

REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Informe del año 2024.

**REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME DEL AÑO 2024.**

ÍNDICE

RESUMEN 3

1. INTRODUCCIÓN..... 4

2. MATERIAL Y MÉTODOS..... 4

3. RESULTADOS. AÑO 2024. 5

3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES..... 5

 3.1.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL 6

 3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD 8

 3.1.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 9

 3.1.4. NIVEL ASISTENCIAL 10

 3.1.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS..... 11

 3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS..... 12

 3.1.7. SEGUIMIENTO DE LOS CASOS..... 12

3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL..... 13

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH 13

3.4. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS 14

3.5. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2015 – 2024) 16

4. DISCUSIÓN..... 20

5. CONCLUSIONES 21

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 22



RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, a pesar de los progresos logrados en las dos últimas décadas en la lucha contra la enfermedad. Después de levantar las restricciones por la pandemia por COVID-19, en Madrid, en el resto del país y en todo el mundo ha aumentado el número de casos de TB, sin alcanzar las cifras prepandémicas.

Metodología: Se presenta un análisis descriptivo de los casos de TB registrados durante el año 2024 en la Comunidad de Madrid (CM) y se comparan los resultados con los obtenidos en los años anteriores.

Resultados: Durante el año 2024 se han notificado 634 casos de TB en personas residentes en la CM. La tasa de incidencia anual registrada ha sido de 9,05 casos por 100.000 habitantes. El 63,6% de ellos han sido de personas nacidas fuera de España, siendo su procedencia fundamentalmente América del Sur. La tasa de incidencia en población nacida en el extranjero es de 24,15, mientras que la tasa en nacidos en España es de 4,32 casos por 100.000 habitantes. Existe un predominio masculino entre los casos y el grupo de edad con mayor incidencia en hombres corresponde al de 25 a 34 años (16,21 casos por 100.000 habitantes), seguido por el de 55 a 64 años (14,32). El 50% de los casos nacidos en España tiene menos de 53 años, con un rango intercuartílico de 31 a 68 años. La incidencia de tuberculosis por distritos varía entre los que superan los 19 casos por 100.000 habitantes en Usera, y los 2,39 casos en Coslada. La situación de riesgo asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (27,4%), seguida de la inmunodepresión (18,6%), diabetes (13,6%), y el alcoholismo (11,9%). Presentan coinfección por VIH el 6,2% de los pacientes. La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (73,7%), siendo la tasa de incidencia de TB pulmonar de 6,18 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de TB pulmonar bacilífera de 3,07 casos por 100.000 habitantes. La atención hospitalaria es el nivel asistencial donde se realiza con mayor frecuencia el diagnóstico (97%) y el 79% del total de casos cursan con ingreso hospitalario. El seguimiento del 91,2% de los casos se realiza en consultas hospitalarias. En 174 casos (27,4%) se han instaurado medidas para mejorar el cumplimiento del tratamiento. La mediana del retraso diagnóstico para los casos con baciloscopia positiva de esputo ha sido de 38 días. Se han confirmado por cultivo el 80,4% de los casos y de estos últimos se conoce el estudio de sensibilidad para los fármacos usados habitualmente como primera y segunda línea de tratamiento de la enfermedad en todos ellos. Se observa que el 14,1% de estos casos es resistente a uno o más fármacos. Se identificaron trece casos con resistencia exclusiva a isoniácida y tres casos a rifampicina. Se notificaron ocho casos de tuberculosis multirresistente (MDR-TB). Se han estudiado 1667 contactos, entre los que se han identificado 39 nuevos casos y se ha realizado el estudio de contactos en trece centros educativos. Se conoce la situación de seguimiento en el 94,5%, de los cuales el 76,3% han finalizado el tratamiento. En el 2023 completaron el tratamiento el 83,3% de los casos. El resto, o se han trasladado a otras CCAA o países, o han fallecido o han abandonado el tratamiento.

Discusión: En 2024 se ha producido un incremento de casos de TB con respecto al 2023. La mayor incidencia se concentra en adultos (25-54 años) y en hombres (61,2%), con factores de riesgo como consumo de tabaco, alcohol y coinfección por VIH. Las personas nacidas fuera de España presentan tasas muy superiores (24,15 frente a 4,32), asociadas a mayores prevalencias en países de origen y vulnerabilidad socioeconómica. Aunque la tendencia a largo plazo es descendente, el repunte reciente se relaciona con el fin de restricciones de la pandemia, aumento migratorio y mejoras en la detección.

1. INTRODUCCIÓN

En el marco del Programa Regional de Prevención y Control de la TB de la CM¹, 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. La regulación normativa del Registro Regional de Casos de TB, que está integrado en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, 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.

El objetivo general del Registro es mejorar el conocimiento de la TB 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 TB en la Comunidad de Madrid, general y específica por sexo, grupo de edad, lugar de residencia, localización anatómica, así como la frecuencia de TB pulmonar con baciloscopia y/o cultivo positivo.
2. Estimar la prevalencia de TB en la Comunidad de Madrid, a través del seguimiento de los casos incidentes detectados por el Registro.
3. Describir los factores y situaciones de riesgo asociadas a la TB 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 TB pulmonar y su resultado.

Desde que se implantó el Registro, se elaboran informes anuales de 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 2024 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 Hospitalaria mediante la declaración al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).
- 2 - Los laboratorios de microbiología de la Comunidad de Madrid, así como el Centro Nacional de Microbiología, que realizan baciloscopia y/o cultivo, y/o pruebas de sensibilidad de micobacterias y/o tipado de las muestras.
- 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 VIH/SIDA de la Comunidad de Madrid, instituciones penitenciarias, otras comunidades autónomas, Centro Nacional de Epidemiología, etc.

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa de los datos en las fuentes mencionadas, además de incorporar las notificaciones recibidas. Para el cierre de la información en la elaboración de este informe se espera al menos medio año, con objeto de incluir información sobre el seguimiento y finalización del tratamiento. Para cada caso, se cumplimenta un [cuestionario](#) con las variables contempladas en el Registro. En este informe, hasta el año 2023, el análisis de la distribución espacial se mantiene por distritos para conservar la comparabilidad con los datos históricos, previos a la unificación de las áreas sanitarias. A partir de 2024, se adopta una nueva distribución basada en indicadores de salud pública que facilitan la comparabilidad entre distintas zonas de la CM. Para el cálculo de la incidencia se utiliza la población correspondiente al padrón continuo a 1 de enero de 2024 publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid².

Para su inclusión en el Registro, se considera caso de TB al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y/o con 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 2024.

3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES

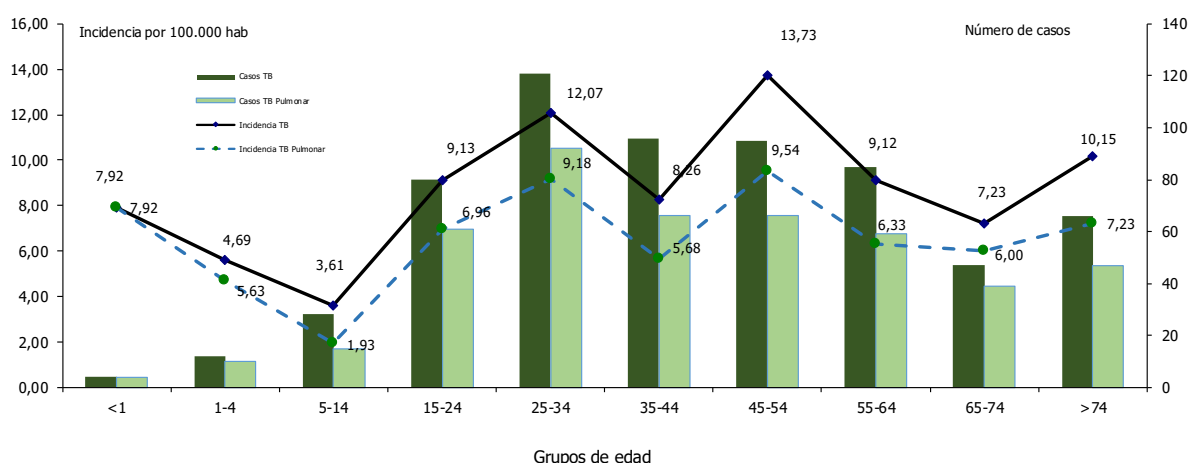
En el año 2024 se registraron un total de 634 casos de TB en la CM. Esta cifra supone una incidencia anual de 9,05 casos por 100.000 habitantes, con un incremento de 9,3% de casos con respecto al año anterior. En el 2023 se registraron 580 casos.

De todos los casos registrados, el 80,4% (510) son confirmados; es decir, presentan un cultivo positivo para el complejo *Mycobacterium tuberculosis* en alguna muestra biológica de cualquier localización. En la mayoría de estos casos se identificó *M. tuberculosis*; sin embargo, en dieciocho pacientes se aislaron otras especies: *M. bovis* en catorce casos (siete en 2023), *M. africanum* en dos (ocho en 2023) y *M. caprae* en dos. En 2023 no se registraron aislamientos de *M. caprae* en la CM.

