

**INFORME SOBRE TUBERCULOSIS.  
ARAGÓN 2014.**

**Día Mundial de la tuberculosis 2015: 24 de marzo.**

<http://www.who.int/campaigns/tb-day/2015/event/es/>

**“Cambiemos de marcha para acabar con la tuberculosis”**

## ÍNDICE

<i>Incidencia de la TB.....</i>	<i>1</i>
<i>Distribución geográfica en Aragón.....</i>	<i>6</i>
<i>Tipos de TB.....</i>	<i>8</i>
<i>Edad y sexo.....</i>	<i>8</i>
<i>TB en población autóctona y con origen en otro país.....</i>	<i>10</i>
<i>Fallecimientos.....</i>	<i>11</i>
<i>Pruebas microbiológicas. Baciloscopia.....</i>	<i>11</i>
<i>Infección VIH.....</i>	<i>11</i>
<i>Resistencias a fármacos.....</i>	<i>12</i>
<i>Brotos y agrupamientos de casos.....</i>	<i>12</i>
<i>Resumen final de características de la TB en nuestro medio.....</i>	<i>13</i>
<i>Medidas de salud pública que se realizan con motivo de la detección de un caso.....</i>	<i>14</i>

## TUBERCULOSIS (TB) EN ARAGÓN Y ESPAÑA.

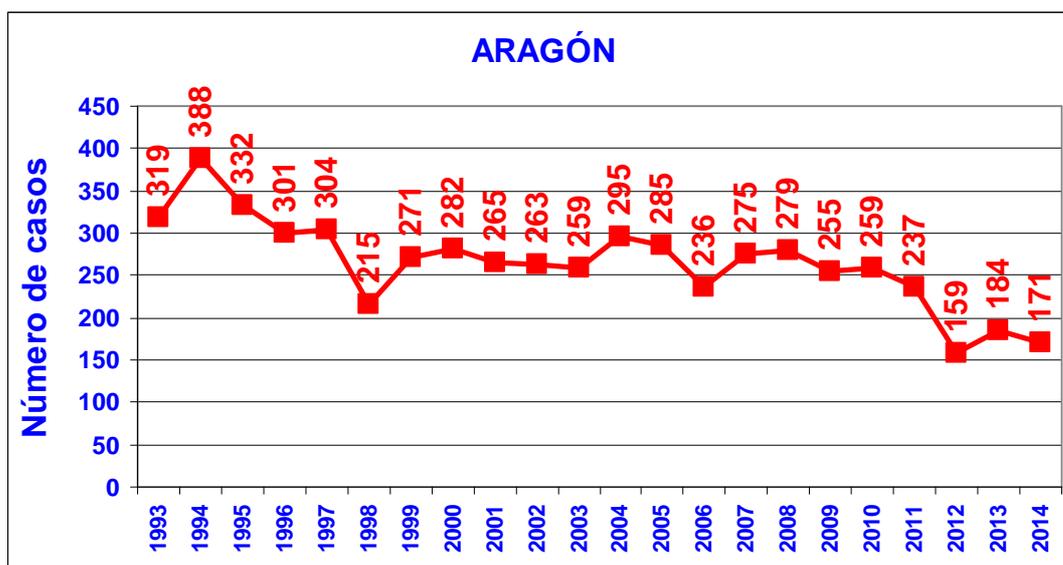
Las características de la enfermedad son muy similares en España y en Aragón.

### **Incidencia de la TB.**

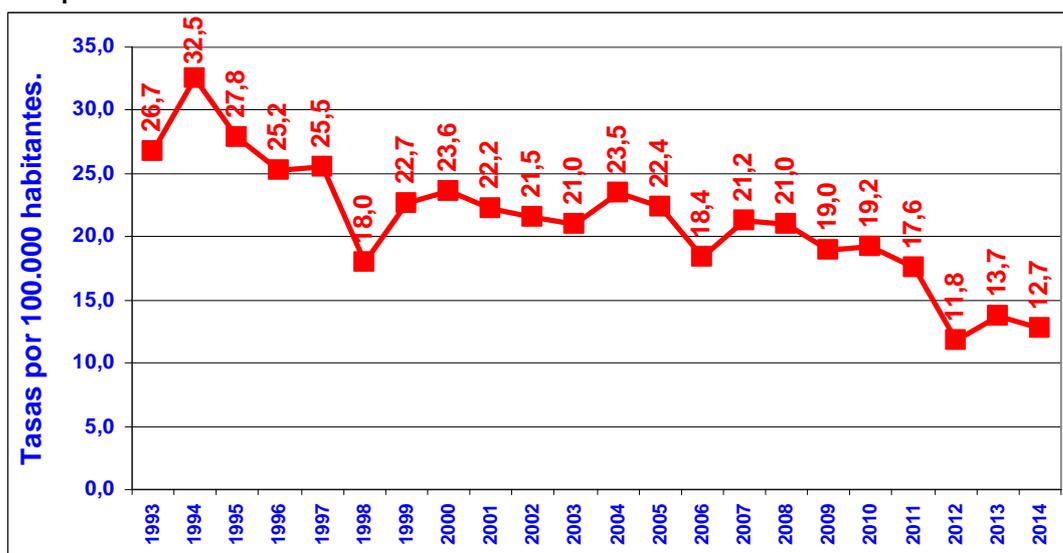
En Aragón, en los últimos 20 años, se observa una tendencia estable ligeramente descendente, algo más evidente desde 2008 - 2009.

