

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INFORME EPIDEMIOLOGICO AÑO 2012 Cifras Definitivas

En el año 2012 se registró un total de 820 casos de tuberculosis (TB) (24,3 casos por 100.000 habitantes (10^5)). De ellos 754 fueron casos nuevos (tasa $22,3 \times 10^5$), (92,0 % de la incidencia) y 66 casos previamente tratados (tasa $1,95 \times 10^5$), (8,0% de la incidencia) en todas las localizaciones, confirmadas y no confirmadas. Esto representa un aumento de 4 casos (0,5%) en relación al año 2011.

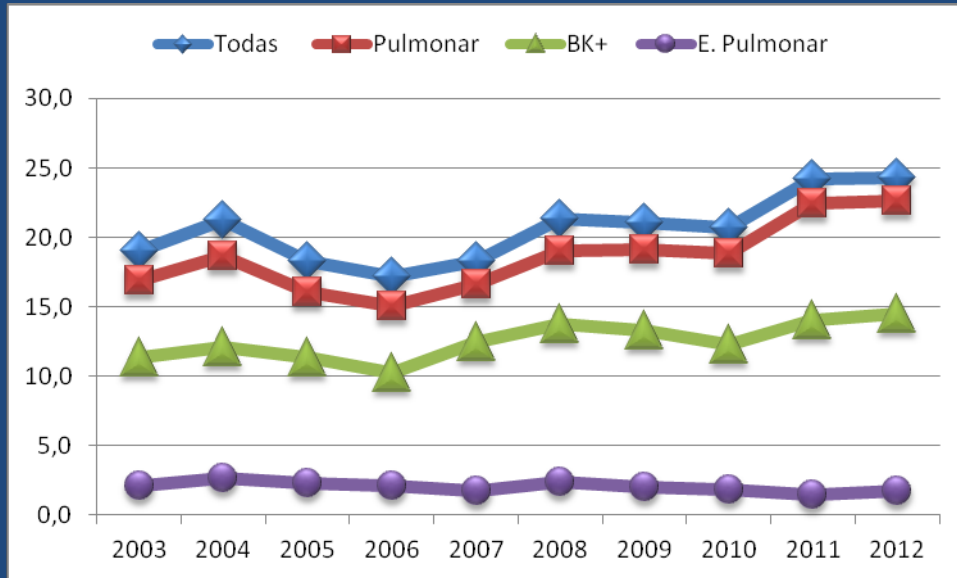
Se confirmaron bacteriológicamente 633 (77,0 %) de todos los casos, es decir que 187 (23,0%), no fueron confirmados.

De los 763 casos de TB pulmonar, 584 se confirmaron (76,5%); 489, (84,0%) lo fueron por baciloscopía (bacilíferos) y 95 casos (16,0%) por cultivo. La tasa de incidencia de bacilíferos fue de $14,5 \times 10^5$.

En el período se registró 1 caso de meningo-encefalitis tuberculosa en menores de 5 años, un paciente de 4 años sin cicatriz de BCG.