La incidencia de tuberculosis más elevada se observa en el grupo de edad de 45 a 54 años (13,73 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 25 a 34 años (12,07) y, en tercer lugar, el de mayores de 74 años (10,15). En 2023, el grupo con mayor incidencia fue del grupo de 25 a 34 años (13,50), seguido por el de mayores de 74 años (10,19) y el de 45 a 54 años (9,52) (Figura 1).

FIGURA 1

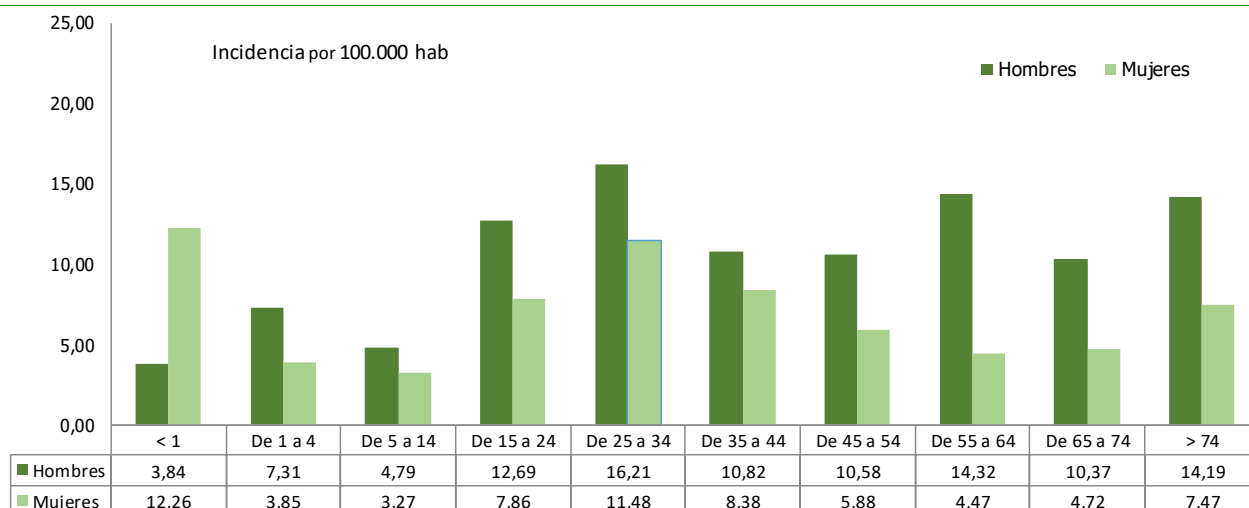
Incidencia anual y número de casos de tuberculosis, global y pulmonar, específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024.



Si consideramos la desagregación por sexo, se observa un predominio masculino, con 388 casos en varones, que representan el 61,2% del total de casos, y una incidencia de 11,56 casos por 100.000 habitantes, frente a 246 casos en mujeres (38,8% del total), con una incidencia de 6,73 casos por 100.000. La razón hombre/mujer en el total de casos es de 1,6, similar a la de 2023. Las tasas son superiores en hombres, excepto en el grupo de menores de 1 año, aunque, al tratarse de muy pocos casos, este dato no es valorable. En hombres, los grupos de edad con las tasas más elevadas son el de 25 a 34 años, con 16,21 (16,92 en 2023); el de 55 a 64 años, con 14,32 (12,40 en 2023); y los mayores de 74 años, con 14,19 (15,70 casos por 100.000 habitantes en 2023) (Figura 2).

FIGURA 2

Tasas de incidencia de tuberculosis por sexo y grupo de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid 2024.



En relación con el país de origen, del total de casos, 403 (63,6%) corresponden a personas nacidas fuera de España. La tasa de incidencia en la población nacida en el extranjero es de 24,15 casos por 100.000 habitantes (24,87 en 2023), mientras que la tasa en los nacidos en España es de 4,32 casos por 100.000 habitantes (4,27 en 2023).

3.1.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

La distribución de la TB por distritos en la Comunidad de Madrid varía entre los 19,04 casos por 100.000 habitantes del distrito de Usera (18,97 en 2023), seguido por el distrito Centro, con 17,31 (11,59 en 2023), y Villaverde, con 16,86 (18,77 en 2023). El cálculo de las tasas de incidencia se ha realizado a partir de la reorganización espacial de la Comunidad de Madrid en distritos de salud pública (algunos distritos son diferentes a los de años previos). La menor incidencia corresponde al distrito de Coslada, con 2,39 casos por 100.000 habitantes (Tabla 1).

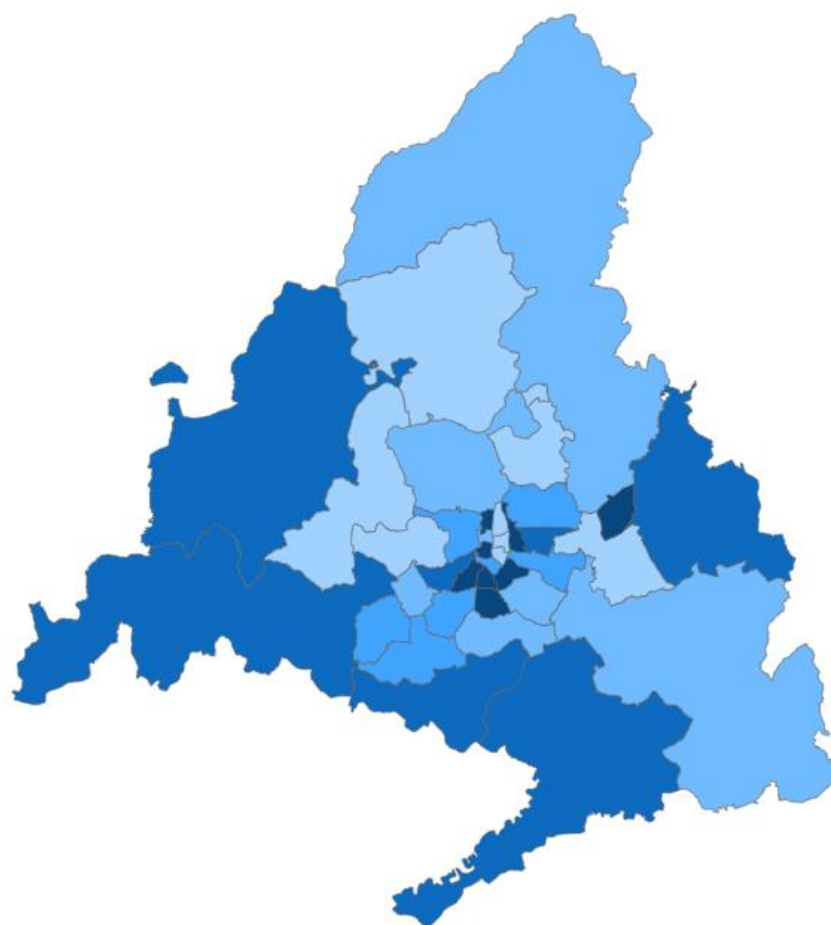
En el municipio de Madrid se han detectado 350 casos (336 en 2023), con una incidencia de 10,2 casos por 100.000 habitantes (10,6 en 2023). Los casos registrados en prisiones (5) y los localizados en albergues o centros de refugiados (3) no se han asociado a ningún distrito.

TABLA 1

Tasas de Incidencia de tuberculosis por distritos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2024.

Distritos - Salud Pública	Población	Casos	Incidencia por 100.000
Madrid-Usera	147052	28	19,04
Madrid-Centro	138685	24	17,31
Madrid-Villaverde	166035	28	16,86
Madrid-Carabanchel	265244	39	14,70
Madrid-Puente de Vallecas	250416	33	13,18
Torrejón de Ardoz	141047	18	12,76
Madrid-Ciudad Lineal	221189	27	12,21
Madrid-Tetuán	169287	18	10,63
Madrid-Latina	253456	26	10,26
Collado Villalba	254396	26	10,22
Parla-Pinto	234630	23	9,80
Aranjuez-Valdemoro	213561	20	9,37
Madrid-San Blas-Canillejas	173989	16	9,20
Alcalá de Henares	258777	23	8,89
Navalcarnero	125337	11	8,78
Leganés	193934	17	8,77
Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	183438	16	8,72
Madrid-Arganzuela	155375	13	8,37
Madrid-Moncloa-Aravaca	121252	10	8,25
Móstoles	250567	20	7,98
Madrid-Hortaleza-Barajas	250811	20	7,97
Fuenlabrada	216180	17	7,86
Alcorcón	174740	13	7,44
Madrid-Villa de Vallecas	121346	9	7,42
Sierra Norte	156807	11	7,01
Arganda-Rivas	216710	15	6,92
Madrid-Chamberí	137207	9	6,56
Madrid-Fuencarral-El Pardo	252350	15	5,94
Getafe	191560	11	5,74
Las Rozas-Majadahonda	264134	15	5,68
Madrid-Salamanca	155650	8	5,14
Madrid-Retiro	110324	5	4,53
Boadilla-Pozuelo	157256	7	4,45
Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	216388	9	4,16
Madrid-Chamartín	146705	6	4,09
Colmenar Viejo-Tres Cantos	155883	6	3,85
Coslada	167550	4	2,39
		616	
Desc./Prisión/Albergues		18	
Total	7009268	634	9,05

Figura 3. Tasas de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes, por distritos de salud pública. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2024.