En 2014, **en Aragón**, se notificaron 171 casos de TB, con una tasa de 12,7 casos/100.000 habitantes. Como se observa en el gráfico, el año 2012 es el de más baja incidencia en el registro de notificaciones de casos (159), seguido por el año 2014 (171) y el 2013 (184).

### **Nº de casos**

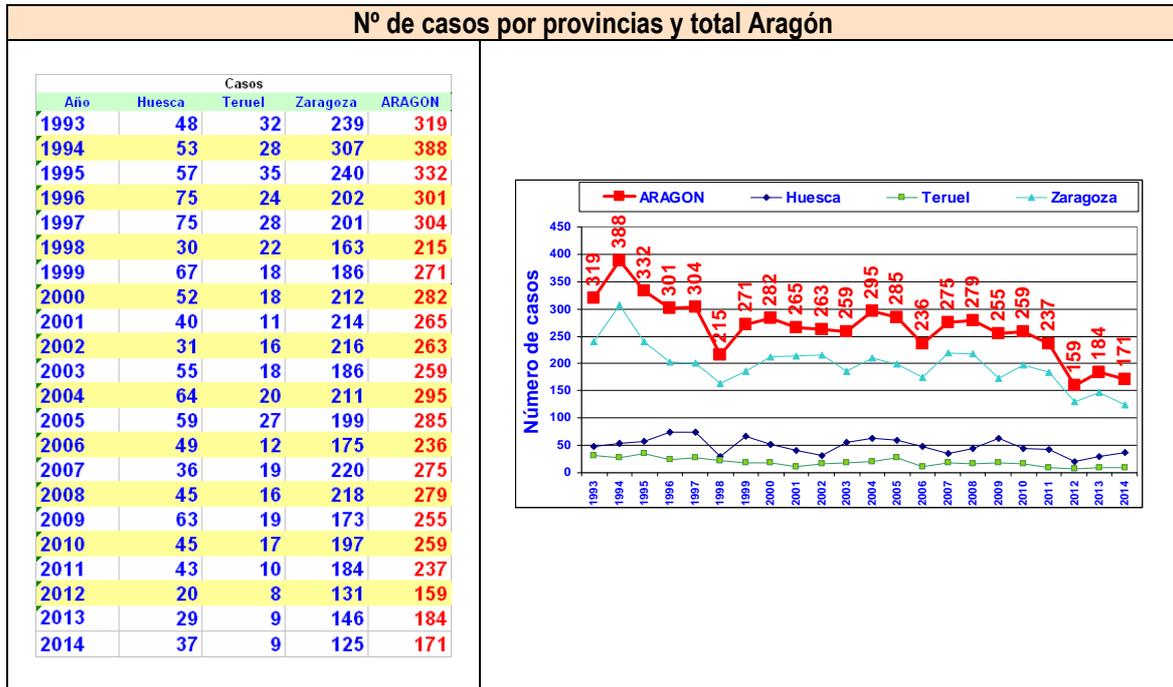


### **Tasa por 100.000 habitantes**

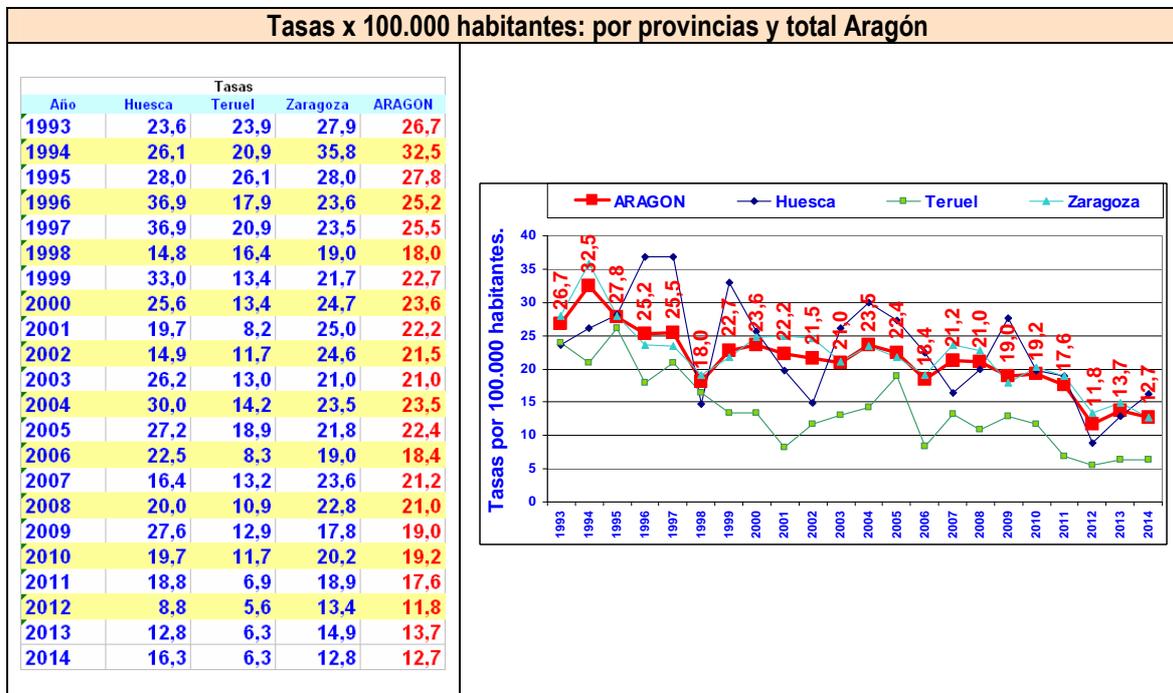


Por provincias,

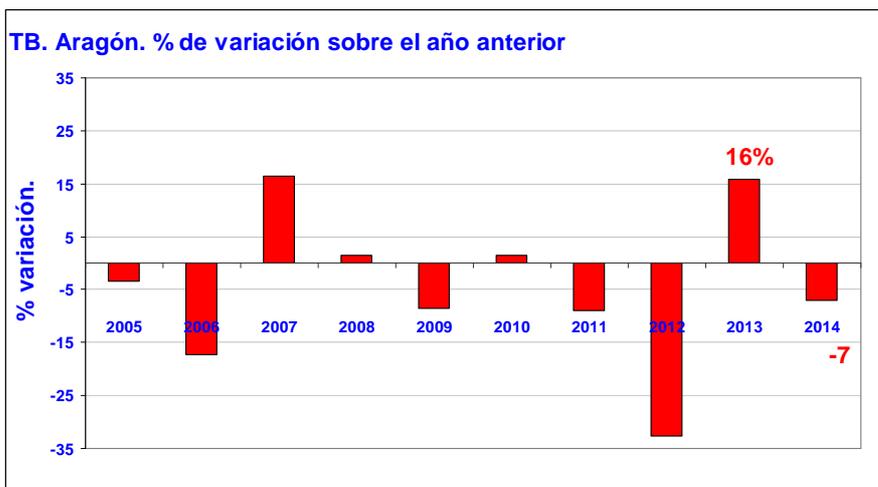
- **Casos:** Zaragoza es la que más notifica (125), seguida de Huesca (37) y Teruel (9).



- **Tasas por 100.000 habitantes:** la mayor corresponde a Huesca (16,3), seguida de Zaragoza (12,8) y de Teruel (6,3).

