en 2000 al 48,7% en 2010. (Figura 12).

FIGURA 11

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y alcoholismo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2000-2010.

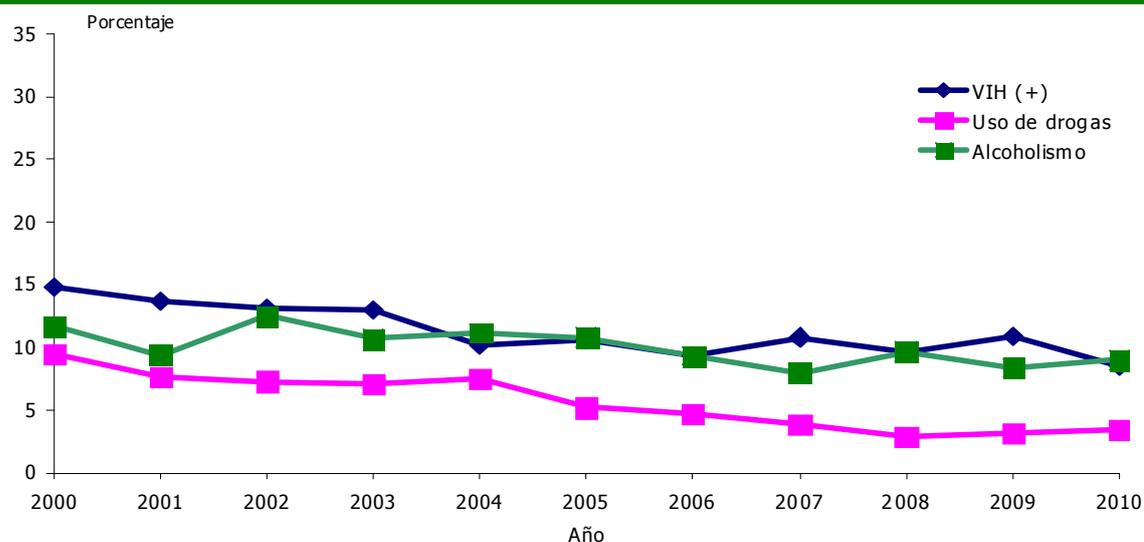
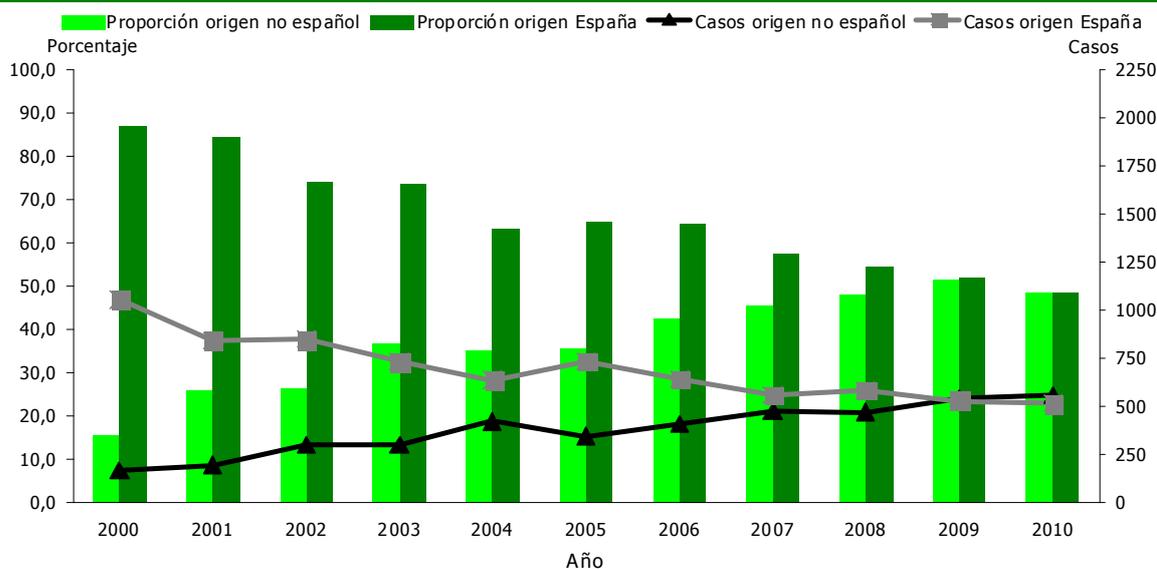


FIGURA 12

Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2000-2010.



