

## PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

### INFORME EPIDEMIOLÓGICO AÑO 2013 (Cifras Provisorias al 17.01.2014)

En el año 2013 se registró un total de 852 casos de tuberculosis (TB) (25,1 casos por 100.000 habitantes ( $10^5$ )). De ellos 785 fueron casos nuevos (tasa  $23,1 \times 10^5$ ), (92,0 % de la incidencia) y 67 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 32 casos (3,9%) en relación al año 2012.

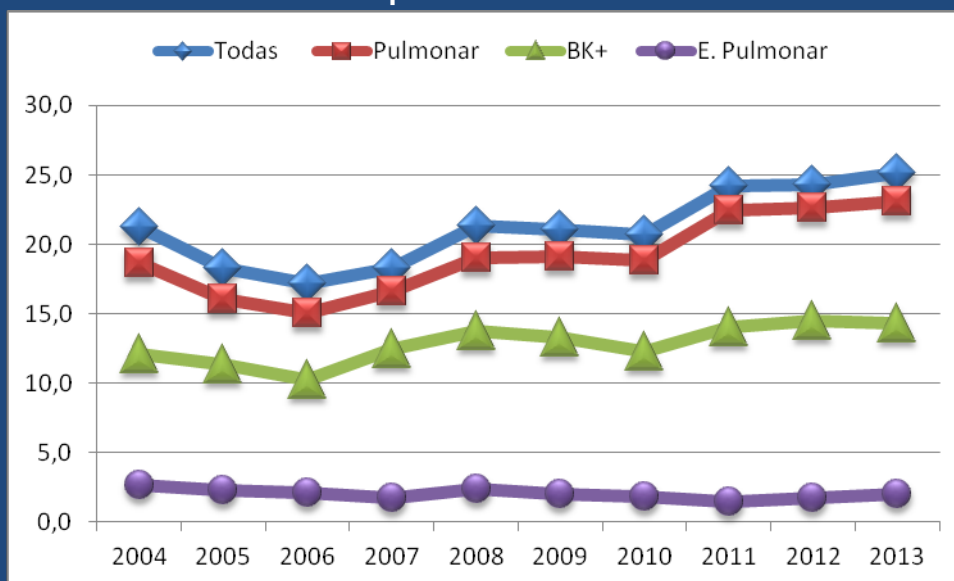
Se confirmaron bacteriológicamente 661 (77,6 %) de todos los casos, en tanto 191 (22,4 %) no fueron confirmados.

De los 784 casos de TB pulmonar, 566 se confirmaron (72,2%); 486, (85,9 %) lo fueron por baciloscopía (bacilíferos) y 80 casos (14,1 0%) por cultivo. La tasa de incidencia de bacilíferos fue de  $14,3 \times 10^5$ .

En el período no se registraron casos de meningo-encefalitis tuberculosa en menores de 5 años.