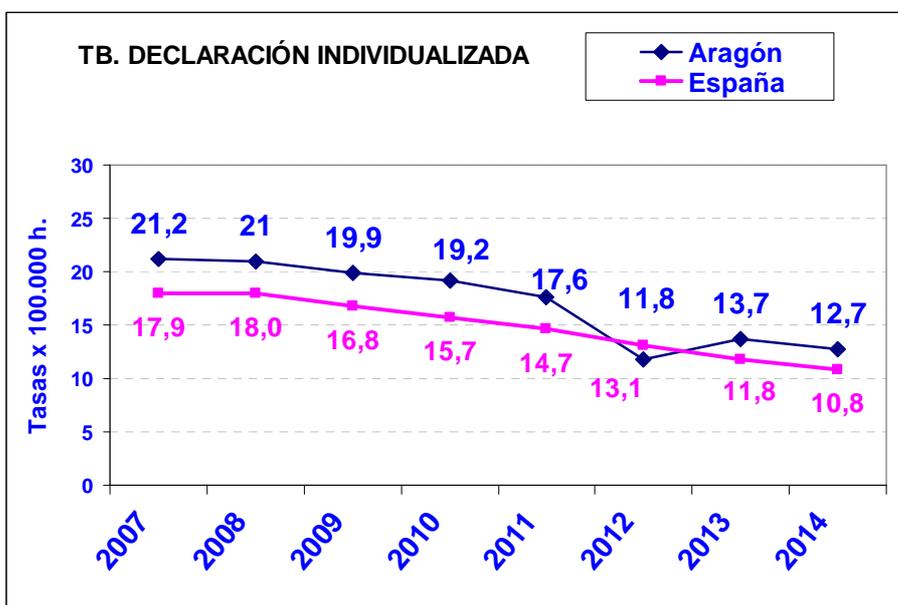


En 2014 la incidencia disminuye ligeramente con respecto a 2013, con un descenso de un 7,1%. En 2013 la incidencia aumentó con respecto a 2012 con un incremento de un 16%.



En 2014, la tasa en Aragón fue superior a la del conjunto de España (12,7 frente a 10,8 respectivamente).

En casi todas las comunidades autónomas la incidencia de TB disminuyó en 2014 respecto a 2013. No obstante, existe una distribución muy desigual entre las comunidades autónomas, en lo que puede estar influyendo los diferentes sistemas de notificación o de detección (búsqueda activa / pasiva). Aragón ocuparía una posición intermedia entre las comunidades.