4.- DISCUSIÓN

La tasa de incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid en 2010 ha disminuido un 8,8% respecto a 2009, pasando de 17,0 a 15,5 casos por 100.000 habitantes^{1,2}. La incidencia de tuberculosis pulmonar también ha disminuido (de 11,8 en 2009 a 10,8 en 2010). Para el mismo año, la tasa de incidencia en España también ha sido de 15,4 casos por 100.000 habitantes. Por comunidades autónomas³, superaron la tasa de la Comunidad de Madrid las comunidades de Galicia (28,6), Melilla (28,5), Cantabria (20,9), Aragón (19,8), Cataluña (19,4), País Vasco (18,3), La Rioja (17,5) y Castilla y León (16,9).

Si se compara la incidencia en el municipio de Madrid respecto a otras ciudades españolas como Barcelona, la incidencia registrada en la ciudad de Madrid, 16,1 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes, es inferior a la de Barcelona, con una tasa de 25,9 casos por 100.000 habitantes en el mismo años⁴.

La incidencia en la Región Europea de la OMS en el último informe publicado⁵ (correspondiente a 2009) muestra grandes diferencias entre países, presentando las tasas más elevadas los países de Europa del Este (Rumania 108,2, Lituania 62,1) y las más bajas los países del norte de Europa (Alemania 5,4, Dinamarca 6,0). La tasa media de los 27 países de la Unión Europea fue de 15,8 casos por 100.000 habitantes y también se está produciendo un descenso sostenido de la incidencia en el último quinquenio (3,8% de descenso anual).

Los adultos jóvenes concentran las tasas de incidencia más elevadas en la Comunidad de Madrid, aunque en 2010 los mayores de 74 años han presentado la mayor tasa (24,3 casos por 100.000 habitantes). Salvo esta circunstancia, el perfil por edades es bastante similar al presentado el año anterior. La tuberculosis en edad pediátrica en 2010 ha decrecido, pasando de una tasa de incidencia de 7,2 en 2009 a 5,5 en 2010.

Los factores de riesgo asociados a la tuberculosis se observan con un orden y una frecuencia similar a la de años anteriores, siendo el tabaquismo (29,6%) y el alcoholismo

(9,9%) los más destacados. La coinfección por VIH/Sida ha disminuido, pasando de 10,9% en 2009 a 8,5% en 2010, cifra similar a la registrada en el conjunto del territorio del estado español, 9%.

Los cambios demográficos registrados en toda España en los últimos años, y en particular en la Comunidad de Madrid, con una llegada masiva de inmigrantes, ha modificado el patrón epidemiológico de la enfermedad, especialmente en las grandes ciudades. Además, la mayoría de los extranjeros proceden de países con incidencias de tuberculosis mucho más elevadas que las de los países de destino. Este cambio demográfico ha condicionado que los casos de tuberculosis en población extranjera sean casi la mitad de los casos de la Comunidad de Madrid, el 48,7% en 2010, similar al 49,8% de Cataluña y superior al 32,1% de España para el mismo año³. La tasa de incidencia en personas nacidas fuera de España es de 38,4 casos en la Comunidad de Madrid, muy superior a la tasa de 9,9 que se observa en la población autóctona.

En el patrón de resistencias a fármacos de primera línea también se observan diferencias entre la población autóctona y la extranjera. En 2010 el porcentaje de casos con resistencia a algún fármaco ha sido de 11,4% entre extranjeros y de 6,7% entre españoles. Teniendo en cuenta el país de origen, el porcentaje más elevado de resistencias a algún fármaco ha sido para los nacidos en Guinea Ecuatorial (35,7%), Perú (14,6%), Bolivia (13,6%), Marruecos (13,3) y Rumanía (13,1%). También el porcentaje de multirresistentes fue superior para el global de extranjeros (2,8%) que para los nacidos en España (1,2%). Los porcentajes más altos de casos multirresistentes correspondieron a Guinea Ecuatorial (14,3%), Filipinas (10,0%), Rumanía (6,6%), Perú (4,9%) y Marruecos (2,2%).