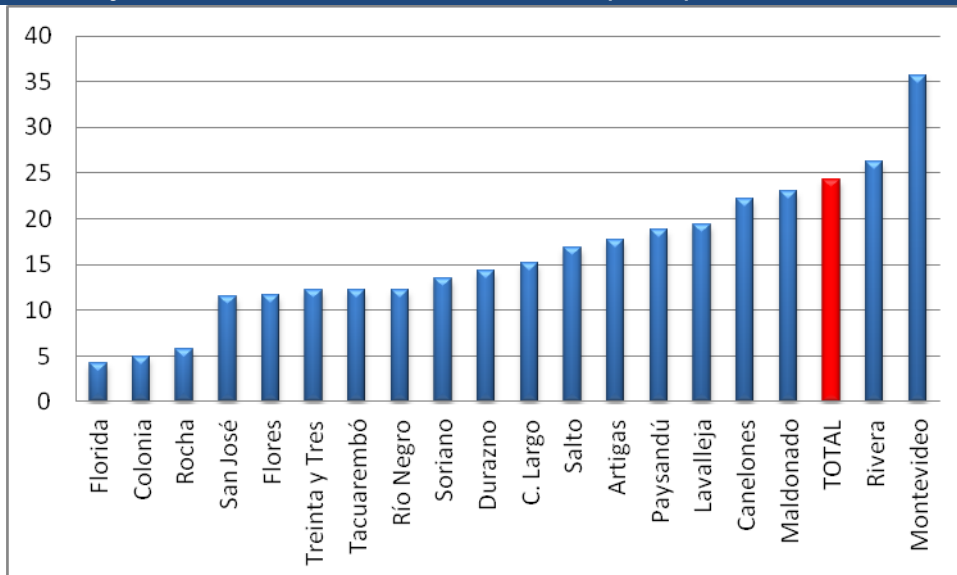
1- Incidencia de Casos - En el gráfico I se presentan las tasas de incidencias registradas de TB en los últimos 10 años en todas sus formas y localizaciones, pulmonares, pulmonares confirmadas por baciloscopía (bacilíferos) y extra-pulmonares expresadas en tasas por 10^5 habitantes.

GRÁFICO I
Incidencia de Tuberculosis, Todas las Formas, Pulmonares,
Bacilíferos y Extra-Pulmonares
Tasas por 10⁵ – 2003 - 2012



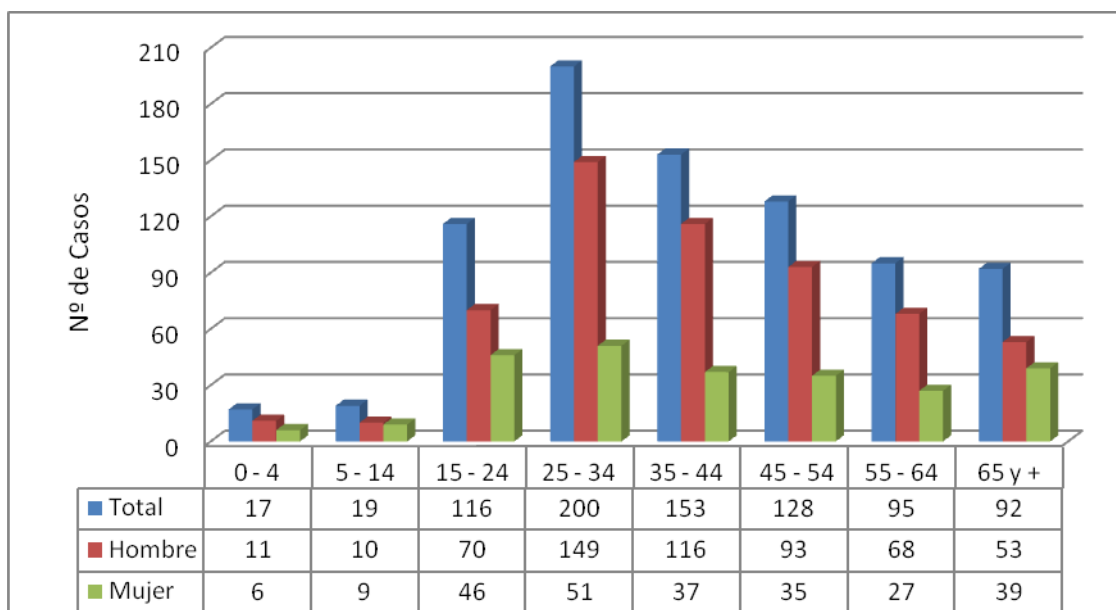
2 - Distribución de Casos por Departamento - En la tabla I se presenta el número de casos y la tasa por 10⁵ habitantes, en orden creciente, de los casos registrados de TB en todas sus formas y localizaciones. En el presente ejercicio Montevideo, en donde reside casi el 50% de la población del país, continúa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

