

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INFORME AÑO 2014 (Cifras Provisorias al 21.01.2015)

En el año 2014 se registró un total de 852 casos de tuberculosis (TB) (25 casos por 100.000 habitantes (10^5)). De ellos 789 fueron casos nuevos (tasa $23,2 \times 10^5$), (92,6 % de la incidencia) y 63 casos previamente tratados (tasa $1,85 \times 10^5$), (7,4% de la incidencia) en todas las localizaciones, confirmadas y no confirmadas. Esto representa una disminución de 26 casos (2,9%) en relación al año 2013.

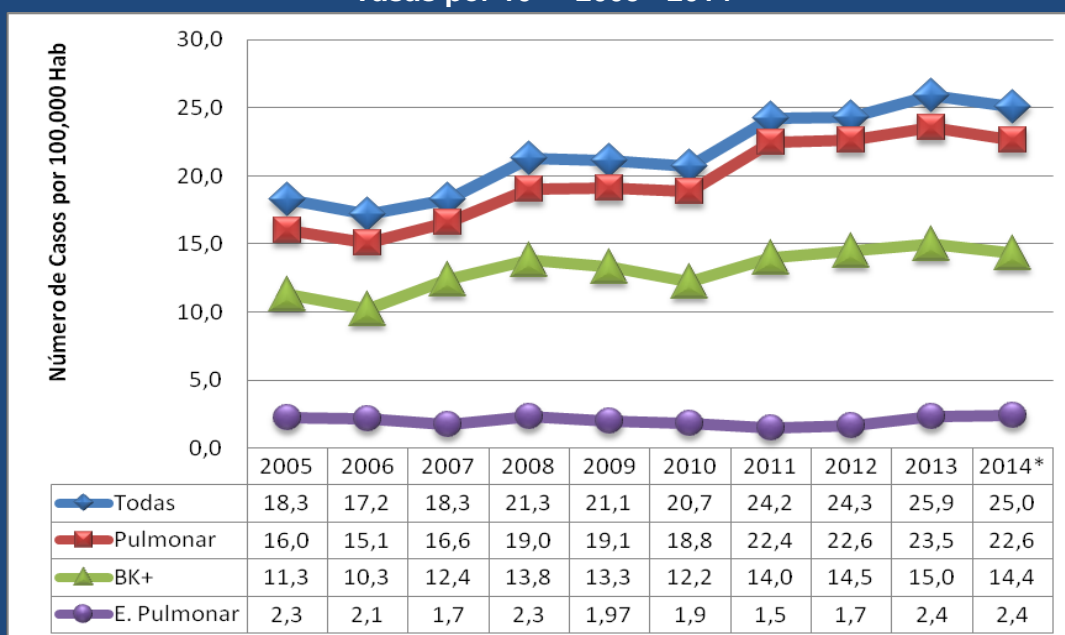
Se confirmaron bacteriológicamente 629 (73,8 %) de todos los casos, en tanto 223 (26,2 %) no fueron confirmados.

De los 769 casos de TB pulmonar, 563 se confirmaron (73,2%); 489, (86,8 %) lo fueron por baciloscopía (bacilíferos) y 74 casos (13,1 0%) por cultivo. La tasa de incidencia de bacilíferos fue de $14,4 \times 10^5$.

En el período se registró 1 caso de meningo-encefalitis tuberculosa en menores de 5 años, la cual se confirmó bacteriológicamente.