La mejora en la notificación de los casos es uno de los objetivos de los responsables de la Vigilancia Epidemiológica, que debe de compartirse con el resto de profesionales sanitarios para lograr una mejora de la declaración y en consecuencia de la información. Las declaraciones de los médicos son una fuente básica de detección de casos para el Registro. Sin embargo todavía hay un margen de mejora en la notificación de los casos y en la recogida de información en algunas de las variables básicas.

El porcentaje de casos con información respecto a la evolución y seguimiento del tratamiento, 71,5% en 2010, ha mejorado discretamente respecto al año anterior, pero todavía presenta un amplio margen de mejora. Esta mejora es necesaria para alcanzar uno de los objetivos del Registro, la estimación fiable de la prevalencia. La información respecto a los estudios de contactos también es mejorable, ya que sólo se ha registrado en el 63,9% de los casos. Las variables de evolución y las relacionadas con los estudios de contactos, son fundamentales para realizar el seguimiento de las intervenciones encaminadas al control de la enfermedad, y son de difícil acceso sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

5.- CONCLUSIONES

- 1.- En la Comunidad de Madrid la incidencia de tuberculosis en los últimos años presenta una ligera tendencia decreciente, habiendo disminuido un 8,8% en 2010 respecto al año anterior. La tasa de incidencia anual para 2010 ha sido de 15,50 casos por 100.000 habitantes.
- 2.- Por edades, los mayores de 74 años presentan la mayor tasa de incidencia de tuberculosis, (24,3 casos por 100.000 habitantes), seguido por los adultos jóvenes (grupo de edad de 25 a 34 años, 22,4 casos por 100.000 habitantes y grupo de 35 a 44

años, 19,1 casos por 100.000 habitantes). En los grupos de edad de 15 a 24 años y de 25 y 34 años, el porcentaje de personas nacidas fuera de España suponen el 74,3% y el 72,3% del total de los casos, respectivamente.

- 3.- El 48,7% de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España y su procedencia es fundamentalmente de América del Sur. La incidencia de tuberculosis en esta población es de 38,40 casos por 100.000 habitantes.
- 4.- Es necesario reforzar los mecanismos de coordinación entre la Red de Vigilancia Epidemiológica y los responsables de la atención médica de los enfermos, ya que existen variables de gran interés, como son los datos de seguimiento o los datos del estudio de contactos, que tienen un amplio margen de mejora y son especialmente difíciles de obtener sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.
- 5.- El Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid ha funcionado durante 2010 de forma adecuada.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas. <http://infomadrid.icm.es/iestadis/fijas/otros/estructu.htm#Demograficos>
2. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Informe del año 2008. Vol 15, nº 12, dic 2009.
3. Informe sobre la situación de la tuberculosis. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. España 2010. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
4. Situación epidemiológica y tendencia de la endemia tuberculosa en Cataluña. Informe año 2010. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir2621/infopreli2010.pdf>
5. Tuberculosis surveillance in Europe, 2009. European Centre for Disease Prevention and Control. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf

***AGRADECIMIENTOS:** Queremos agradecer su colaboración a todos los notificadores ya que sin ella no sería posible disponer de esta información epidemiológica*

7.- ANEXOS

- Orden 130/2001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis.
- Protocolo de notificación de casos de tuberculosis.
- Ficha de contactos.

Orden 130/2001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis

1309 ORDEN 13012001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

La Comunidad de Madrid, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27.4 de su Estatuto de Autonomía, tiene atribuida, en el marco de la legislación básica del Estado, el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene.

Mediante Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, le fueron transferidas a la Comunidad de Madrid las funciones relativas al estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden, positiva y negativamente, en la salud humana.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableciendo en su artículo 2, que uno de los sistemas de información que integran dicha Red, es el Registro de Tuberculosis; creándose, a raíz de ello, mediante el Decreto 133/1997, de 16 de octubre, el fichero automatizado de datos de carácter personal, "Registro de Tuberculosis". Asimismo, la Orden 911997, de 15 de enero, regula como enfermedad de declaración obligatoria, la tuberculosis, en sus distintas variantes de presentación clínica.

Por otro lado, mediante la Orden 145/1995, de 8 de febrero, se creó la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid renovada y actualizada mediante Orden 13012000, de 30 de marzo- entre cuyas funciones se encuentra la promoción, coordinación y supervisión del desarrollo y funcionamiento de dicho Programa. Además, mediante Resolución 17312000, de 2 de octubre, de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, se creó la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica de; Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, una de cuyas funciones es la de asesoría al Registro Regional de Casos de Tuberculosis.