TABLA I
Casos y Tasas de Tuberculosis Todas las Formas por Departamento - Año 2012



3 - Distribución de Casos por Edades - En gráfico II presentamos los casos de acuerdo a grupos de edades y sexo. 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 = 2,3/1)

GRÁFICO II
Casos de Tuberculosis Todas las Formas por Grupos de Edades y Sexos
Año 2012



Controles de Contactos - La Tabla II presenta los datos de los controles de contactos en el período en análisis. Se identificaron 1819 de los cuales se estudiaron 1468 (81,0 %). Los contactos que enfermaron (58) representan 3,95 % de las personas estudiadas en dichos controles y 7,1 % de la incidencia.

TABLA II
Control de Contactos de Pacientes Tuberculosos Declarados
Estudiados y Casos de TB entre Contactos – Año 2012

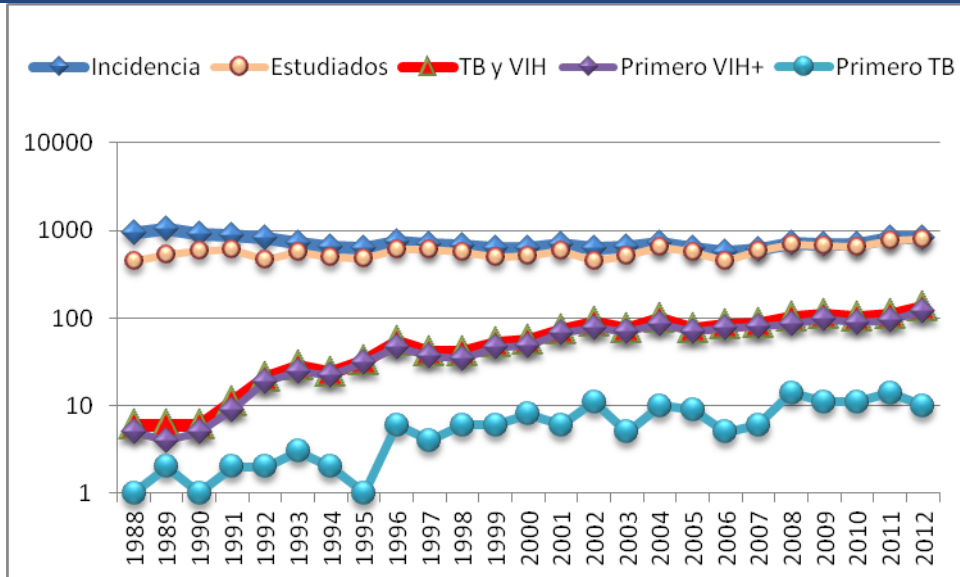
	Declarados	Estudiados	% ⁽¹⁾	Enfermos	% ⁽²⁾
Total	1819	1468	81,0	58	3,95
0-4	168	144	85,7	12	8,3
5-14	357	298	83,5	13	4,4
15-29	528	411	77,8	14	3,4
30-59	578	470	81,3	12	2,6
60 y +	188	145	77,1	7	4,8

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

5 - Casos de TB en Personas VIH⁺ - Se estudió con serología para VIH a 782 casos (95,4 %). 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 16,1 % de la incidencia del año correspondiente. En 122 casos (92,4%) se conocía primeramente la condición de VIH+ antes de diagnosticarse la TB. Por el contrario, sólo en 10 (7,6 %) la condición de VIH+ se conoció después del diagnóstico de TB (prevalencia de infección VIH en tuberculosos: 1,22 %).

En el gráfico III se presenta la evolución de la co-infección TB/VIH entre los años 1988 y 2012. 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). Año a año se observa un aumento del número de casos. Los casos con la co-infección TB/VIH representaron para el año analizado el 16,1% de la incidencia.