Rango Tasa

<5,69
Entre 5,69 y 7,61
Entre 7,61 y 8,77
Entre 8,77 y 10,56
>10,56

3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

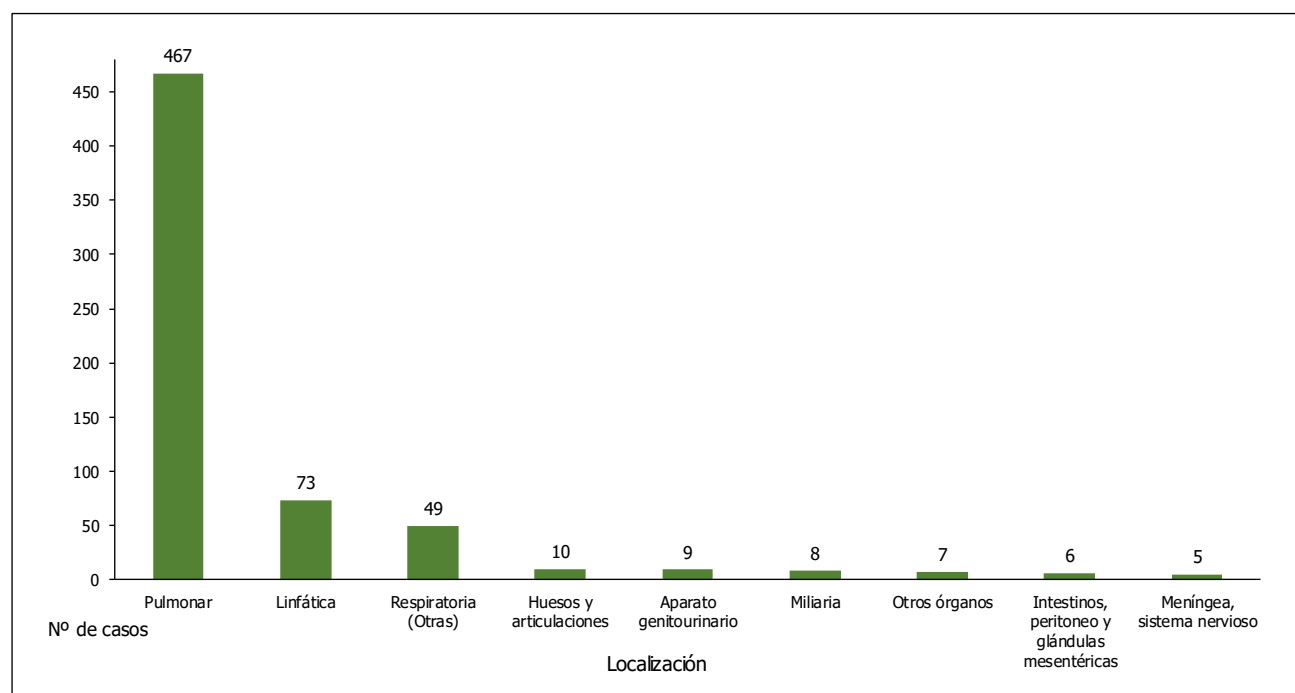
De los 634 casos de TB, 538 (84,9%) presentaron una única localización anatómica, 96 (15,1%) dos localizaciones y 13 (2,0%) tres localizaciones. Un total de 467 casos (73,7%) presentaron localización pulmonar, de los cuales 387 correspondieron a una localización exclusiva y 80 presentaron además alguna otra localización extrapulmonar.

La incidencia de TB pulmonar fue de 6,18 casos por cada 100.000 habitantes, con 291 casos en hombres (8,67 por 100.000 habitantes) y 176 en mujeres (4,82 por 100.000 habitantes). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, con una incidencia de 10,50 por 100.000 habitantes.

Respecto a las formas extrapulmonares, la localización más frecuente fue la linfática, con 73 casos (11,5%), seguida de otras formas respiratorias, con 49 casos (7,7%) (Figura 4).

FIGURA 4

Distribución de los casos de tuberculosis según la primera localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2024.



De los 467 casos de TB pulmonar, 215 presentaron baciloscopia de esputo positiva (46,0%), lo que supone una incidencia de casos bacilíferos de 3,07 por cada 100.000 habitantes. En 2023, la incidencia fue de 2,29 por 100.000 habitantes.

En total, independientemente de la localización, se obtuvo confirmación mediante cultivo positivo en 510 casos (80,4%).

En 398 casos de TB pulmonar (85,2%) se evidenciaron signos indicativos de tuberculosis en la radiografía torácica o en la tomografía computarizada (TAC).

3.1.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La situación de riesgo detectada con mayor frecuencia ha sido el tabaquismo (27,4%), seguido de la inmunodepresión (18,6%), la diabetes (13,6%), el alcoholismo (11,9%) y las neoplasias (8,8%). La coinfección por VIH se presenta en 36 casos (6,2%) (Tabla 2).

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, 2024

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					Todas las edades
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	
Tabaquismo (n=159)	0,6	7,5	35,2	42,1	14,5	27,4
Enf. Inmunodep. (n=108)	2,8	1,9	20,4	48,1	26,9	18,6
Diabetes (n=79)	2,5	1,3	13,9	34,2	48,1	13,6
Alcoholismo (n=69)	0,0	5,8	26,1	52,2	15,9	11,9
Neoplasia (n=51)	5,9	2,0	5,9	49,0	37,3	8,8
VIH-SIDA (n=36)	0,0	5,6	33,3	61,1	0,0	6,2
Uso de drogas (n=26)	0,0	11,5	50,0	38,5	0,0	4,5
Desfavorecidos socialmente* (n=16)	0,0	12,5	25,0	62,5	0,0	2,8
Gastrectomía (n=8)	0,0	0,0	25,0	12,5	62,5	1,4
Silicosis (n=5)	0,0	0,0	20,0	60,0	20,0	0,9

*Desfavorecidos socialmente: chabolismo e indigencia

En 87 casos (13,7%) se conoce la existencia de un contacto previo con algún enfermo de TB, cifra similar al 2023.

Se han presentado 55 casos en forma de microepidemias familiares. En el 2023 fueron 44.

3.1.4. NIVEL ASISTENCIAL

El tratamiento se inició principalmente en el ámbito hospitalario (97%), y el 79% de los pacientes requirieron hospitalización.

En cuanto al seguimiento del tratamiento, este se realizó mayoritariamente desde el hospital (91,2% de los casos), mientras que en un 2,1% se coordinó entre atención primaria y especializada. El resto de los tratamientos se llevaron a cabo en otras instituciones, como prisiones o centros privados (Tabla 3).

TABLA 3

Distribución de la hospitalización, nivel asistencial de inicio del tratamiento y de seguimiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024

	INICIO TRATAMIENTO		SEGUIMIENTO TRATAMIENTO	
	n	%	n	%
Hospital	615	97,0%	578	91,2%
Atención Primaria más Especializada	0	0%	13	2,1%
Atención Especializada Extrahospitalaria	9	1,4%	13	2,1%
Atención Primaria	2	0,3%	7	1,1%
Prisión	1	0,2%	5	0,8%
ONG más red asistencial	0	0,0%	5	0,8%
Desconocido	5	0,8%	13	2,1%
Fallecidos antes de inicio de tratamiento	2	0,2%		

El retraso diagnóstico se definió como el tiempo transcurrido (en días) entre la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de inicio del tratamiento. Este dato se obtuvo en 590 casos (93,1% del total), ya que en algunos pacientes no fue posible determinar con exactitud la fecha de inicio de los síntomas debido a la presencia de patologías previas que dificultaban su identificación, a que el hallazgo fue casual o a que el paciente estaba asintomático en el momento del diagnóstico. La mediana del retraso diagnóstico se estimó en 38 días (RIC: 14-98) para todas las localizaciones, siendo ligeramente inferior a la obtenida en el año 2023, con 45 días (RIC: 20-108). En los casos de localización pulmonar, la demora fue de 39 días (RIC: 15-97), tres menos que en el año

anterior. En los casos de tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva, la mediana de la demora diagnóstica fue de 46 días (RIC: 21-94), ligeramente superior a la de 2024 (41 días) (Tabla 4).