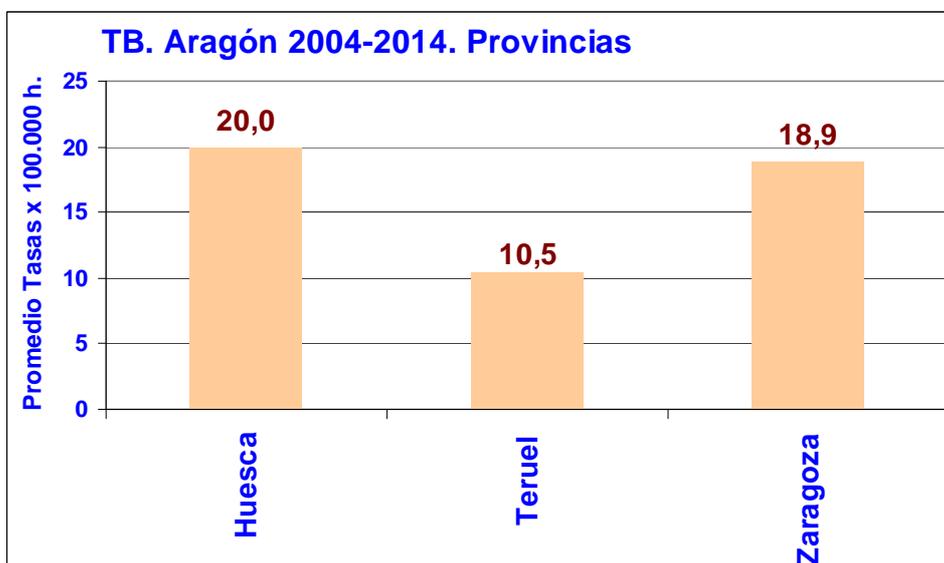


### Distribución geográfica en Aragón.

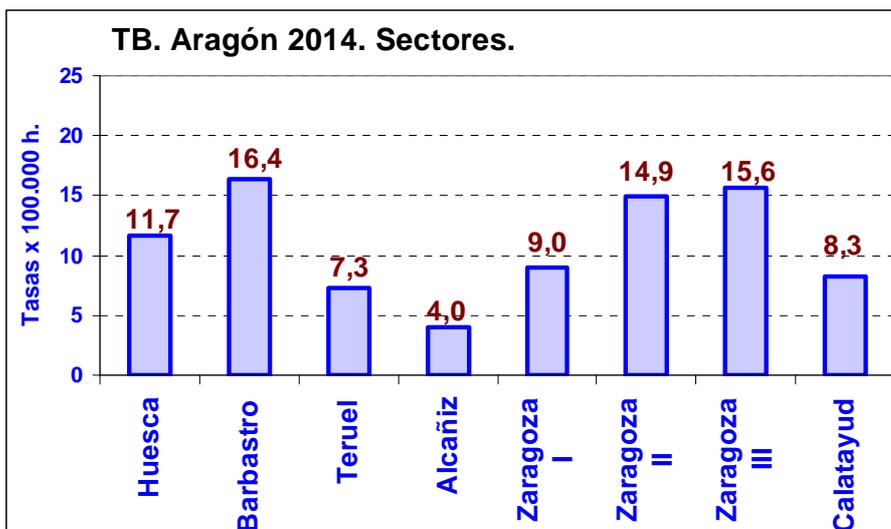
En 2014, como hemos visto anteriormente por **provincias**, se notificaron 37 casos en la provincia de Huesca, 9 en Teruel y 125 en Zaragoza. Las tasa es más alta en Huesca (16,3 casos/100.000 h.), seguido de Zaragoza (12,8) y de Teruel (6,3).



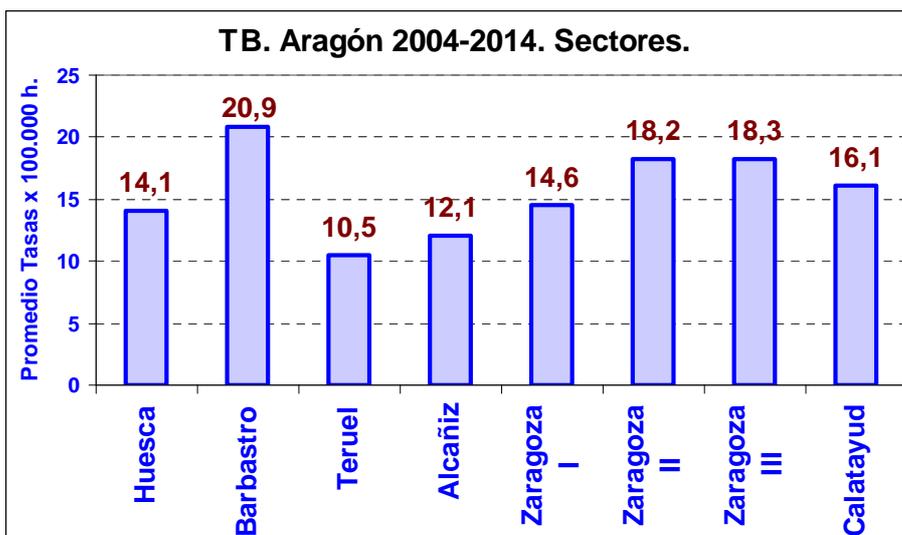
Si se contabiliza desde el año 2004 hasta el año 2014, la tasa anual media es más alta en Huesca (20,0 casos/100.000 h.), seguido de Zaragoza (18,9) y de Teruel (10,5).