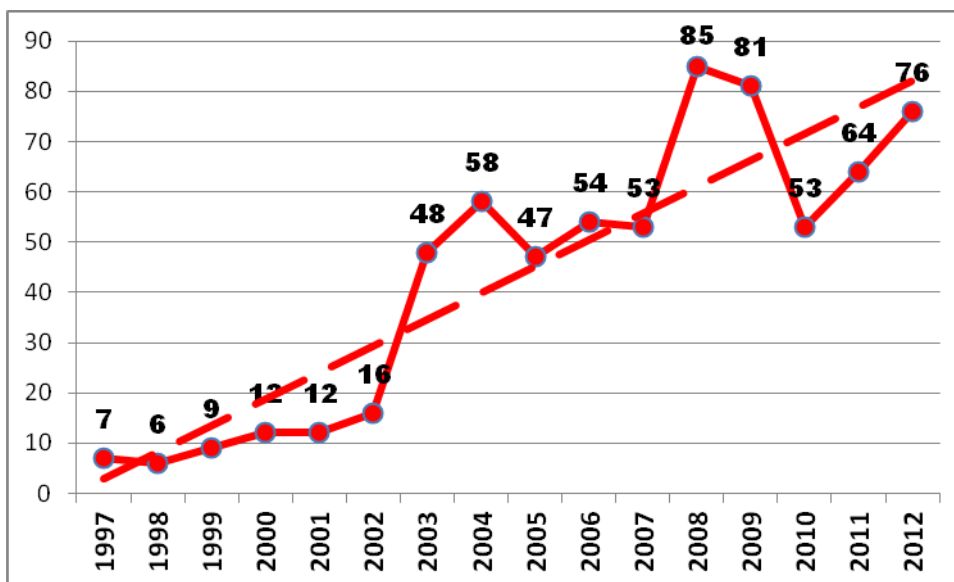
GRÁFICO III
Evolución de la Co-Infección TB-VIH – 1988 – 2012



Ha mejorado la comunicación y el entendimiento entre los Programas de TB y el Programa Nacional de ITS/SIDA para llevar adelante las actividades de colaboración recomendadas por la OMS. Se han acordado pautas que deberían ser llevadas a la práctica a la brevedad para mitigar el impacto que la co-infección TB/VIH produce sobre la evolución de la TB y vice-versa. 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 76 casos, lo cual representa un aumento de 19 % en relación al año anterior. En el gráfico IV se presenta la evolución de los casos de TB en los establecimientos de reclusión desde el año 1997 y la línea de tendencia en el período.

GRÁFICO IV
Evolución de Casos de Tuberculosis en Establecimientos de Reclusión
1997- 2012



7 - Evaluación de Tratamiento Antituberculoso en Pacientes Pulmonares Confirmados - En la tabla IV se presentan los resultados de tratamiento de pacientes nuevos (no tratados previamente) con TB pulmonar confirmada bacteriológicamente (baciloscopia y/o cultivo). El porcentaje de éxito terapéutico 83 %, se encuentra por debajo de la meta del 85% propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Del análisis de estos resultados surgen dos hechos poco alentadores: el mantenimiento de tasas altas de abandono (7%) como se vienen dando en el país desde el año 2007, en claro contraste con lo que sucedió hasta ese año, y una alta tasa de letalidad (10,3 %). Se debe concretar la ejecución de estrategias que abatan estos índices inaceptables de resultado de tratamiento. En el país están dadas las condiciones para alcanzar tasas más elevadas de éxito terapéutico.

Tabla IV
Evaluación de Tratamiento Antituberculoso de Pacientes Nuevos con Tuberculosis Pulmonar Confirmada Bacteriológicamente – Año 2012

	Número de Casos	Porcentaje
Total de Casos	532	100
Casos Tratados	515	97
Curados	376	73,0
Completados	50	9,7
Éxito Terapéutico	426	82,7
Abandonos	36	7,00
Fallecidos	53	10,3
Fracasos	0	0
Emigrados	0	0

En suma:

1 – En 2012 se registró un leve ascenso respecto al año anterior. Se consolida la tendencia al aumento de las tasas incidencia de la enfermedad. De la situación de estabilidad de estas tasas, como se venía observando desde mediados de la década de los años noventa, en el año 2011 se observó un marcado aumento. Esta evolución no resulta un hecho inesperado. La situación de “estabilidad” en las tasas de incidencia registrada durante todo el período, en realidad traducía la falta de impacto sobre la transmisión de la infección tuberculosa, implicando un aumento del riesgo de infección tuberculosa anual, propiciando un aumento de infección tuberculosa latente y, consecuentemente, la aparición de mayor cantidad de casos.