En 174 casos (27,4%) se ha instaurado alguna medida complementaria para mejorar el cumplimiento del tratamiento. En 2023 fueron 133 casos (22,9%). Las medidas en régimen ambulatorio han consistido en un seguimiento personalizado, con entrega gratuita de la medicación. La forma de seguimiento ha sido el Tratamiento Directamente Observado (TDO) o el Tratamiento Supervisado (TS). La elección de una u otra modalidad ha dependido de las características de cada paciente; en la mayoría de los casos, se ha iniciado como TDO para pasar posteriormente a TS. Esta supervisión ambulatoria ha sido realizada por Cruz Roja, mediante convenio firmado con la Dirección General de Salud Pública, para la población vulnerable con factores de riesgo de mala adherencia al tratamiento.

TABLA 4

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, 2024.

PERCENTIL	Todos los casos	Pulmonares	Casos de tuberculosis con baciloscopia de esputo (+)
P 25	14	15	17
P 50	38	39	46
P 75	98	97	109

3.1.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 634 casos de TB registrados en la CM en el año 2024 se dispone de un cultivo positivo en 510 (80,4%) y de estos últimos se conoce el estudio de sensibilidad para los fármacos usados habitualmente como primera y segunda línea de tratamiento de la enfermedad en todos ellos.

De los 510 casos con cultivo positivo, 72 (14,1%) presentaron resistencia a uno o más fármacos. La resistencia a isoniacida se detectó en 40 casos (7,8%), de los cuales 13 fueron monorresistentes y el resto presentaron resistencia adicional a otros antibióticos (estreptomicina, etionamida, etambutol, pirazinamida, rifampicina y/o quinolonas). Se identificaron tres casos con resistencia exclusiva a rifampicina, veinte a pirazinamida y ocho a estreptomicina. Se notificaron ocho casos de tuberculosis multirresistente (MDR-TB), todos ellos en personas nacidas fuera de España (1 en República Dominicana, 2 en Marruecos y 5 en Perú).

En la Tabla 5 se presentan los casos resistentes a fármacos, según resultado del antibiograma, detallándose la resistencia a algún fármaco y la resistencia al menos a isoniacida y rifampicina, distribuidos por grupos de interés.

TABLA 5

Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024.

	CASOS CON RESULTADO CULTIVO POSITIVO	CASOS CON RESULTADO CONOCIDO DEL ANTIBIOGRAMA	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=634)	510	510	72 (14,1)	6 (1,2)
Extranjeros (n=403)	341	341	55 (16,1)	6 (1,8)
VIH (+) (n=36)	29	29	2 (6,9)	0 (0)
Recaídas/abandonos/fracasos (n=41)	32	32	4 (17,4)	1 (4,3)

3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

De los 634 casos, se realizó estudio de contactos en 437 (68,9%). Cuando consta como no realizado, puede deberse a varias razones: que la localización no sea pulmonar, que no existan contactos estrechos, que no se hayan facilitado los datos de los contactos cuando estaría indicado, o que los contactos hayan rechazado el estudio.

El registro de los contactos identificados en cada caso contribuye a conocer la cadena de transmisión y el resultado de cada uno. En la Tabla 6 se presenta el resultado del estudio de los contactos identificados para el total de casos de TB. En total, consta que se han estudiado 1.667 contactos (1401 en el 2023).

Entre los estudios de contactos realizados en casos de tuberculosis pulmonar, se identificaron 39 nuevos casos (2,3% del total de contactos investigados): 28 entre convivientes, 4 entre contactos frecuentes, 1 esporádico, 3 entre contactos escolares y 3 en otros centros o residencias. Además, se identificaron 399 infecciones tuberculosas latentes – ITL- (23,9%).

TABLA 6

Distribución de los resultados del estudio de contactos realizado en los casos de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024.

	Nº DE CONTACTOS	SANOS	% DE NO INFECTADOS	ITL	% DE ITL DETECTADOS	ENFERMOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	804	516	64,2	260	32,3	28	3,5
Frecuente no conviviente	188	153	81,4	31	16,5	4	2,1
Colectivo laboral	139	120	86,3	19	13,7	0	0,0
Centros educativos	302	259	85,8	40	13,2	3	1,0
Residencias	28	17	60,7	10	35,7	1	3,6
Otros	198	159	80,3	37	18,7	2	1,0
Esporádicos	8	5	62,5	2	25,0	1	12,5
Total	1667	1229	73,7	399	23,9	39	2,3

Se realizó el estudio de contactos en trece centros educativos, seis centros sociosanitarios y en un centro de personas migrantes, siguiendo el Protocolo del Estudio de Contactos de la Comunidad de Madrid. Se dirigió el estudio de contactos en ocho colectivos laborales.

3.1.7. SEGUIMIENTO DE LOS CASOS HASTA FIN DE TRATAMIENTO

De los 634 casos registrados, se conoce la situación de seguimiento en 599 (94,5%). De ellos, 457 (76,3%) han completado el tratamiento y 60 (10,0%) continúan en curso. La pauta estándar es de 6 meses, aunque también son frecuentes los tratamientos prolongados. En 2023, el 83,3% completó el tratamiento.

Fallecieron por otras causas 27 casos (4,3%) y 6 (0,9%) fallecieron por TB antes de finalizar el tratamiento; a 5 pacientes (0,8%) se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa; otros 14 casos (2,2%) se trasladaron a otra comunidad autónoma u otro país durante el seguimiento, y 35 casos (5,5%) se han perdido en el seguimiento. Los datos son similares al 2023.

De los casos con infección por VIH, 26 (72,2%) han completado el tratamiento o continúan en curso; cuatro se han perdido en el seguimiento, a uno se le retiró el tratamiento por prescripción facultativa y cinco (14,1%) han fallecido.

De los 72 casos con alguna resistencia, el 15,9% continúan por estar con tratamientos prolongados, y tres aparecen como perdidos, uno de ellos multirresistente.

Se ha calculado la tasa de éxito del tratamiento en base a los indicadores de seguimiento consensuado con el Ministerio de Sanidad. De los 393 casos de TB pulmonar confirmados por cultivo declarados, se ha completado el tratamiento o continúan en tratamiento, el 86,5% de los casos.

3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL

En 2024 se han registrado 44 casos (6,9%) de tuberculosis en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 4,60 casos por 100.000 habitantes (3,32 en 2023); en 2022, la incidencia fue de 2,11. En el tramo de edad de menores de 5 años (16 casos) la tasa de incidencia ha sido de 6,07 casos por 100.000 habitantes; en el año anterior fue de 5,20 (Tabla 7). El mayor aumento de casos se ha producido en los niños de mayor edad, con 21 casos (47,7%) en el grupo de 11 a 14 años, frente al 24,2% registrado en 2023.

TABLA 7

Incidencia por grupos de edad y razón de incidencias en niños y adultos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018-2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Incidencia niños (<15 años)	3,1	3,4	2,5	2,3	2,1	3,3	4,6
Incidencia adultos	10,1	10,3	7,9	7,6	8,4	8,6	9,0
Razón Incidencia niño/adulto	0,30	0,33	0,32	0,30	0,25	0,39	0,51

De los 44 casos infantiles, catorce (31,8%) nacieron fuera de España (Chile, Perú, Guinea Ecuatorial, Marruecos, Paraguay y Venezuela). En 2023, siete (21%) nacieron fuera de España (Marruecos, Venezuela y Perú).

En cuanto a la localización anatómica, en 29 casos (65,9%) el diagnóstico fue de tuberculosis pulmonar.

Del total de niños enfermos de tuberculosis, la prueba de la tuberculina o el Quantiferón fue positiva en 39 casos. La radiografía de tórax o el TAC fue indicativa de tuberculosis en todas las formas respiratorias, excepto en una.

En cuanto a la confirmación microbiológica, solo en 17 casos (38,6%) se obtuvo un cultivo positivo, todos con aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*, excepto dos, que fueron *Mycobacterium bovis*. De todos estos casos, uno presentó resistencia a isoniácida y otro a rifampicina. Entre los menores de 15 años no se han identificado cepas multirresistentes.

En relación con la fuente de infección, 22 casos (50%) pertenecen a brotes familiares o de amigos y cinco tienen al menos relación con caso conocido. En todos los casos se realizó estudio de contactos para encontrar el caso índice o se había realizado con anterioridad.

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

De los 634 casos, se han identificado 36 (5,6%) coinfecciones con el virus del VIH (6,7% en 2023); una cifra muy superior a la prevalencia estimada de VIH en la Comunidad de Madrid, que es del 0,2%.

El grupo de edad más afectado es el de 45 a 54 años (25 a 34 en 2023), con un 41,8%, dentro de un rango de edad que va de los 19 a los 64 años. Con respecto al sexo, 30 casos (83,3%) corresponden a hombres.

Según el país de origen, 23 personas proceden de fuera de España: seis del continente africano, quince de América Latina y el Caribe, una de origen europeo y una de origen asiático.

Al igual que en los casos sin VIH, la localización más frecuente ha sido la pulmonar (66,7%), seguida por la linfática y la miliaria.

Un 16,9% de los casos con VIH ya habían iniciado tratamiento para la tuberculosis en alguna ocasión previamente, frente al 5,9% de los casos sin VIH.