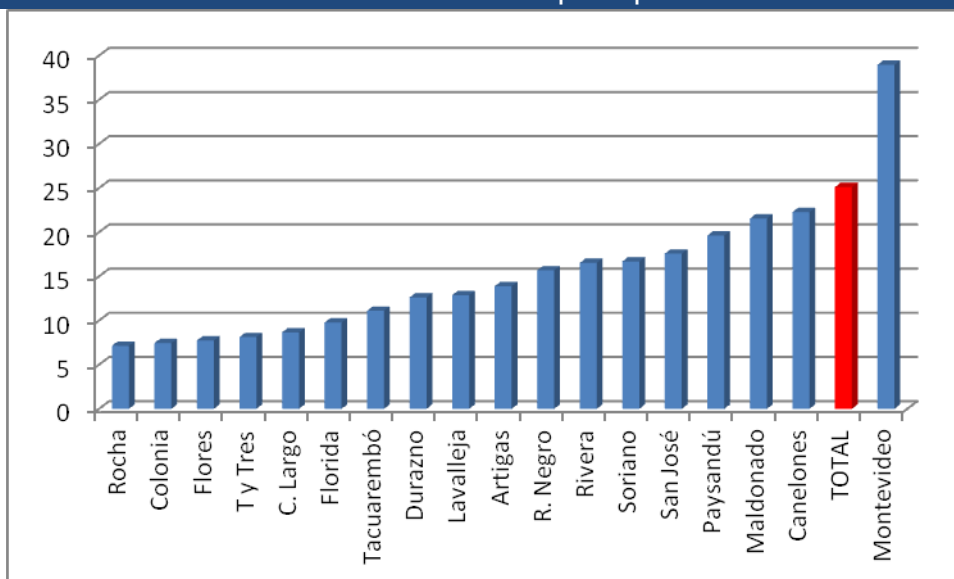
**1- Incidencia de Casos** - En el gráfico I se presentan las tasas de incidencias registradas de TB en los últimos 10 años en todas sus formas y localizaciones, pulmonares, pulmonares confirmadas por baciloscopía (bacilíferos) y extra-pulmonares expresadas en tasas por  $10^5$  habitantes.

**GRÁFICO I**  
**Incidencia de Tuberculosis, Todas las Formas, Pulmonares,**  
**Bacilíferos y Extra-Pulmonares**  
**Tasas por 10<sup>5</sup> – 2004 - 2013**



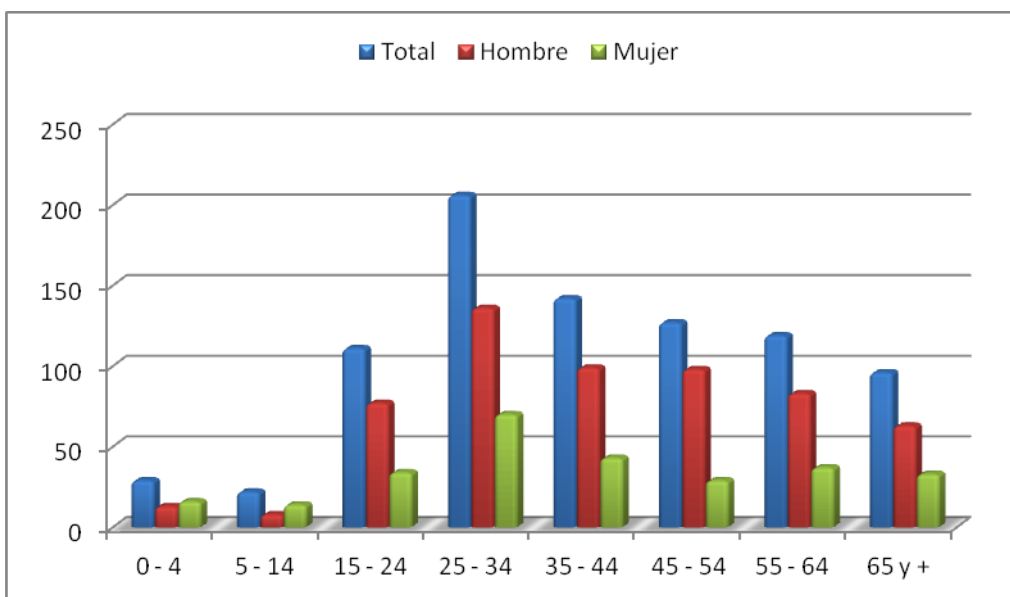
**2 - Distribución de Casos por Departamento** - En la tabla I se presentan las tasa por 10<sup>5</sup> habitantes, en orden creciente, de los casos registrados de TB en todas sus formas y localizaciones. En el presente ejercicio Montevideo, en donde reside casi el 50% de la población del país, continúa 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 2013**



**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 = 2,1/1)

**GRÁFICO II**  
**Casos de Tuberculosis Todas las Formas por Grupos de Edades y Sexos**  
**Año 2013**



**Controles de Contactos** - La Tabla II presenta los datos de los controles de contactos en el período en análisis. Se identificaron 1720 de los cuales se estudiaron 777 (45,2%). Los contactos que enfermaron (31) representan 4,0 % de las personas estudiadas en dichos controles y 3,6 % de la incidencia.