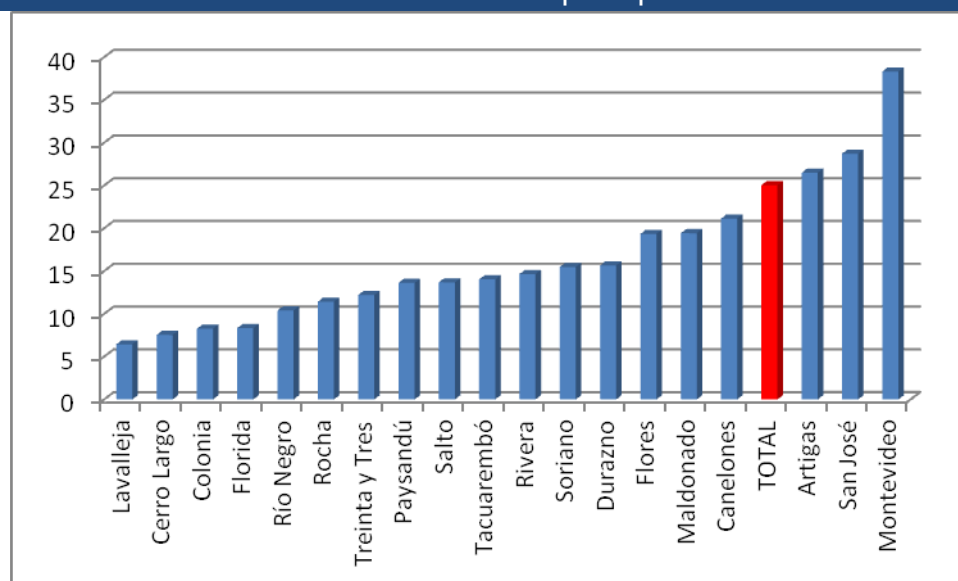
1- Incidencia de Casos - En el gráfico I se presentan las tasas de incidencias registradas de TB en los últimos 10 años en todas sus formas y localizaciones, pulmonares, pulmonares confirmadas por baciloscopía (bacilíferos) y extra-pulmonares expresadas en tasas por 10^5 habitantes.

GRÁFICO I
Incidencia de Tuberculosis, Todas las Formas, Pulmonares,
Bacilíferos y Extra-Pulmonares
Tasas por 10⁵ – 2005 - 2014



2 - Distribución de Casos por Departamento - En la tabla I se presentan las tasas por 10⁵ habitantes, en orden creciente, de los casos registrados de TB en todas sus formas y localizaciones. En el presente ejercicio Montevideo, en donde reside casi el 50% de la población del país, continúa siendo, como ocurre desde hace años, el departamento que presenta el mayor número de casos y las mayores tasas de incidencia.

TABLA I
Tasas de Tuberculosis Todas las Formas por Departamento - Año 2014



3 - Distribución de Casos por Edades - En los gráficos IIA y IIB presentamos los casos de acuerdo a grupos de edades y sexo de tuberculosis todas las formas (IIA) y pulmonares con baciloscopías positivas (IIB). Como ocurre desde hace algunos años, se registra el mayor número de casos en los grupos de 25-34 años y de 35-44, en tanto disminuye en las edades más avanzadas. Como es habitual, el mayor número de casos ocurre en el sexo masculino (relación M/F = 2,18/1)

GRÁFICO II a
Casos de Tuberculosis Todas las Formas por Grupos de Edades y Sexos
Año 2014