Por **sectores**, la tasa es más alta en el de Barbastro (16,4 casos/100.000 h.), seguido de Zaragoza III (15,6) y Zaragoza II (14,9):

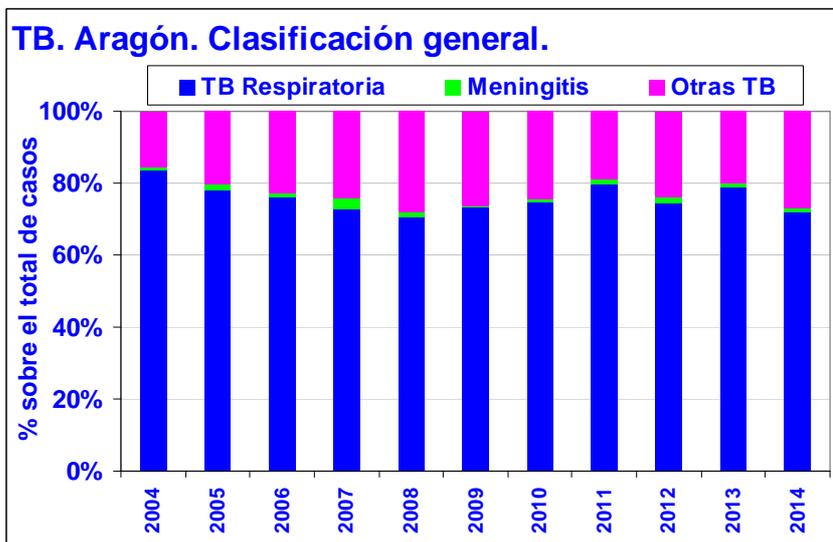


Si se contabiliza todo el decenio 2004-2014, la tasa anual media es más alta en Barbastro (20,9 casos/100.000 h.), Zaragoza III (18,3) y Zaragoza II (18,2).



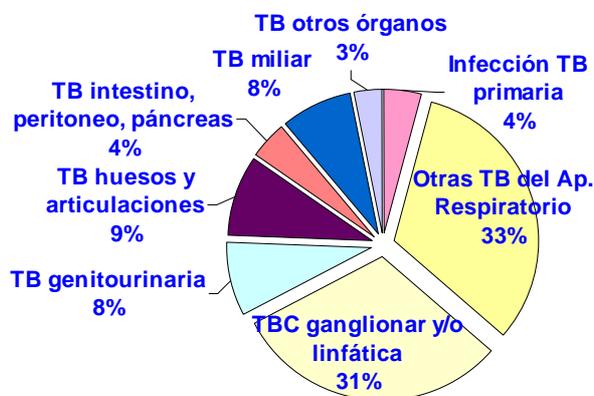
### Tipos de TB.

Entre los tres tipos principales de TB, la más frecuente es la TB respiratoria (pulmonar), que se encuentra en alrededor del 80% de los casos, seguida de otros tipos de TB con cerca del 20%, y de la meningitis tuberculosa que aparece en mucha menos frecuencia.



Entre las denominadas “otras TB” destacan diversos cuadros de TB pleural y bronquial, así como las formas ganglionares, pero la TB puede afectar a cualquier órgano.

### TB. Aragón 2004-2014. Otras TB.



### Edad y sexo.

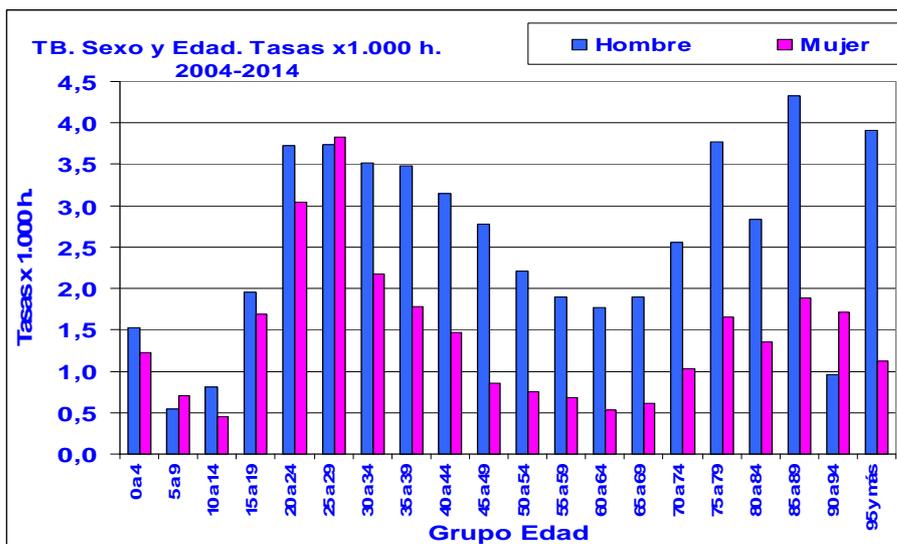
Las características por sexo y edad, son muy similares en Aragón y en España. La TB es más frecuente en hombres (64%).

Sin embargo, entre los 0 y 15 años las tasas son muy similares en ambos sexos.