**TABLA II**  
**Control de Contactos de Pacientes Tuberculosos Declarados**  
**Estudiados y Casos de TB entre Contactos – Año 2013**

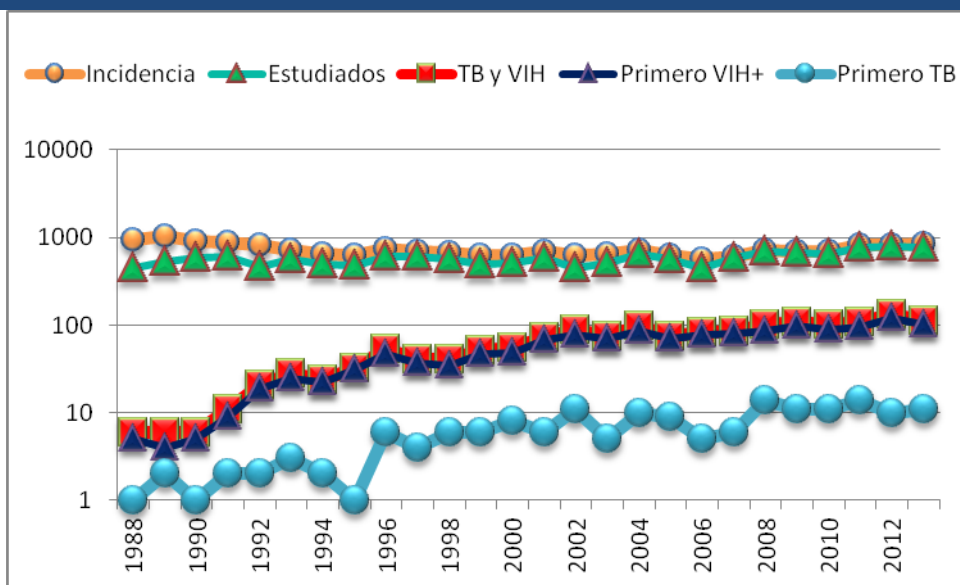
	Declarados	Estudiados	% <sup>(1)</sup>	Enfermos	% <sup>(2)</sup>
Total	1720	777	45,2	31	4,0
0-4	176	86	48,9	10	11,6
5-14	349	161	46,1	5	3,1
15-29	496	220	44,3	5	2,3
30-59	533	248	46,5	7	2,8
60 y +	166	62	37,3	4	6,4

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

**5 - Casos de TB en Personas VIH<sup>+</sup>** - Se estudió con serología para VIH a 780 casos (91,5 %). Se registraron 114 casos de pacientes con la infección por el virus de la inmunodeficiencia lo cual representa 14,6% de los pacientes estudiados serológicamente y un 13,4 % de la incidencia del año correspondiente. En 103 casos (90,3%) se conocía primeramente la condición de VIH+ antes de diagnosticarse la TB. Por el contrario, sólo en 11 (9,7 %) la condición de VIH+ se conoció después del diagnóstico de TB (prevalencia de infección VIH en tuberculosos: 1,4 %).

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).