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis, que en el marco de dicho Programa constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, ha venido experimentando, desde su implantación en el año 1994, un creciente desarrollo como consecuencia de la gestión descentralizada de las notificaciones y búsqueda activa de casos a través de los Servicios de Salud Pública de Área, así como la cada vez más eficiente interacción de la Salud Pública con las Redes Asistenciales.

En consecuencia, se hace necesaria una regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, desarrollando a tales efectos el mencionado Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera de; citado Decreto 18411996, y en el artículo 41.d) de la Ley 111983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid,

DISPONGO

Artículo Primero

Objeto

La presente Orden tiene por objeto la regulación, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, del Registro Regional de Casos de Tuberculosis (en adelante Registro de Tuberculosis) como sistema específico para la vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo Segundo

Fines del Registro

La vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se hará a través del Registro de Tuberculosis, cuya principal finalidad es conocer las características de la enfermedad, su incidencia, prevalencia y evolución; así como contribuir a evaluar las intervenciones del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Artículo Tercero

Dependencia Orgánica

El Registro de Tuberculosis dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo Cuarto

De la gestión

El Registro de Tuberculosis será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, como responsable de la vigilancia epidemiológica de nivel regional, el cual será a su vez asistido y asesorado por la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

En el ámbito de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, serán los correspondientes Servicios de Salud Pública de Área los responsables de la vigilancia epidemiológica de primer nivel de los casos de tuberculosis y la transmisión de la información al referido Registro.

Artículo Quinto

De la notificación del caso de enfermedad tuberculosa

1. Están obligados a la notificación de los casos de enfermedad tuberculosa: Los médicos generales y especialistas, conforme a lo previsto en el artículo 4.2 de la Orden 9/1997, de 15 de enero; los Laboratorios de Microbiología que realicen baciloscopia y/o

cultivo y/o tipado de micobacterias, Servicios de Anatomía Patológica y Servicios de Medicina Preventiva.

2. Constituyen fuentes complementarias de información para el Registro de Tuberculosis, entre otras, las siguientes:
 - a) El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, a través de los Servicios de Admisión.
 - b) Servicios de Farmacia Hospitalaria.
 - c) El Registro Regional de SIDA/VIH.
 - d) Sistemas de Información de Sanidad Penitenciaria.
 - e) Sistemas de Información de Sanidad Militar.
 - f) Los Servicios de Prevención de Empresas (Salud Laboral).
 - g) Sistema de Información de la Dirección General de Salud Pública sobre los servicios efectuados por las Empresas Funerarias de la Comunidad de Madrid.

3. Además de su carácter obligatorio, la notificación se realizará con carácter urgente en aquellos casos de enfermedad tuberculosa que cursen con baciloscopia de esputo positiva.

4. La notificación o, en su caso, declaración, de los casos de enfermedad tuberculosa, se ajustará al protocolo de notificación que se establezca por la Dirección General de Salud Pública, que deberá contener, al menos, la información que se indica en el Anexo a esta Orden.

5. La notificación a que se ha hecho referencia en los apartados precedentes, deberá enviarse a los Servicios de Salud Pública del Área correspondiente, o en su defecto al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

6. Asimismo están obligados a facilitar la búsqueda activa de casos, todos los responsables de las fuentes de información indicadas en el apartado 2 de este artículo, y en especial los Directores de los Centros Sanitarios implicados.

Artículo Sexto

De la notificación del seguimiento del caso de enfermedad tuberculosa

Por parte del médico responsable del seguimiento evolutivo y de la adhesión al tratamiento del caso de enfermedad tuberculosa, se notificará a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área, las informaciones más relevantes, tales como: Finalización de; tratamiento y causas que la han motivado; aparición de resistencias antibióticas; derivación, pérdida de; caso y cualquier otra información que, a juicio del médico, sea importante desde el punto de vista de salud pública.

Artículo Séptimo

De la realización de los estudios de contactos y su notificación

1. El médico responsable del caso de enfermedad tuberculoso está obligado a que se realice el correspondiente estudio de contactos, así como de su notificación a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área.
2. En el supuesto de que el caso índice se refiera a un colectivo (colegio, empresa, residencia de ancianos, etcétera), el médico responsable coordinará previamente su actuación con la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública de Área.