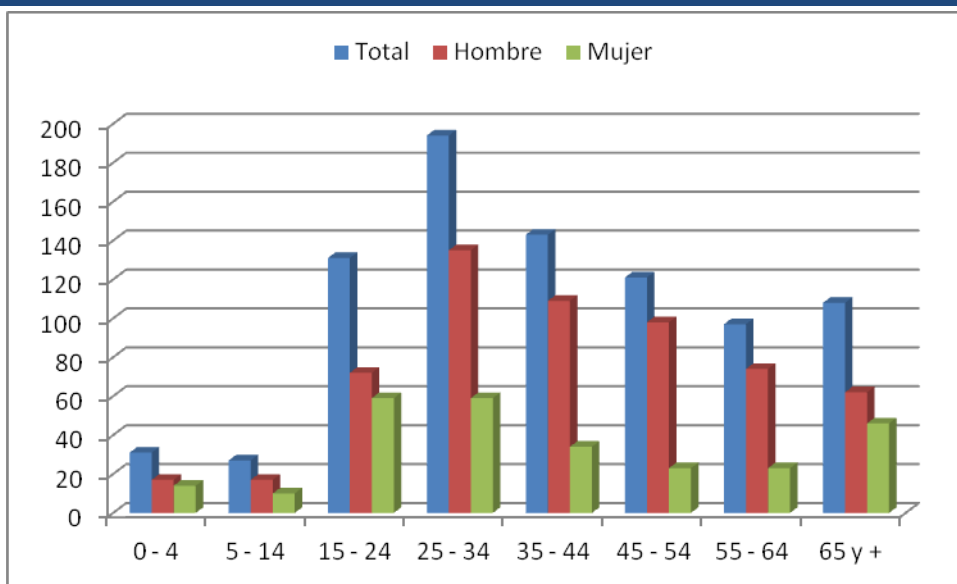
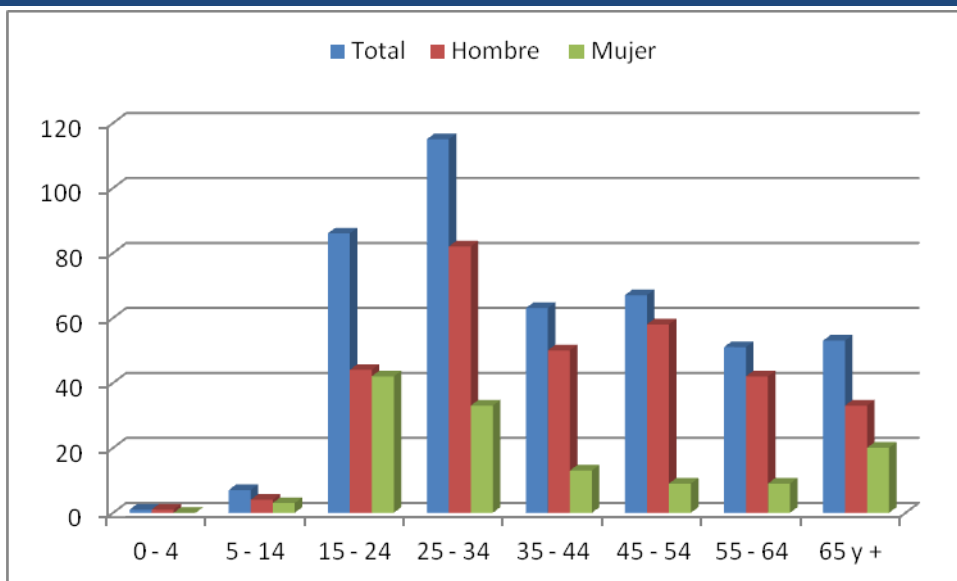


GRÁFICO II b
Casos de Tuberculosis Pulmonar BK⁺ por Grupos de Edades y Sexos
Año 2014



Controles de Contactos - La Tabla III presenta los datos de los controles de contactos en el período en análisis. Se identificaron 2024 de los cuales se estudiaron 1252 (61,8%). Los contactos que enfermaron (31) representan 3,8 % de las personas estudiadas en dichos controles y 5,6 % de la incidencia.

TABLA II
Control de Contactos de Pacientes Tuberculosos Declarados
Estudiados y Casos de TB entre Contactos – Año 2014

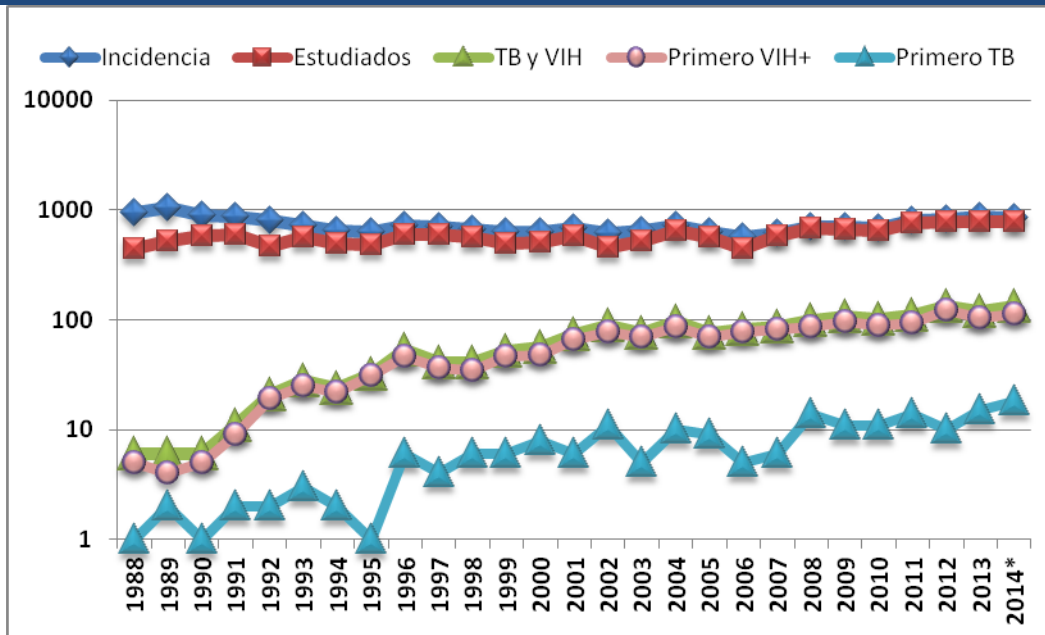
	Declarados	Estudiados	% ⁽¹⁾	Enfermos	% ⁽²⁾
Total	2024	1252	61,8	48	3,8
0-4	220	130	59,1	12	9,2
5-14	389	249	66,6	7	2,8
15-29	612	377	61,6	16	4,2
30-59	620	391	63,1	8	2,0
60 y +	183	105	57,4	5	4,8