Del total de casos registrados, en el 80,6% se ha obtenido cultivo positivo. En dos de ellos se ha detectado resistencia a la isoniácida.

En el momento de realizar este informe, el 61,1% ha completado el tratamiento, el 14,1% continúa en tratamiento, dos han fallecido por tuberculosis y tres por otras causas.

3.4. TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN NACIDA FUERA DE ESPAÑA

En el año 2024, del total de 634 casos de TB, 403 fueron personas nacidas fuera de España, lo que supone un 63,6% (60,7% en el 2023 y 55,4% del 2022). La tasa de incidencia en población nacida fuera de España fue de 24,15 casos por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de nacidos en España ha sido de 4,32 casos por 100.000 habitantes. Su procedencia es fundamentalmente de América del Sur (57,1% del total), le sigue en frecuencia África (21,8%), Asia (7,7%) y Europa (7,2%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son: Perú (98 casos), Marruecos (50), Colombia (37), Venezuela (31), Bolivia (25), Ecuador (21) y Rumanía (21) (Tabla 8).

TABLA 8

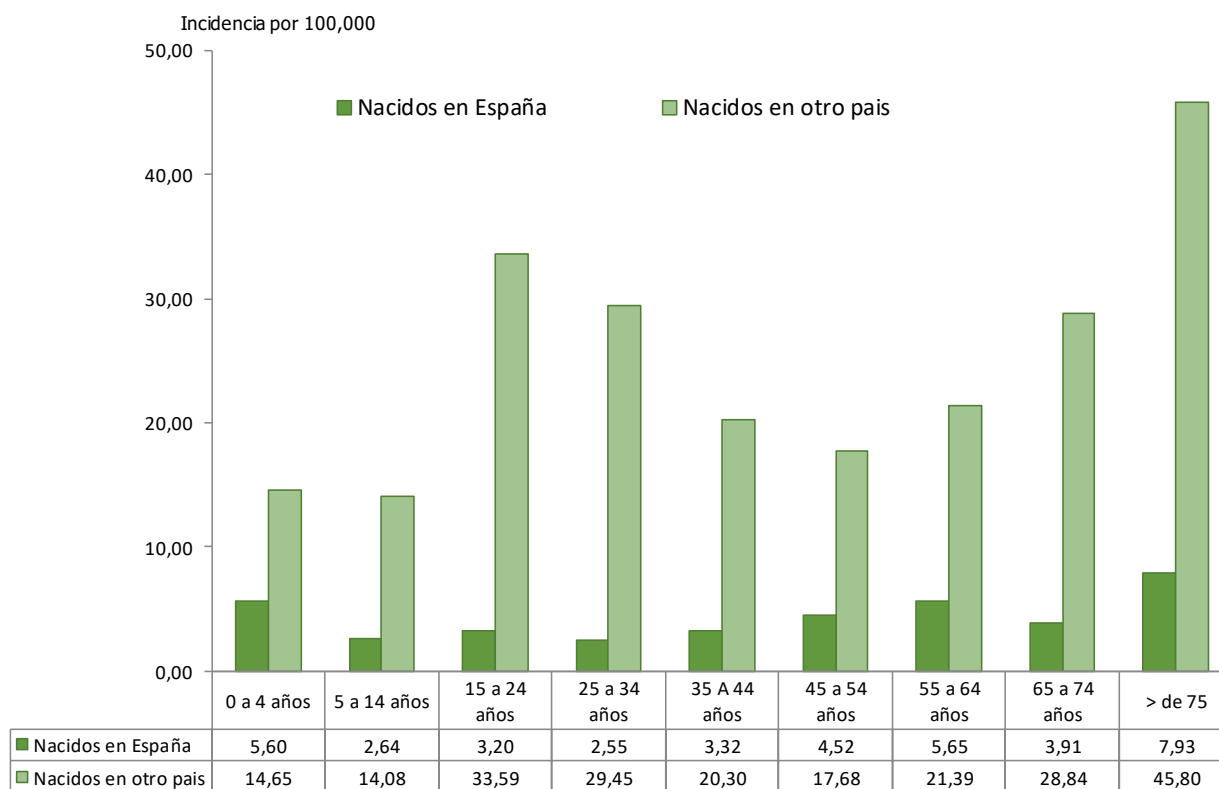
Distribución de los casos de tuberculosis en población extranjera según continente y país de origen más frecuente. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024

CONTINENTE	PAÍS	Nº DE CASOS DE TB	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS
AMÉRICA		253	62,8
AMÉRICA DEL NORTE		1	0,2
AMÉRICA CENTRAL Y DEL CARIBE		22	8,7
	Rep. Dominicana	7	31,8
	Honduras	7	31,8
	El Salvador	5	22,7
	Cuba	2	9,1
	Nicaragua	1	4,5
AMÉRICA DEL SUR		230	57,1
	Perú	98	42,6
	Colombia	37	16,1
	Venezuela	31	13,5
	Bolivia	25	10,9
	Ecuador	21	9,1
	Paraguay	11	4,8
	Argentina	4	1,7
	Brasil	2	0,9
	Chile	1	1,0
ÁFRICA		88	21,8
MAGREB		50	12,4
	Marruecos	50	100,0
RESTO DE AFRICA		38	9,4
	Senegal	9	23,7
	Guinea Ecuatorial	8	21,1
	Guinea -Conakri	4	10,5
	Nigeria	3	7,9
	Mali	2	5,3
	Camerún	1	2,6
	Egipto	1	2,6
	Otros	10	26,3
EUROPA		29	7,2
	Rumanía	21	72,4
	Ucrania	2	6,9
	Moldavia	2	6,9
	Alemania	1	3,4
	Bélgica	1	3,4
	Francia	1	3,4
	Italia	1	3,4
ASIA		31	7,7
	Filipinas	11	35,5
	China	7	22,6
	Bangladesh	6	19,4
	Japon	2	6,5
	India	1	3,2
	Otros	4	12,9
	Desconocido	2	0,5
TOTAL		403	100%

En la Figura 5 se presenta la distribución de los casos estratificados por edad. El 50% de los casos nacidos en España tiene igual o menos de 53 años, con un rango intercuartílico de 31 a 68 años. En cambio, entre los nacidos fuera de España, el 50% tiene igual o menos de 36 años, con un rango intercuartílico de 27 a 50 años.

FIGURA 5

Distribución de los casos de tuberculosis según lugar de nacimiento y grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024.



En la Tabla 9 se describen las características clínicas y epidemiológicas según el lugar de origen. No se observan diferencias significativas por sexo entre los nacidos en España y los nacidos en otros países.

En relación con los grupos de edad, las diferencias responden a distribuciones poblacionales no homogéneas según países.

Respecto a la localización de la enfermedad, en ambos grupos la forma pulmonar es la más frecuente.

Entre los factores de riesgo, el VIH se distribuye de forma homogénea en ambos grupos. Sin embargo, en otros factores como el tabaquismo, el alcoholismo, las enfermedades inmunosupresoras y las neoplasias, sí se observan diferencias claras. La distribución de las edades en cada grupo podría ser un factor importante a tener en cuenta en la interpretación de los datos.

Las resistencias a al menos un antibiótico fueron más frecuentes en personas nacidas en el extranjero (13,6% frente al 7,4%). Además, la mediana del tiempo diagnóstico en esta población fue 6 días mayor en comparación con los casos nacidos en España.

TABLA 9

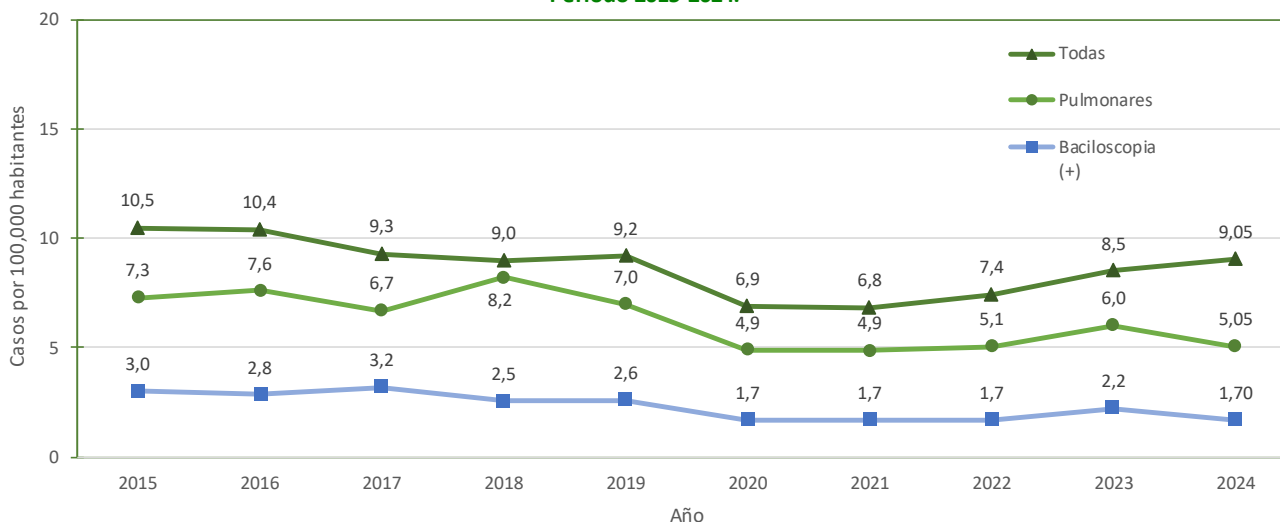
Características clínicas y epidemiológicas según lugar de origen. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2024.