**GRÁFICO III**  
**Evolución de la Co-Infección TB-VIH – 1988 – 2013**



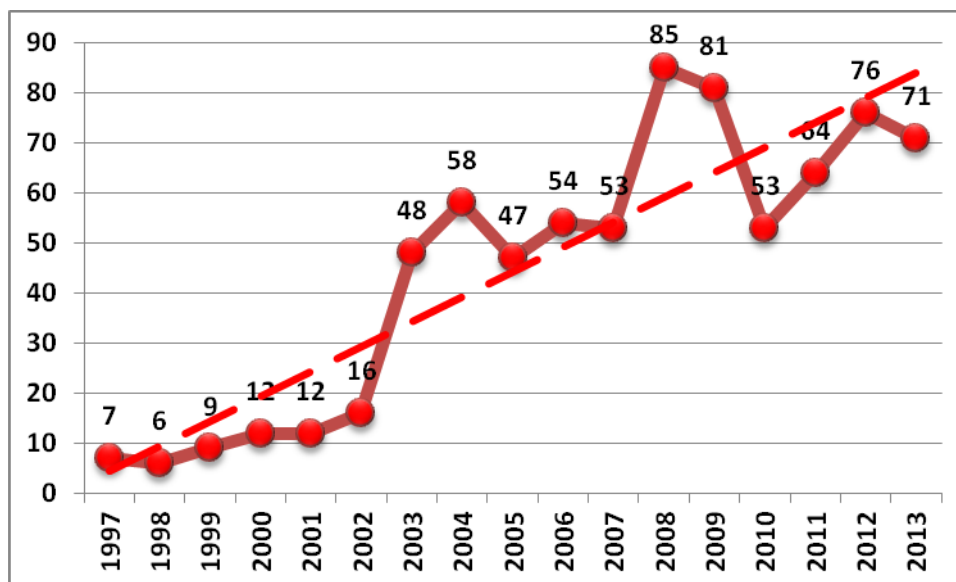
Ha mejorado la comunicación y el entendimiento entre los Programas de TB y el Programa Nacional de ITS/SIDA para llevar adelante las actividades de colaboración recomendadas por la OMS. Este año se logró que al 40% de los pacientes co-infectados se les indicara el tratamiento anti-retroviral (TARV). Sin duda es una meta que está muy lejos de lo aceptado como adecuada, pero significa el inicio de un proceso que hay que impulsar hasta obtener 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 71 casos de TB, lo cual representa una reducción de 6,6 % en relación al año anterior, aunque dado el carácter provisorio de estos datos, la diferencia puede hacerse menor. Este número de casos corresponde a una incidencia de 742,6 por  $10^5$ , casi 30 veces mayor que la tasa en población general. 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- 2013



#### En suma:

1 – En 2013 se registró un aumento leve respecto al año anterior. Se consolida la tendencia al aumento de las tasas de 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 pasó a un marcado aumento que se ha mantenido en los años posteriores. Esta evolución no resulta un hecho inesperado. La situación de “estabilidad” en las tasas de incidencia registrada durante dicho 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 (28,2%). Este hecho se ha analizado minuciosamente para determinar el perfil de los casos de TB que se han registrado bajo esta categoría. La introducción de modernas técnicas de biología molecular en nuestro y otros laboratorios, debe permitir una mayor tasa de confirmación de la etiología tuberculosa en pacientes con cuadro clínicos de difícil diagnóstico y en situaciones críticas.

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  $\leq 5$  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. Los casos del departamento fueron el 61% de la incidencia nacional. Este año la tasa de TB en todas las formas alcanzó a 39 por  $10^5$  y la de bacilíferos de 22,7 por  $10^5$ . 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. 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.

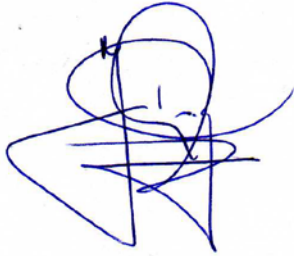
3 - La distribución de los casos por edades muestra una consolidación al aumento, ya observado desde hace años, en el grupo de 15-24 y muy especialmente de 25-34 años. En cierta medida una razón que explicaría este hecho, aunque por cierto no la única, sería el aporte de los pacientes VIH positivos que 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. 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 puesta en marcha de acciones coordinadas con el Programa Nacional de SIDA, lo cual no se ha logrado a pesar de la continua exposición de la situación por parte de nuestro Programa. 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 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**