⁽¹⁾: porcentaje sobre los declarados / ⁽²⁾: porcentaje sobre los estudiados

5 - Casos de TB en Personas VIH⁺ - Se estudió con serología para VIH a 778 casos (91,3 %). Se registraron 132 casos de pacientes con la infección por el virus de la inmunodeficiencia lo cual representa 16,9% de los pacientes estudiados serológicamente y un 15,5 % de la incidencia del año correspondiente. En 114 casos (86,4%) se conocía primeramente la condición de VIH+ antes de diagnosticarse la TB. Por el contrario, en 18 (13,6 %) la condición de VIH+ se conoció después del diagnóstico de TB (prevalencia de infección VIH en tuberculosos: 2,1 %).

En el gráfico III se presenta la evolución de la co-infección TB/VIH entre los años 1988 y 2014. En el mismo se presenta, en escala semi-logarítmica, el número de casos de TB todas las formas (Incidencia), el número de pacientes estudiados con serología para VIH (Estudiados) y el número de pacientes con la co-infección TB/VIH; a su vez se presenta el número de pacientes ya conocidos como VIH+ (primero VIH+) y aquellos pacientes en quienes se descubrió su seropositividad al ser diagnosticados como tuberculosos (primero TB).

GRÁFICO III
Evolución de la Co-Infección TB-VIH – 1988 – 2014



Sigue mejorado la comunicación y coordinación entre los Programas de TB y el Programa Nacional de ITS/SIDA para llevar adelante las actividades de colaboración recomendadas por la OMS. Se inició una experiencia muy positiva en colaboración con la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. En Centros Periféricos de la CHLA-EP en Montevideo la atención de los co-infectados TB/VIH se realiza en los mismos centros por un neumólogo y un infectólogo. Este año se logró que un mayor porcentaje de los pacientes co-infectados se les indicara el tratamiento anti-retroviral (TARV) y quimioprofilaxis con co-trimoxazol. Sin duda son metas alejadas de los niveles considerados adecuados, pero significa el inicio de un proceso que se debe perfeccionar hasta obtener y mantener mejores coberturas.

Es necesario que las autoridades sanitarias otorguen a este tema la importancia que merece, ya que sin un claro apoyo político que vaya más allá de lo declarativo, los programas “per se” no tienen las potestades ni los recursos para concretar las estrategias claramente establecidas por los organismos internacionales.

6 - Casos de TB en Personas Privadas de Libertad (PPL) – En los establecimientos de reclusión se registraron 63 casos de TB, lo cual representa una reducción de 17,1 % en relación al año anterior, aunque dado el carácter provisorio de estos datos, la diferencia puede hacerse menor. Esto coincide con un aumento muy marcado del número de estudios bacteriológicos practicados a este grupo durante este año. Un hecho positivo es que 22% de los casos de TB pulmonar se confirmó por cultivo, lo cual traduce una mejor contribución de este método al diagnóstico que en la población general y a la precocidad del mismo

El número de casos corresponde a una incidencia de 646 por 10⁵, más de 25 veces mayor que la tasa en población general. En los gráficos IVa y IVb se presenta la evolución de los casos y las tasas de TB en los establecimientos de reclusión desde el año 1997.