		NACIDOS EN ESPAÑA		NACIDOS EN OTRO PAIS		X² (p)
		N	%	N	%	
Sexo						
Hombres		141	60,5	247	61,3	0,95
Mujeres		90	38,6	156	38,7	
Grupo de edad (años)						
0-14		30	12,9	14	3,5	0
15-34		31	13,3	170	42,2	
35-54		59	25,3	132	32,8	
55-74		62	26,6	70	17,4	
75 y más		49	21,0	17	4,2	
Localización						
Pulmonar		173	74,2	294	73,0	0,004
Linfática		18	7,7	55	13,6	
Otra respiratoria		23	9,9	26	6,5	
Huesos y articulaciones		0	0,0	10	2,5	
Miliar		3	1,3	5	1,2	
Otras		14	6,0	13	3,2	
Factores de riesgo						
Tabaquismo		74	31,8	86	21,3	0,001
VIH		13	5,6	23	5,7	0,05
Alcoholismo		34	14,6	35	8,7	0,017
Enfermedad inmunosupresora		56	24,0	52	12,9	0
Diabetes		32	13,7	47	11,7	0,366
Neoplasia		32	13,7	19	4,7	0
Nivel asistencial de prescripción de tto						
Atención Especializada		216	92,7	372	92,3	0,854
Atención Primaria		3	1,3	6	1,5	
Otros Notificadores		12	5,2	25	6,2	
Hospitalización		178	76,4	323	80,1	0,216
Estudio de contactos		168	72,1	269	66,7	0,118
Evolución conocida		225	96,6	374	92,8	0,015
Resistencia antibiótica		17	7,3	55	13,6	0,014
Retraso en tto en TB pulmonares (días)						
p25		9	—	17	—	
p50		34	—	40	—	
p75		91	—	102	—	
Total		233		403		

3.5. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2015 – 2024)

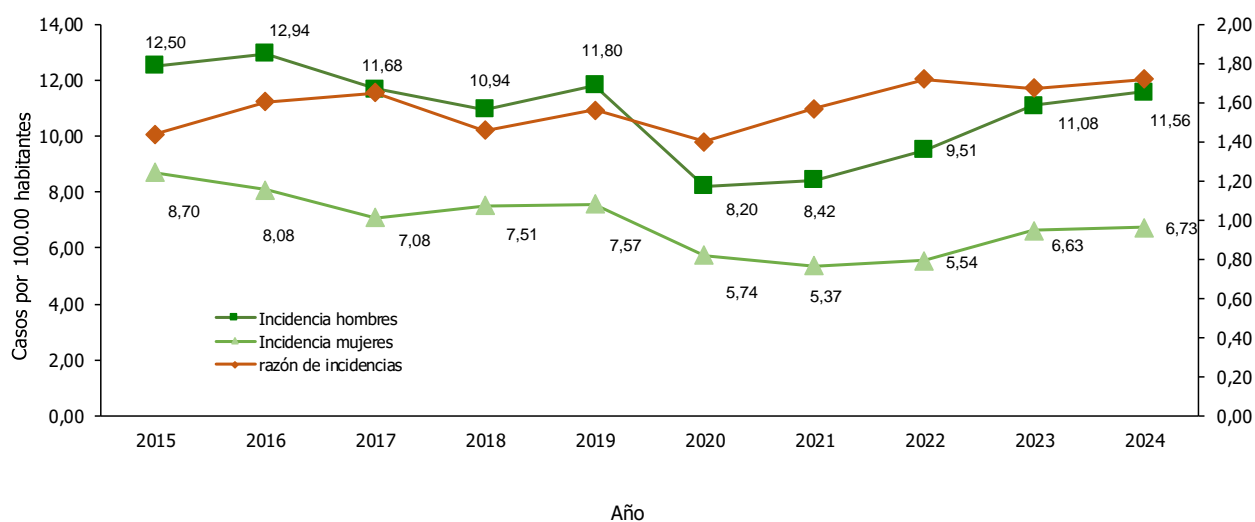
Durante la última década se ha producido un descenso en la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, pasando de 10,5 casos por 100.000 habitantes en 2015 a 9,05 en 2024. Los años asociados a la pandemia reflejan un descenso muy acusado, alcanzando cifras históricas de 6,9 y 6,8 en 2020 y 2021, cifras que no se han mantenido en los últimos años (Figura 6).

Figura 6

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2015-2024.


Durante todo el periodo analizado, la incidencia fue superior en hombres que en mujeres, manteniéndose con una razón de tasas (RT) entre 1,40 en 2018 y 1,72 en 2024. Las mayores diferencias entre sexos se han observado en los últimos tres años, siendo el valor máximo en 2024 (RT=1,72). El mayor incremento de tasas se registró en mujeres durante 2023 con un aumento del 20% respecto al año previo (tasa de 5,54 en 2022 a 6,63 en 2023).

FIGURA 7

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por sexo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2015-2024.


En cuanto a la distribución por edades (Tabla 10), en 2024 se observa un incremento de la incidencia en la mayoría de los grupos de edad respecto a 2023, excepto en los intervalos de 45-54 años (de 9,5 a 8,2) y 65-74 años (de 8,1 a 7,2), donde se registra un descenso. El aumento es más pronunciado en los grupos de menor edad (<25 años), especialmente en el grupo de 5-14 años, que pasa de 2,6 en 2023 a 4,0 en 2024 (>53%), y en el grupo de 15-24 años, que aumenta de 8,1 a 10,3 (>27%).

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. Periodo 2015-2024.

Edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0-4	12,1	6,3	3,7	5,6	6,4	2,9	3,8	2,8	5,2	6,1
5-14	7,5	1,8	3,0	2,0	2,1	2,3	1,6	1,9	2,6	4,0
15-24	8,6	9,0	8,0	9,4	9,7	8,6	3,6	6,8	8,1	10,3
25-34	11,7	11,5	13,8	11,9	11,1	9,2	8,9	11,3	13,5	13,8
35-44	11,8	12,6	10,0	10,2	9,7	8,7	5,1	7,4	8,2	9,6
45-54	10,7	12,4	10,3	10,3	11,2	6,2	4,5	7,1	9,5	8,2
55-64	8,0	10,2	8,5	8,4	9,5	6,5	6,0	7,6	8,8	9,1
65-74	9,8	10,6	7,2	6,7	9,1	5,4	4,9	9,1	8,1	7,2
75 y más	14,8	15,4	15,0	13,5	11,6	9,7	4,5	10,5	10,2	10,1
Todas	10,5	10,4	9,3	9,0	9,2	6,9	6,8	7,4	8,6	9,0

La evolución de la incidencia por distritos de salud pública se presenta en la Tabla 11. A partir de 2024, los distritos de Vallecas, Alcobendas y Majadahonda se han desagregado para el cálculo de las incidencias, con una nueva configuración que aporta una distribución poblacional más homogénea.

TABLA 11

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por distrito de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 2015-2024.