Artículo Octavo

De la difusión de la información

1. La información generada a partir de los datos del Registro Regional de Tuberculosis, será publicada en el "Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid", y asimismo será difundida a través de los Informes de los Servicios de Salud Pública de las Áreas cuando los casos en cuestión se refieran a cada una de dichas Áreas sin perjuicio de cualquier otro medio de difusión que proceda.
2. Dicha información se basará, en todo caso, en la consideración conjunta de datos disociados, preservándose absolutamente el deber de confidencialidad a que se alude en el artículo siguiente

Artículo Noveno

De la confidencialidad de los datos

La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Tuberculosis", creado mediante Decreto 133/1997, de 16 de octubre, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 1511999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 1211995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo Décimo

Régimen Sancionador

El incumplimiento de lo establecido en esta orden, constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta a la Dirección General de Salud Pública para dictar cuantas Resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dada en Madrid, a 29 de marzo de 2001

El Consejero de Sanidad
JOSÉ IGNACIO ECHANIZ

ANEXO

Epígrafes que obligatoriamente habrán de figurar en el protocolo de notificación de tuberculosis.

- Datos de la notificación.
- Fuentes de información.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos sobre el diagnóstico de la enfermedad.
- Datos de laboratorio.
- Situaciones de riesgo asociadas.
- Situación previa al inicio del tratamiento del episodio de entrada al Registro.
- Evolución dentro del episodio que ha motivado la entrada al Registro.
- Salida del Registro.
- Estudio de contactos.



Servicio Madrileño de Salud
Subdirección General de Promoción
de la Salud y Prevención



Comunidad de Madrid

PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS

DATOS DEL NOTIFICADOR:

Área de notificación: Fecha:
Notificador:
Centro notificador: Servicio: Teléfono:

DATOS DEL ENFERMO:

Nombre y apellidos:
Fecha nacimiento: Edad: Sexo: Hombre Mujer
Domicilio: Municipio: Provincia: CP:
Área: Distrito: Teléfono: Tarjeta Sanitaria:
País de origen (en extranjeros): Fecha llegada:
Ocupación: Centro de trabajo o colectivo:
Domicilio del trabajo o del colectivo: Área del colectivo:
Fecha de inicio de síntomas: Fecha de inicio tratamiento:
Asociado a otro caso: Derivado:

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD:

Se instauró el tratamiento en: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
Hospitalización: Sí No Centro hospitalario N.º Historia
Lugar de seguimiento: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
Mantoux: En mm Positivo Negativo Desconocido
Radiología tórax: Indicativa de TB No indicativa de TB No realizada ADA: Indicativo de TB No indicativo de TB
TAC: Indicativo de TB No indicativo de TB Otras pruebas diagnósticas (especificar)

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS:

Tabaquismo	Sí No	Chabolismo	Sí No
Anticuerpos anti-VIH	(+) (-) Desconocido	Indigencia	Sí No
Alcoholismo	Sí No	Estancia en penitenciaría en los 2 últimos años	Sí No
Usuario de drogas por vía parenteral	Sí, actualmente o en últimos 2 años Ex-UDVP desde hace 2 años No	Centro	.....
Gastrectomía	Sí No	Pertenece a uno de los siguientes colectivos:	
Inmunosupresión	Sí No	• Centro escolar	Sí No
Diabetes	Sí No	• Residencia	Sí No
Silicosis	Sí No	• Comunidad terapéutica	Sí No
Neoplasia	Sí No	• Albergue	Sí No
Otros (especificar)	.....	• Prisión	Sí No
		• Otros (especificar)	Sí No

Caso inicial: Sí No
Contacto con enfermo TB: Sí No N.º de años desde el contacto
Forma de contacto: Conviviente
Frecuente no conviviente
Laboral
Esporádicos
Otros (especificar):

Microepidemia Sí No

Localización 1:

Pulmonar
Otra respiratoria
Meningea o SNC
Intestinal
Osteoarticular
Genitourinaria
Otros órganos
Miliar
Linfática

Localización 2:

Pulmonar
Otra respiratoria
Meningea o SNC
Intestinal
Osteoarticular
Genitourinaria
Otros órganos
Miliar
Linfática