GRÁFICO IV a
Evolución de Casos de Tuberculosis en Establecimientos de Reclusión
1997- 2014

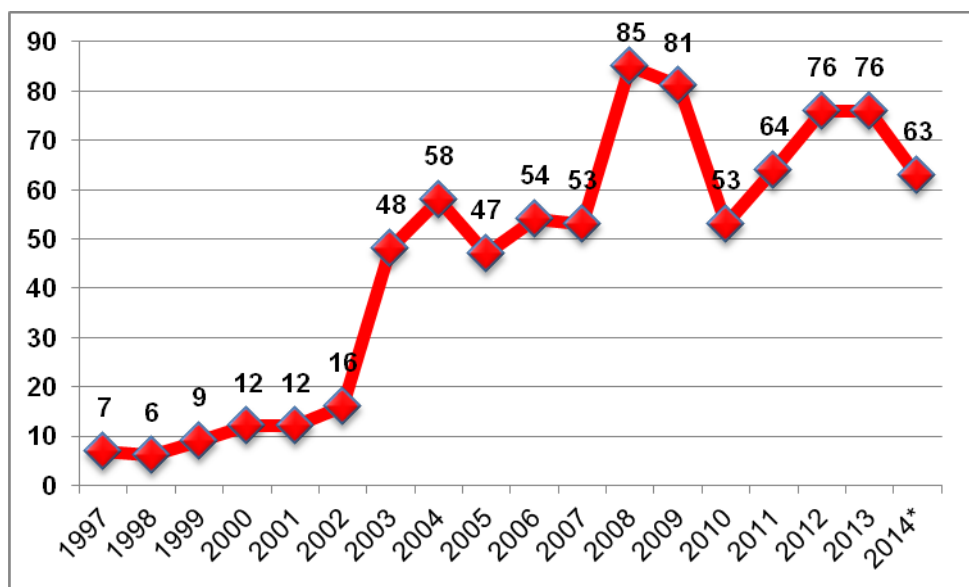
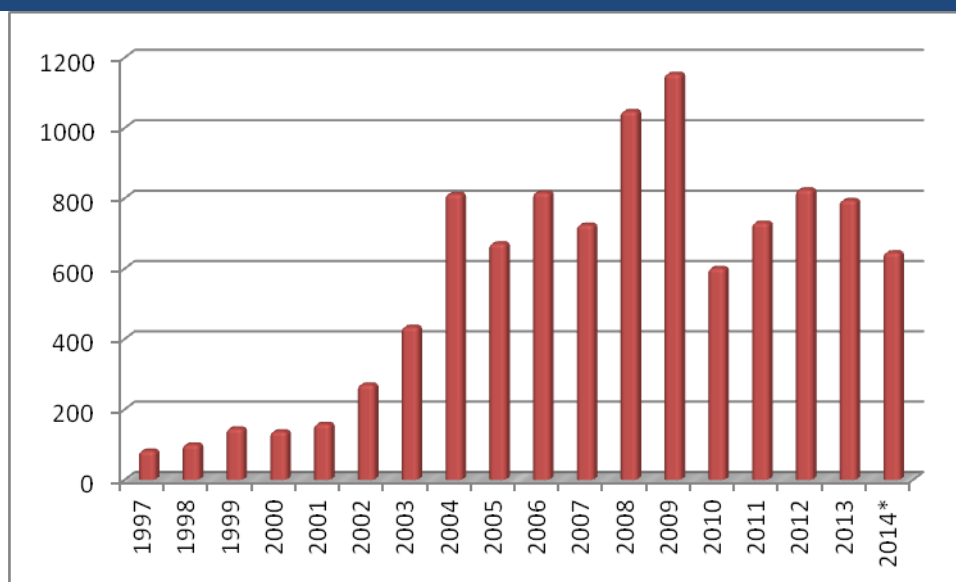


GRÁFICO IV b
Evolución de las Tasas de TB Todas las Formas en Establecimientos de Reclusión – Casos por 10⁵ . 1997- 2014



En suma:

1 – En 2014 se registró un leve descenso respecto al año anterior. De la situación de estabilidad de las tasas de incidencia de tuberculosis, como se venía observando desde mediados de la década de los años noventa, en el año 2011 se pasó a un marcado aumento que se ha mantenido en los años posteriores pero que este año parece haber alcanzado una estabilización. Si bien el descenso del número de casos no es significativo, durante el año 2014 se incrementó en casi 20% en relación al año anterior, el número de baciloscopías diagnósticas.