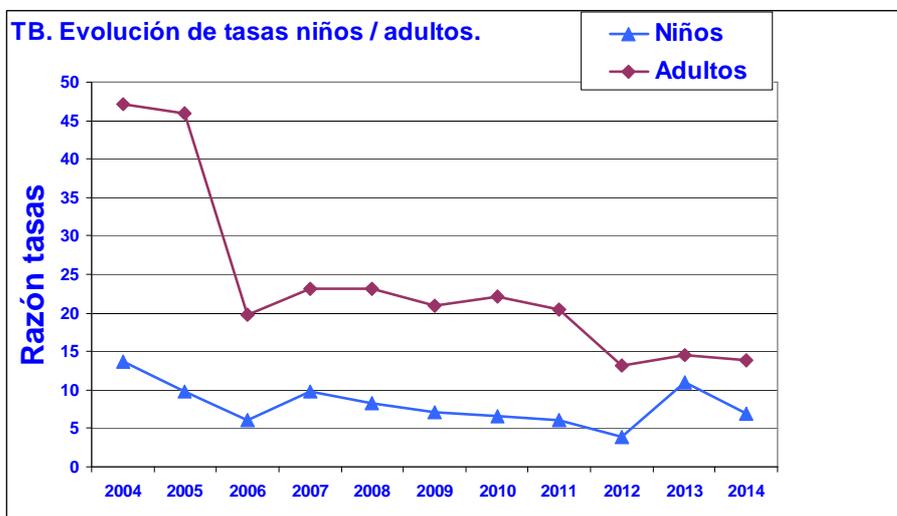
Hay dos momentos en los que la TB es más frecuente, que son entre los 20 y los 49 años y en mayores de 75 años.

En el 2014 la media de edad de los casos fue de 43 años, DE: 21,7, rango (2 años-89 años), 46,3 años en hombres y 39,8 en mujeres.

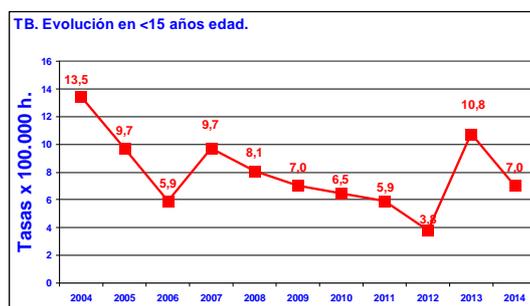
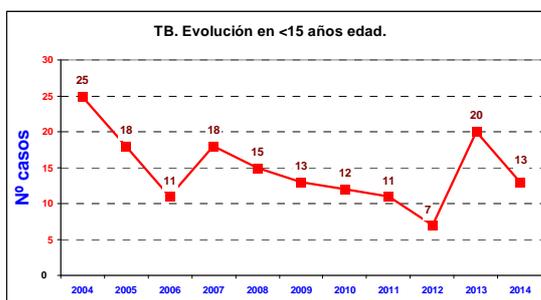
Los menores de 5 años presentan habitualmente una tasa de más del doble que la del grupo de 5 a 14 años.



En Aragón, la incidencia en menores de 15 años (indicador de vigilancia recomendado por el ECDC) tiene una tendencia descendente con una marcada disminución en 2012 (con 3,8 casos / 100.000 h.) respecto de 2011 (6,0). En 2013, la incidencia en menores de 15 años ascendió debido a un brote localizado de reducida dimensión con afectación de algunos niños. Dado el número reducido de casos en niños, el cálculo de este indicador, así como el de la razón de las tasas de niños y adultos, pierden significación en 2013. En el año 2014, se observa un descenso en la tasa respecto a 2013.

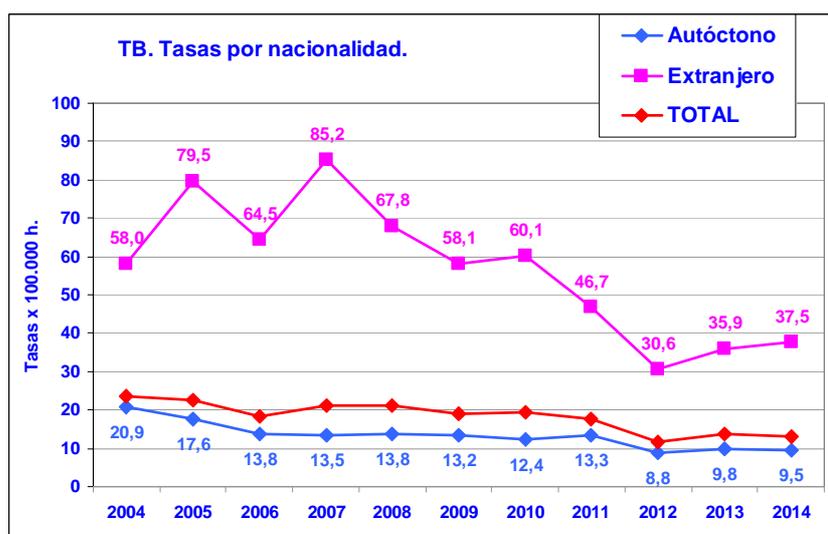


En cuanto a la evolución en el número de casos en las personas menores de 15 años de edad comprobamos que en 2014 es de un total de 13 casos, cifra menor a los 20 casos del año 2013.



### **TB en población autóctona y con origen en otro país.**

En Aragón en el 2014 el 32,5% de los casos se dan en personas procedentes de otro país. La tasa en población con origen en otro país (37,5 casos / 100.000 h.) sigue siendo notablemente más alta que en la autóctona (9,5). Durante los últimos años la tasa en población extranjera ha oscilado entre 3 y 6 veces más alta que en la autóctona.



En España la situación es muy variable entre las comunidades autónomas.

Marruecos y Rumania son nacionalidades frecuentes de los casos. Los casos con origen en otro país son en general más jóvenes (pero este dato está sesgado ya que se trata en gran medida de población laboral).