Localización 3:

Pulmonar
Otra respiratoria
Meningea o SNC
Intestinal
Osteoarticular
Genitourinaria
Otros órganos
Miliar
Linfática

DATOS DE LABORATORIO:

1.ª Muestra: Espudo
Microscopía: (+) (-) Pendiente Fecha
Cultivo: (+) (-) Pendiente

2.ª Muestra: (*) (especificar si es necesario): Fecha
Histopatología: (+) (-) Pendiente
Microscopía: (+) (-) Pendiente
Cultivo: (+) (-) Pendiente

3.ª Muestra: (*) (especificar si es necesario): Fecha
Histopatología: (+) (-) Pendiente
Microscopía: (+) (-) Pendiente
Cultivo: (+) (-) Pendiente

Estudio genético cepa Sí Especificar

Tipo de Micobacteria:

- M. Tuberculosis
- M. Bovis
- M. Africanum
Estudio de Resistencias:
- No resistente
- Resistente a:
Isoniacida
Rifampicina
Etambutol
Estreptomina
Etionamida
Pirazinamida
Otros

Muestra:

1. Orina
2. Líquido pleural
3. Aspirado gástrico
4. LCR
5. Hemocultivo
6. Broncoaspirado (BAS)
7. Líquido articular
8. Líquido peritoneal
9. Otra no biopsia (especificar)
10. Biopsia pleural pulmonar
11. Biopsia osteoarticular
12. Biopsia adenopatías (incluyendo PAAF de ganglio)
13. Biopsia renal
14. Biopsia médula ósea
15. Otra biopsia (especificar)

DATOS DE SEGUIMIENTO:

Resumen evolutivo: Abandono tratamiento Recaída Enfermo crónico Fracaso terapéutico
Reinicio tratamiento Fecha
Motivo fin de seguimiento:
Fin de tratamiento: Completado tratamiento Éxito por TB Éxito por otra causa Otros
Pérdida:
Traslado a otra provincia:
Fecha fin de seguimiento:
Se ha instaurado tratamiento supervisado: Sí No Centro Sanitario:

ESTUDIO DE CONTACTOS:

Realizado:	Sí No	Convivientes	No convivientes	Colectivo	Sí No
		Convivientes	No convivientes	Colectivo	Número de convivientes con el caso
Número de contactos estudiados	.....	.....	.....	.....	.....
No enfermo/no infectado	.....	.....	.....	.....	.....
Mantoux (+)	.....	.....	.....	.....	.....
Enfermos	.....	.....	.....	.....	.....

OBSERVACIONES:

ENVIAR AL DIAGNÓSTICO



**PROGRAMA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:
FICHA DE CONTACTOS**



DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO ÍNDICE:

Nombre y apellidos Fecha de nacimiento/...../..... Edad Sexo: varón mujer
 Domicilio Municipio Provincia Área
 Características: Pulmonar BK(+) Pulmonar BK(-) Extrapulmonar N.º total de convivientes: Resistente a
NOTIFICADOR: Nombre y apellidos Fecha/...../..... Centro de trabajo

NOMBRE:	.....	.....	.....	.....	.....
PRIMER APELLIDO:	.....	.....	.....	.....	.....
SEGUNDO APELLIDO:	.....	.....	.....	.....	.....
DOMICILIO (sólo si es de otra área):	.....	.....	.....	.....	.....
F. NACIMIENTO	..... años	..... años	..... años	..... años	..... años
Edad: años				
Sexo:	Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>				
TIPO DE CONTACTO:					
1 Conviviente 2 Frecuente no conviviente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3 Laboral 4 Otro					
VACUNADO CON B.C.G.:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
LECTURA MANTOUX en mm:					
1.º Mantoux	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....
2.º Mantoux	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha ...../...../.....	..... mm Fecha/...../.....
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX INDICATIVA DE T.B.C.:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
JUICIO CLÍNICO:	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>
SE LE HA INDICADO QP:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>
DURACIÓN INDICADA PARA LA QP:	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
SEGUIMIENTO CORRECTO DE LA QP:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:	.....	.....	.....	.....	.....
OBSERVACIONES:	.....	.....	.....	.....	.....

TBC: tuberculosis QP: quimioprofilaxis BK: baciloscopia