Sigue siendo preocupante el alto número de casos no confirmados bacteriológicamente (26,2%). La introducción de modernas técnicas de biología molecular en nuestro y otros laboratorios, debería permitir una mayor tasa de confirmación de la etiología tuberculosa en pacientes con cuadro clínico de difícil diagnóstico y en situaciones críticas. La aplicación de técnicas con el Xpert MTb-RIF no ha alcanzado aún una aplicación extensa en estas situaciones, en parte debido a razones económicas.

La actual tasa de incidencia registrada coloca a nuestro país en una etapa de control de la endemia, aunque aún lejos de nuestro objetivo: la eliminación de la TB como problema sanitario. El comienzo de la aplicación durante este año, de la Estrategia de Abordaje de la Tuberculosis en Grandes Ciudades, concretamente en Montevideo, nos dará herramientas para lograr un mejor enfoque del problema con vistas a la eliminación de la enfermedad.

2 – Montevideo es el departamento que presenta reiteradamente cifras significativamente superiores a la media nacional. Los casos del departamento fueron casi el 60% de la incidencia nacional. Este año la tasa de TB en todas las formas alcanzó a 38,3 por 10⁵ y la de bacilíferos de 24,7 por 10⁵. Es imprescindible intensificar la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR), especialmente en las áreas donde se comprueban otros índices socio-económico-culturales desfavorables. Esta actividad constituye una de las acciones que debe llevarse necesariamente a nivel del primer nivel de atención. Resulta imprescindible comprometer a todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados en el diagnóstico precoz de la enfermedad, el seguimiento del tratamiento y el control de los contactos. Ello requiere que las autoridades sanitarias otorguen apoyo político a estas actividades y le ofrezcan un marco normativo-resolutivo adecuado para llevar adelante las actividades correspondientes.

3 - La distribución de los casos por edades muestra una consolidación al aumento, ya observado desde hace años, en el grupo de 15-24 y muy especialmente de 25-34 años. En cierta medida una razón que explicaría este hecho, aunque por cierto no la única, sería el aporte de los pacientes VIH positivos que se diagnostican con una alta frecuencia precisamente en este grupo de edad. La mayor incidencia en los grupos de jóvenes refleja una alta tasa de transmisión de la infección tuberculosa, explicable, al menos en parte, al retardo diagnóstico que se ha constatado en numerosas oportunidades. Esto se refleja muy especialmente en el aumento de casos observado en niños.

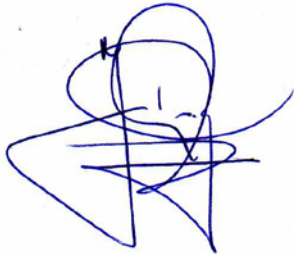
4 - Los contactos de pacientes tuberculosos continúan conformando un grupo de riesgo de importante participación en la incidencia de TB, aunque por debajo de la infección VIH y los establecimientos de reclusión. Los datos presentados en este informe son provisorios y procesados a pocos días del cierre del ejercicio, Por lo tanto no traducen resultados definitivos de una actividad fundamental para el Programa de TB.

5 - La participación de casos VIH positivos en la incidencia sigue siendo alta. Esto hace imperiosa la continuación y perfeccionamiento de las acciones coordinadas con el Programa Nacional de SIDA. Se debe seguir trabajando para lograr un abordaje más integral de los pacientes co-infectados. El requisito mínimo imprescindible en este sentido será que los mismos sean manejados integralmente en un mismo centro de atención para su compleja situación sanitaria y, frecuentemente, psico-social y económica, con facilidad de acceso.

6 - El número de casos en establecimientos de reclusión continúa contribuyendo de manera significativa al total de la incidencia. La tasa de incidencia es varias veces superior a la registrada en la población general

Un hecho a destacar es que, por un lado, los esfuerzos para la detección de casos se han redoblado y por otro, la notoria mejoría de los resultados de tratamiento, con cifras de éxito terapéutico satisfactorias y abatimiento de las tasas de abandono y letalidad. No obstante se deberán intensificar las medidas que tiendan a profundizar los logros

obtenidos en el control de la TB en los establecimientos de reclusión. Los equipos de salud de las prisiones deben comprometerse activamente con las actividades del programa de TB. La aprobación y aplicación de las Normas Nacionales para el Manejo de la TB en Prisiones no debe retardarse en su aprobación e implementación a efectos de mejorar esta realidad.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above the name of the signatory.

Dr. Jorge Rodríguez De Marco
COORDINADOR GENERAL
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y
Enfermedades Prevalentes – CHLA-EP