Es preciso incidir en que si bien la población de origen extranjero ha disminuido en 2013 y 2014, lo que ha descendido no es solamente el número de casos sino la tasa de tuberculosis, es decir con independencia del número de personas que comprenden dicha población. Ocurre la misma situación en la población autóctona.

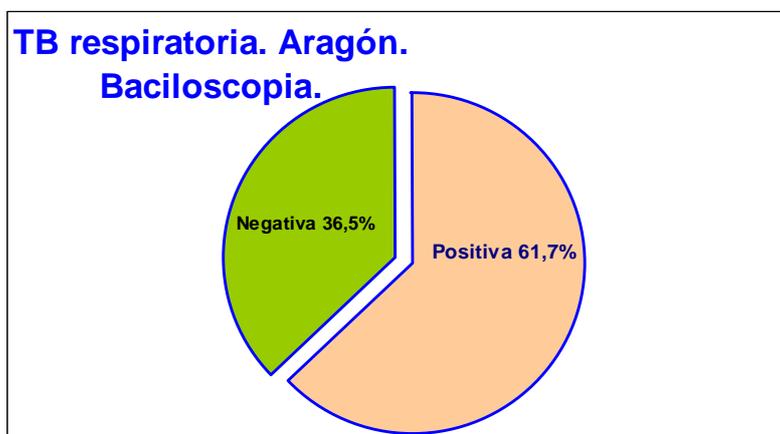
En todas las comunidades autónomas y en el conjunto de España, se discute si la causa del descenso de incidencia de la TB es la disminución de población de origen extranjero, en la que habitualmente hay alta tasa de TB, pero tal razón no parece ser muy evidente.

### Fallecimientos.

Se produjeron 8 fallecimientos en personas que padecían tuberculosis. Los fallecimientos en los que se constata la tuberculosis como causa de muerte no son frecuentes y los pacientes que fallecen por tuberculosis, en general, están afectados de otras patologías concomitantes. La tuberculosis es una enfermedad que responde perfectamente al tratamiento siempre que se realice adecuadamente y durante el tiempo necesario.

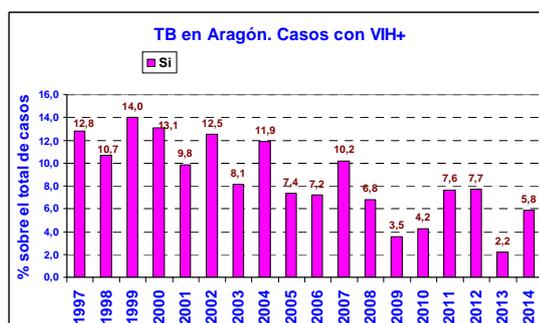
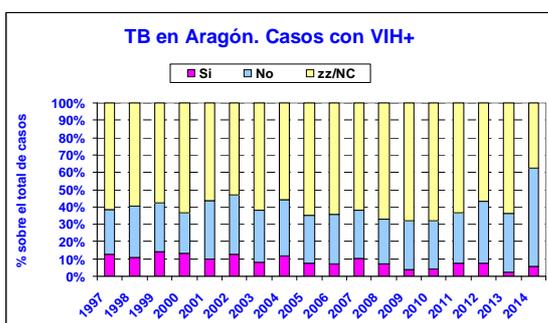
### Pruebas microbiológicas. Baciloscopia.

La tuberculosis respiratoria presenta un porcentaje de baciloscopias positivas en el 2014 del 61,7% (es decir, son bacilíferos o emisores de bacilos, y por lo tanto contagiantes).



### Infección VIH.

En el 62,5% (107) de los casos diagnosticados se recoge el dato sobre si el paciente está o no infectado por el VIH. En 2014, se constata que al menos el 5,8 % de los casos están infectados con VIH, un 56,7% constan como negativos y en el resto no se conoce. Esto representa una tendencia descendente desde 1997.

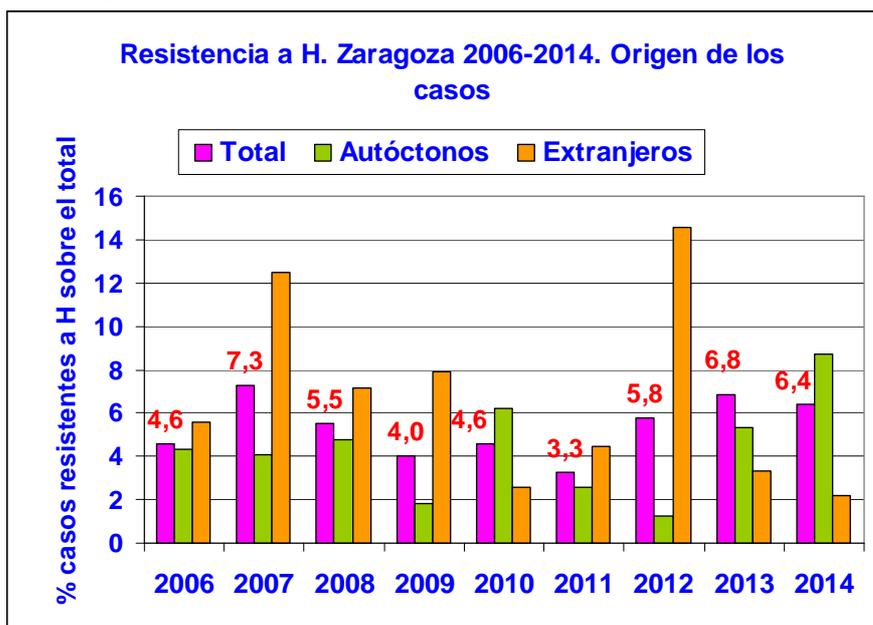


### Resistencias a fármacos.

En el 2014 los casos con resistencia a la isoniazida (H) representan el 6,4% del total, superando la cifra de referencia del 4%, indicador que marca la necesidad de iniciar el tratamiento con cuatro fármacos en todos los casos, tal y como se viene realizando y de acuerdo con los protocolos actuales.