Distritos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Madrid-Usera	18,8	23,1	20,7	23,3	21,5	15,4	13,3	10,4	18,8	19,04
Madrid-Centro	18,6	17,7	20,8	20,0	21,2	10,9	8,7	9,4	11,6	17,31
Madrid-Villaverde	18,5	24,7	22,4	11,0	17,5	15,6	11,0	5,8	8,4	16,9
Madrid-Carabanchel	16,6	15,7	17,6	16,9	17,8	8,8	8,1	16,9	19,0	14,7
Madrid-Puente de Vallecas*	14,7	11,2	16,0	19,2	18,5	12,9	13,6	13,3	18,4	13,18
Madrid-Villa de Vallecas*										7,42
Torrejón de Ardoz	11,8	19,7	11,7	12,3	12,2	8,3	7,5	10,5	12,1	12,76
Madrid-Ciudad Lineal	6,6	10,4	8,5	7,0	6,0	6,4	6,0	6,5	8,3	12,21
Madrid-Tetuán	9,3	8,5	7,8	13,4	8,2	13,6	13,8	3,2	3,6	10,63
Madrid-Latina	14,5	13,2	12,8	9,3	11,3	8,7	10,4	5,4	10,0	10,26
Collado Villalba	5,4	7,3	7,3	7,9	6,0	5,1	2,2	3,0	2,7	10,22
Parla-Pinto	15,7	10,9	13,1	6,4	5,4	4,8	10,1	3,8	8,2	9,8
Aranjuez-Valdemoro	6,8	13,0	4,1	4,6	7,1	5,0	5,9	10,1	14,7	9,37
Madrid-San Blas-Canillejas	8,5	11,1	9,7	5,1	9,5	4,3	10,0	1,2	3,7	9,2
Alcalá de Henares	6,9	8,6	7,8	7,0	6,1	6,0	5,2	8,4	6,8	8,89
Navalcarnero	6,5	12,8	3,6	11,6	11,4	4,3	2,5	7,6	4,2	8,78
Leganés	13,9	13,4	6,4	7,4	9,5	5,2	8,0	8,3	7,8	8,77
Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	22,5	7,9	7,9	9,7	10,8	5,9	8,3	2,5	5,1	8,72
Madrid-Arganzuela	15,3	11,2	7,2	7,8	7,8	7,1	4,5	5,0	3,0	8,37
Madrid-Moncloa-Aravaca	9,5	3,4	3,4	4,2	10,9	4,9	5,8	7,5	6,6	8,25
Móstoles	12,9	12,8	5,5	8,9	7,5	7,4	4,9	6,4	7,6	7,98
Madrid-Hortaleza Barajas	4,5	5,4	5,3	6,0	5,9	7,0	5,8	6,3	8,8	7,97
Fuenlabrada	10,0	10,5	4,6	5,5	9,6	5,0	8,7	7,5	6,4	7,86
Alcorcón	10,8	12,0	8,3	9,4	4,1	5,8	2,9	11,5	11,9	7,44
Sierra Norte**										7,01
Alcobendas-San Sebastián de los Reyes**	6,8	5,9	5,8	7,2	5,1	5,6	6,7	7,8	5,5	4,16
Arganda-Rivas	5,7	11,3	9,7	3,5	7,9	4,3	5,2	4,7	6,6	6,92
Madrid-Chamberí	15,0	8,6	7,2	7,8	9,2	5,6	4,3	5,7	5,0	6,56
Madrid-Funecarral-El Pardo	8,2	4,2	5,9	6,2	7,3	4,0	2,8	9,4	9,4	5,94
Getafe	10,9	11,9	9,5	8,9	6,0	10,3	5,5	10,6	9,7	5,74
Las Rozas-Majadahonda***	2,9	5,1	4,8	2,0	3,6	3,6	1,6	5,1	6,2	5,68
Boadilla-Pozuelo***										4,45
Madrid-Salamanca	7,0	5,6	6,3	8,9	11,0	4,7	5,5	8,3	5,7	5,1
Madrid-Retiro	7,6	5,9	6,7	10,1	4,2	3,3	7,6	9,5	9,5	4,53
Madrid-Chamartín	1,4	2,8	4,9	2,8	5,5	1,4	2,8	6,2	6,9	4,09
Colmenar Viejo - Tres Cantos	5,5	0,8	8,3	6,0	5,8	7,1	4,2	4,2	10,5	3,85
Coslada	10,5	8,8	7,6	10,2	8,3	5,7	8,9	1,4	3,4	2,39
Total	10,5	10,4	9,3	9,0	9,2	6,9	6,8	7,4	8,6	9,0

*Datos agrupados hasta 2023 (Vallecas)

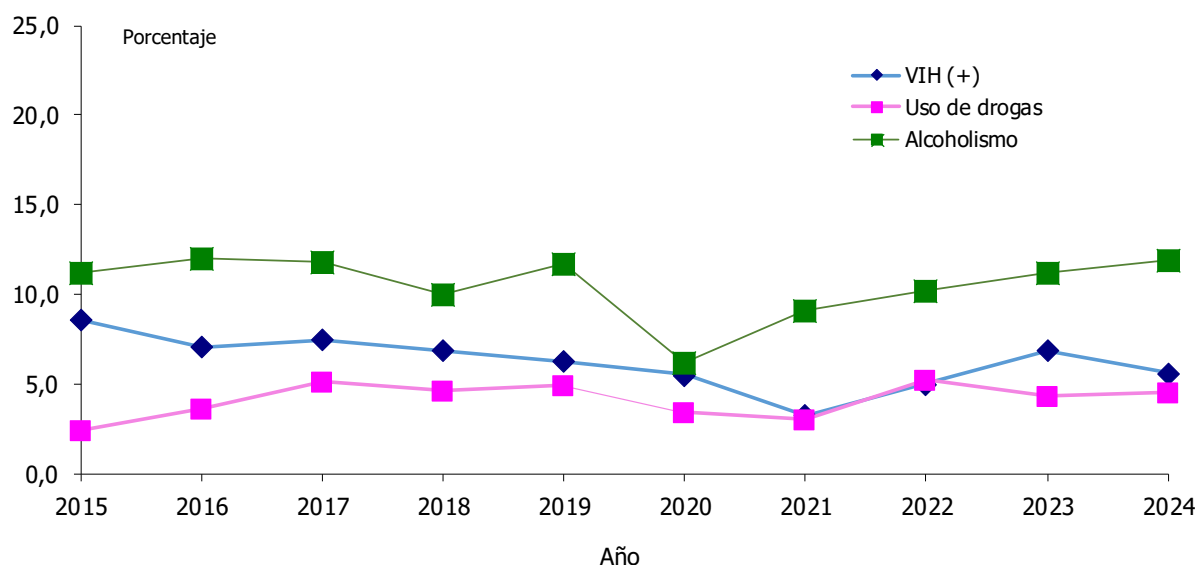
** Datos agrupados hasta 2023 (Alcobendas)

*** Datos agrupados hasta el 2023 (Majadahonda)

Entre 2015 y 2024, la proporción de casos de tuberculosis (TB) asociados a infección por VIH/SIDA ha mostrado una tendencia descendente, pasando del 8,6% en 2015 al 5,6% en 2024. Sin embargo, los casos vinculados al consumo de drogas como factor de riesgo han experimentado un incremento, pasando del 2,4% en 2014 al 4,5% en 2025. Por su parte, el porcentaje de casos que presentaban alcoholismo como factor de riesgo se ha mantenido relativamente estable, con valores de 11,2% en 2015 y 11,9% en 2024 (Figura 8).

FIGURA 8

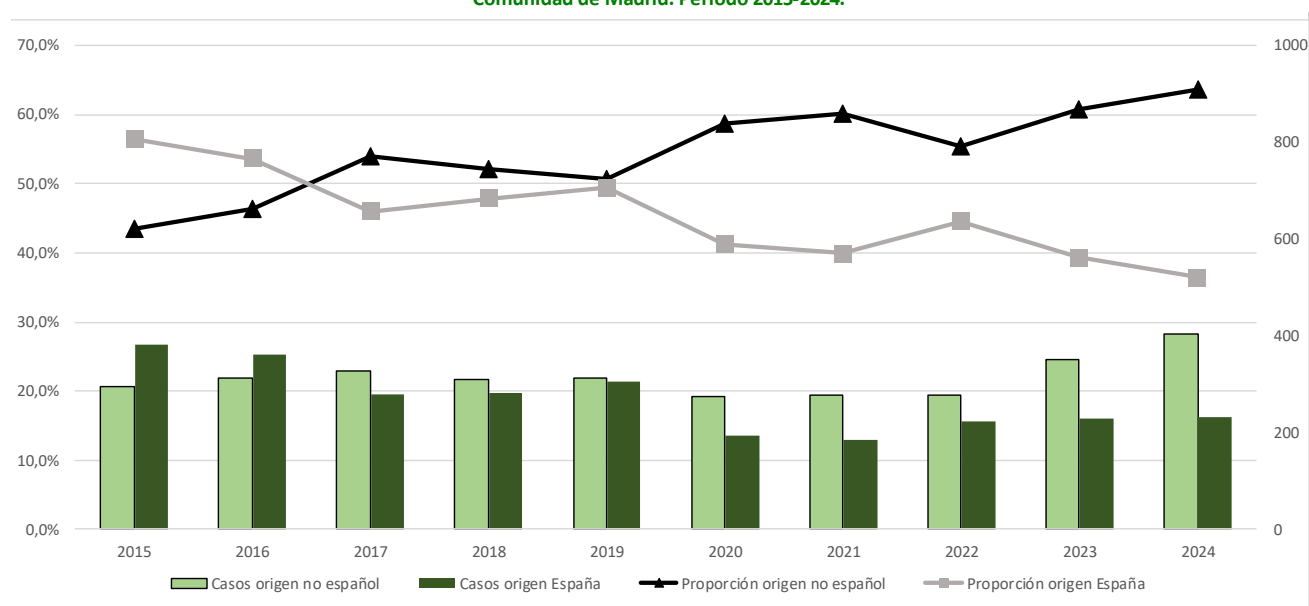
Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y alcoholismo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2015-2024.



Hasta 2019, la proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España se ha mantenido en valores cercanos al 50%. Desde 2020 este porcentaje se ha ido incrementando hasta situarse por encima del 60%. En 2023 esta proporción fue del, 60,7% alcanzando un 63,6% en 2024 (Figura 9).