Sigue siendo preocupante el alto número de casos no confirmados bacteriológicamente (22,8 %), sobre todo de las formas pulmonares, aunque algo más bajo que el registrado en el año previo. Este hecho se ha analizado minuciosamente para determinar el perfil de los casos de TB que se han registrado bajo esta categoría y tomar las medidas que tiendan a reducir sensiblemente estas cifras.

La actual tasa de incidencia registrada coloca a nuestro país en una etapa de control de la endemia, aún cada vez más lejos de nuestro objetivo: la eliminación de la TB como problema sanitario. Esta última se define por una incidencia de ≤ 5 casos por 10^5 en forma mantenida durante por lo menos 3 años. Para nuestro país ello representaría aproximadamente 150-160 casos, o sea, cerca de cinco veces menos que la cifra actual.

2 – Montevideo es el departamento que presenta reiteradamente cifras significativamente superiores a la media nacional. Es imprescindible intensificar la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR), sobre todo en los contextos socio-económicos críticos del departamento, estrategia que se debe reforzar además en el resto del país. Esta actividad constituye una de las acciones que debe llevarse necesariamente a nivel del primer nivel de atención

Para ello resulta imprescindible comprometer a todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados en el diagnóstico precoz de la enfermedad. 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.

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. La meta obtenida en el presente ejercicio está en el mínimo aceptable, por lo que deben profundizarse las acciones destinadas a mejorar el porcentaje de contactos estudiados.

5 - La participación de casos VIH positivos en la incidencia sigue siendo alta. Esto hace imperiosa la puesta en marcha de acciones coordinadas con el Programa Nacional de SIDA, lo cual no se ha logrado a pesar de los insistentes reclamos en ese sentido por parte de nuestro. Se debe seguir trabajando para lograr un abordaje más integral de los pacientes co-infectados. El requisito mínimo imprescindible en este sentido sería lograr que los mismos sean manejados en un mismo centro de atención

6 - El número de casos en establecimientos de reclusión continúa contribuyendo de manera significativa al total de la incidencia. Un hecho a destacar es que, por un lado, no han disminuido los esfuerzos para la detección de casos 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 concreción a efectos de mejorar esta realidad.

7 – La tasa de abandono ha aumentado en los últimos años, especialmente en 2007. El perfil de los “*abandonadores*”: adultos jóvenes, situación socio-económico-cultural deficitaria, adictos a “drogas ilícitas”, (sobre todo pasta base de cocaína), requieren un abordaje inter-institucional e interdisciplinario, ya que las exitosas estrategias tradicionalmente aplicadas por el programa resultan ineficaces al ser aplicadas en este grupo de personas.

La tasa de letalidad se mantiene elevada, a lo cual contribuye especialmente el grupo de pacientes portadores de la infección por VIH. De esto se desprende la necesidad imperiosa de concretar las actividades de colaboración entre ambos programas, especialmente la búsqueda de casos de TB entre los pacientes con VIH que se atienden en los servicios correspondientes, y la introducción precoz del tratamiento anti-retroviral y la quimioprofilaxis con co-trimoxazol en aquellos afectados por la co-infección.

Sin embargo, la co-infección TB/VIH no es la única causa de esta inaceptablemente alta tasa de letalidad. El ya mencionado retraso en el diagnóstico de TB, explica un alto número de pacientes que, cuando son diagnosticados, están más allá de toda posibilidad de curación o incluso de diagnostican luego de fallecidos.

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