Los casos MR (multirresistentes – resistentes al menos a la isoniazida y rifampicina-) son 2, dentro de lo esperado. No hubo casos XDR (extremadamente resistentes).

Si bien habitualmente los casos de resistencia farmacológica eran más frecuentes en población con origen en otro país, en 2014, al igual que en 2010 y en 2013, el porcentaje ha sido mayor en población autóctona.



### Brotos y agrupamientos de casos.

En 2014, se produjeron 22 brotes de tuberculosis. Aunque los brotes de tuberculosis suelen ser de reducida dimensión, conllevan una trascendencia social y mediática importante.

Se detectaron 69 agrupamientos o cluster mediante la determinación genética de la cepa.

### **Resumen final de características de la TB en nuestro medio.**

Tanto en Aragón como en España la TB tiene las siguientes características (compartidas con otros países del entorno europeo, si bien algo diferente de las de otros países con muy baja tasa):

- La evolución es ligeramente descendente, más evidente en los últimos años.
- Más del 50% de los enfermos de TB pulmonar tienen baciloscopia positiva. Es decir que al menos un 50% son emisores de gérmenes y por lo tanto contagiantes.
- Es más frecuente en las edades medias de la vida (con predominio de la infección o reinfección) y en mayores de 65 años (con predominio de la reactivación).
- La evolución en niños disminuye aunque lentamente.
- Es más frecuente en hombres (65%).
- Alta tasa en población procedente de otro país (37,5% del total de los casos).
- Relación con la infección por VIH, pero en disminución.
- Más de 50% de los casos están incluidos en algún "agrupamiento". Esto significa que existe un notable grado de transmisión activa en la comunidad.
- El grado de resistencias a fármacos si bien no es excesivo representa un problema potencial dado que con seguridad irá en aumento si no se aseguran los aspectos fundamentales de prevención y control de la enfermedad, y requiere una vigilancia constante.
- La gran mayoría requieren ingreso hospitalario.

La TB afecta a personas de cualquier nivel socioeconómico. No obstante, hay situaciones en las que la TB se fija con mayor fuerza y que forman frecuentemente una sucesión de hechos que dificulta la lucha contra la enfermedad.

- Condiciones de vida desfavorables.
- No utilización de los recursos en salud.
- Retrasos de diagnóstico o falta de detección de casos.
- Pérdida del control del paciente y de su supervisión.
- Pérdida de la adherencia al tratamiento y abandonos del mismo.
- Necesidad de retratamientos repetidos.
- Resistencias a fármacos.
- Recidivas, recaídas y fracasos de tratamiento.
- Complicaciones médicas.

Son aspectos importantes actualmente en el control de la enfermedad los que se citan a continuación:

- Dificultades en el diagnóstico precoz de los casos, debidas tanto a que la tuberculosis puede cursar a veces con síntomas no especialmente llamativos como a la falta de sensibilización en la asistencia sanitaria para sospechar la enfermedad ante todo cuadro compatible.
- Dificultad en el control de la cumplimentación de los tratamientos por parte del paciente y de las pautas de quimioprofilaxis en infectados, dada su larga duración.
- Aparición de cepas resistentes al tratamiento habitual.
- Las condiciones de vida de algunos casos que dificultan su control.

### ***Medidas de salud pública que se realizan con motivo de la detección de un caso.***

Lo primero es la notificación de un caso por parte de los servicios asistenciales. A partir de ahí, una de las actividades principales de prevención y control que se realizan es el “estudio de contactos”. Consiste básicamente en el estudio de las personas que han tenido relación estrecha con el caso de tuberculosis, al efecto de averiguar si existen más personas infectadas o enfermas en el entorno del caso, así como averiguar la fuente de infección para el caso. Las personas que se detecten como infectadas o enfermas son sometidas a las pautas pertinentes de quimioprofilaxis o de tratamiento, en dependencia de las características de cada individuo.

Asimismo, se realiza un seguimiento del paciente hasta asegurar la cumplimentación del tratamiento en toda su duración y la curación si se produce.

Se mantiene la debida colaboración con los laboratorios de microbiología de todos los hospitales públicos de Aragón, así como el Convenio de colaboración con la Universidad de Zaragoza (Grupo de Genética de Mycobacterias), que permite la determinación genética de todos los cultivos positivos de *Mycobacterium*, al efecto de estudiar la agrupación de casos y la transmisión de las diferentes variantes del agente causal.

En Aragón, como en la generalidad de las comunidades autónomas, hace décadas que se dejó de utilizar la vacuna BCG, dada su dudosa eficacia. El País Vasco fue la última comunidad autónoma que abandonó su utilización en España (noviembre 2012).

***Enlace al procedimiento de prevención y control de la Tuberculosis de Salud Pública:***

<http://www.aragon.es/vigilanciaepidemiologica>