FIGURA 9

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 2015-2024.



4. DISCUSIÓN

En el año 2024, la incidencia de tuberculosis ha sido de 9,05 casos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un incremento del 9,3% respecto al año anterior. Este aumento podría estar influido por factores como la mayor movilidad poblacional, el incremento de la densidad demográfica, el aumento del porcentaje de personas nacidas fuera de España y una creciente concienciación sobre la enfermedad, que ha favorecido el diagnóstico y el seguimiento de los casos.

Se observa un incremento en los casos de tuberculosis asociados a *Mycobacterium bovis*, que, si bien actualmente no constituye un problema de salud pública significativo (7 casos en 2023 frente a 14 en 2024), requiere mantener una vigilancia activa y valorar la necesidad de reforzar el seguimiento epidemiológico.

Los grupos de edad con mayor incidencia se concentran en población adulta joven, caracterizada por mayor movilidad y contacto social. Destacan el grupo de 25 a 34 años, con 13,81 casos por 100.000 habitantes, y el de 15 a 24 años, con una incidencia de 10,31 por 100.000.

El predominio masculino de los casos (61,2% del total) se mantiene a lo largo de toda la serie, en concordancia con lo descrito en la bibliografía. Factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, la mayor exposición a entornos con riesgo de transmisión y la mayor frecuencia de comorbilidades asociadas, como la infección por VIH, podrían explicar dichas diferencias.

El incremento de la incidencia en personas no nacidas en España, en comparación con las nacidas en el país (24,15 frente a 4,32 casos por 100.000 habitantes), se relaciona con las altas prevalencias de tuberculosis en los países de origen. Además, se trata mayoritariamente de una población joven y masculina, lo que implica mayor movilidad y contacto social al formar parte de la población activa. Otros factores, como comorbilidades asociadas y la vulnerabilidad derivada de su situación socioeconómica, pueden contribuir a la activación de una infección tuberculosa latente.

La variabilidad existente entre los distritos de salud pública de la Comunidad de Madrid podría estar relacionada con factores como la densidad de población, la vulnerabilidad social y las condiciones socioeconómicas. Las tasas oscilan desde 19,04 casos por 100.000 habitantes en el distrito de Usera hasta 2,39 casos por 100.000 habitantes en Coslada.

El 73,7% de los casos de tuberculosis son de localización pulmonar. En las formas extrapulmonares, la localización más frecuente es la linfática (11,5%). Las formas extrapulmonares de tuberculosis no son contagiosas; sin embargo, el retraso en su diagnóstico puede complicar la evolución de la enfermedad. Además, cuando los casos se presentan en niños, esta demora dificulta la identificación del caso índice.

En relación con el retraso diagnóstico, definido como el tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de inicio del tratamiento, se observa una ligera mejoría respecto a 2023, pasando de una mediana de 45 días (RIC: 20–108) a 38 días (RIC: 14–98) en 2024. Esta mejoría podría atribuirse a una mayor concienciación por parte de los clínicos sobre la enfermedad, lo que favorece una sospecha más temprana de la posibilidad de que se trate de un caso, así como a una mayor vigilancia de los contactos y al seguimiento de los pacientes.

Las medidas complementarias utilizadas para favorecer el cumplimiento del tratamiento son esenciales para garantizar su correcta administración y, de esta forma, evitar posibles recaídas o la aparición de casos secundarios. En 2024, el 27,3% de los casos (ligeramente superior al 2023) se beneficiaron del tratamiento directamente observado o supervisado por Cruz Roja, en el marco del convenio establecido por la Dirección General de Salud Pública con esta entidad para la atención de población vulnerable con factores de mala adherencia al tratamiento.

El 14,1% de los casos han presentado resistencia a uno o más fármacos. La complejidad de estos casos, junto con la posibilidad de transmisión a otras personas, implica un mayor uso de recursos para su diagnóstico, seguimiento y la búsqueda de posibles contactos.

En relación con los estudios de contactos, se han realizado 437 estudios que han implicado a 1.667 personas (frente a 1.401 en 2023), constituyendo una medida preventiva fundamental para la detección de casos secundarios y la interrupción de las cadenas de transmisión. Desde el Programa de Enfermedades Respiratorias de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid se coordina la realización de los estudios de colectivos (colegios, residencias, asociaciones, entre otros).

De los 44 casos infantiles, un porcentaje significativo (31%) corresponde a niños nacidos fuera de España lo que refleja la influencia de la migración en la epidemiología de la TB infantil (incremento que ya se puso de manifiesto en 2023). El 38,6% de los casos presentó cultivo positivo, lo cual es habitual en pediatría debido a la dificultad para obtener muestras y la baja carga bacilar. La alta proporción de transmisión en entornos familiares/amigos (50%) confirma la relevancia del estudio de contactos. El diagnóstico de tuberculosis en población pediátrica constituye un indicador relevante de transmisión temprana de la enfermedad, lo que refuerza la necesidad de identificar de manera precoz el caso índice y aplicar medidas preventivas para limitar la transmisión.

En la última década, la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid ha disminuido de 10,5 casos/100.000 habitantes en 2015 a 9,05 en 2024. Durante la pandemia (2020-2021) se registraron cifras históricamente bajas. Este descenso no se ha mantenido en los últimos años. El levantamiento de las restricciones, el aumento de la movilidad de la población, el mayor crecimiento migratorio y las mejoras en el diagnóstico y seguimiento de los casos de tuberculosis han motivado un repunte en la incidencia.

5. CONCLUSIONES

- El aumento de la incidencia respecto a años previos podría estar influido por una mayor movilidad, el incremento de la población migrante y las mejoras en el diagnóstico y seguimiento de los casos.
- Aunque no supone un problema de salud pública significativo, el aumento de casos de *M. bovis* (de 7 en 2023 a 14 en 2024) requiere mantener vigilancia activa y reforzar el seguimiento epidemiológico.
- Los grupos de edad con mayor incidencia se concentran en población adulta joven, caracterizada por mayor movilidad y contacto social.
- El predominio masculino se mantiene estable en la serie histórica. Factores como consumo de tabaco y alcohol, mayor exposición a entornos de riesgo y comorbilidades como VIH podrían explicar esta diferencia.
- Las mayores tasas de tuberculosis en personas no nacidas en España se relacionan con alta prevalencia en países de origen, población activa, predominio masculino y factores socioeconómicos que favorecen la activación de infección latente.
- La tuberculosis pulmonar, que representa el 73,7% de los casos y es la forma más contagiosa, contrasta con las extrapulmonares, no transmisibles, pero clínicamente relevantes por el retraso diagnóstico, especialmente en niños.
- Se observa una reducción en el retraso diagnóstico, pasando de una mediana de 45 días en 2023 a 38 días en 2024, lo que indica una ligera mejoría atribuida a mayor concienciación clínica, sospecha más temprana, vigilancia de contactos y seguimiento de pacientes.
- En 2024, el 27,3% de los casos recibieron tratamiento directamente observado por Cruz Roja para garantizar la adherencia en población vulnerable y prevenir recaídas.
- Se realizaron 437 estudios de contactos que involucraron a 1.667 personas, confirmando su papel esencial en la detección precoz y la interrupción de la transmisión, especialmente relevante en población pediátrica y entornos familiares.

- El Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid ha funcionado durante 2024 de forma adecuada.

Agradecimientos. A Carmen Medina Bailón (Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública), por su dedicación y trabajo en la unidad, y a Carmen Sastre Jiménez, por sus gestiones y seguimiento de la información proporcionada. Agradecemos la colaboración de todos los notificadores, ya que constituye un elemento esencial para la obtención y mantenimiento de la información epidemiológica.

Informe elaborado por: Mercedes Rumayor Zarzuelo, Lourdes Oliva Iñiguez, Irina Reytor Fomaris; Rosario Aquino Rodriguez; Noelia Cenamor Largo, Marta Huerta Cofiño, Zonmy Tuya Bengochea. Unidad Técnica de Vigilancia y Control de Enfermedades Respiratorias.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 11. Volumen 30. noviembre 2025.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid 2000 al 2003. Documento Técnico Nº 64. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
2. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas. http://www.madrid.org/iestadis/fijas/otros/estructu_cen.htm
3. Protocolo de Estudio de Contactos <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM017771.pdf>
4. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Informe del año 2023. Nº 6. Volumen 29. Junio 2024 (4-25). <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51306>
5. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2023. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. <https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-az/tuberculosis>
6. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 – 2023 data. Stockholm: ECDC/WHO Regional Office for Europe; 2025 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2025-2023-data#:~:text=This%20report%20provides%20an%20overview%20of%20the%20latest,the%20European%20Centre%20for%20Disease%20Prevention%20and%20Control.>
7. Informe mundial sobre la tuberculosis 2023 [Global tuberculosis report 2023]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023/tb-disease-burden>
8. Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, marzo 2019. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Resumen_PlanTB2019.pdf