

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS**

**INFORME EPIDEMIOLOGICO AÑO 2011
Cifras Provisorias**

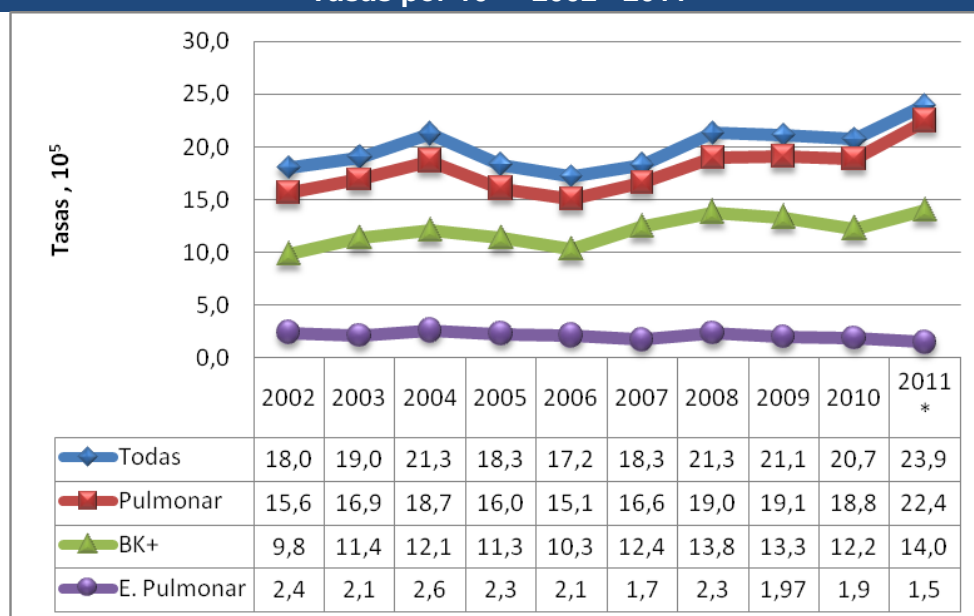
En el año 2011 se registró un total de 806 casos de tuberculosis (TB) (23,9 casos por 100.000 habitantes (10^5)), 744 casos nuevos (tasa $22,1 \times 10^5$), los cuales representan el 92,3 % de la incidencia y 62 casos previamente tratados ($1,84 \times 10^5$) en todas las localizaciones, confirmadas y no confirmadas. Esto representa un aumento de 111 casos (16,1%) en relación al año 2010.

Se confirmaron bacteriológicamente 577 (71,5 %) de todos los casos, es decir que un altísimo porcentaje de casos (28,5%) no se confirmaron. Los casos de TB pulmonar se confirmaron en un 71,0%, (87,9% lo fueron por baciloscopia (bacilíferos) y los confirmados por cultivo fueron 12,1%).

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, cuya enfermedad no fue confirmada 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 baciloscopia (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 – 2002 - 2011



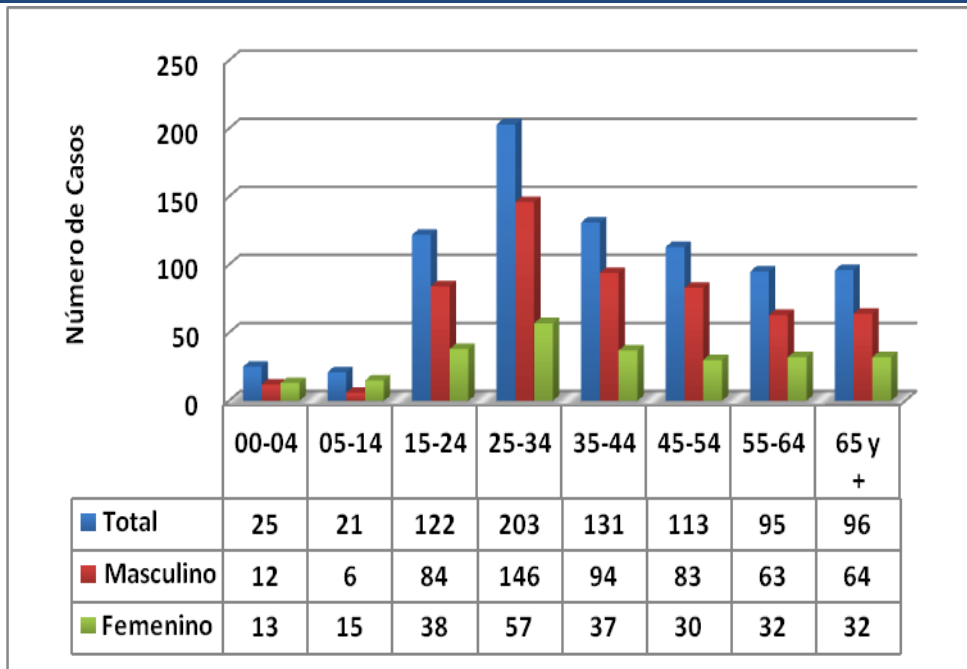
2 - Distribución de Casos por Departamento - En la tabla I se presenta el número de casos y la tasa por 10⁵ habitantes, en orden creciente, de los casos registrados de TB en todas sus formas y localizaciones. En el presente ejercicio Montevideo, en donde reside casi el 50% de la población del país, continúa 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 2011

	Tasas	Casos		Tasas	Casos
Tacuarembó	5,13	5	Durazno	14,38	9
Colonia	8,27	10	Flores	15,52	4
Cerro Largo	8,75	8	Rocha	15,64	11
Salto	9,27	12	Canelones	21,06	112
Florida	9,84	7	Rivera	22,11	25
Soriano	10,12	9	TOTAL	23,9	806
Madonado	11,02	17	San José	24,16	27
T y Tres	12,14	6	Paysandú	26,57	31
Lavalleja	12,89	8	Artigas	27,75	22
Río Negro	14,08	8	Montevideo	35,49	474

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 = 2,2/1)

GRÁFICO II
Casos de Tuberculosis Todas las Formas por Grupos de Edades y Sexos
Año 2011



Controles de Contactos - La Tabla II presenta los datos de los controles de contactos en el período en análisis. Se identificaron 1781 de los cuales se estudiaron 1258 (70,6 %). Los contactos que enfermaron (30) representan 2,52 % de las personas estudiadas en dichos controles y 5,5 % de la incidencia.

TABLA II
Control de Contactos de Pacientes Tuberculosos Declarados
Estudiados y Casos de TB entre Contactos – Año 2011*

	Declarados	Estudiados	% ⁽¹⁾	Enfermos	% ⁽²⁾
Total	1781	1258	70,6	30	2,34
0-4	182	132	72,5	8	6,06
5-14	388	283	72,9	12	0,99
15-29	489	337	98,9	5	4,24
30-59	538	388	72,1	4	1,03
60 y +	184	118	64,1	1	0,85

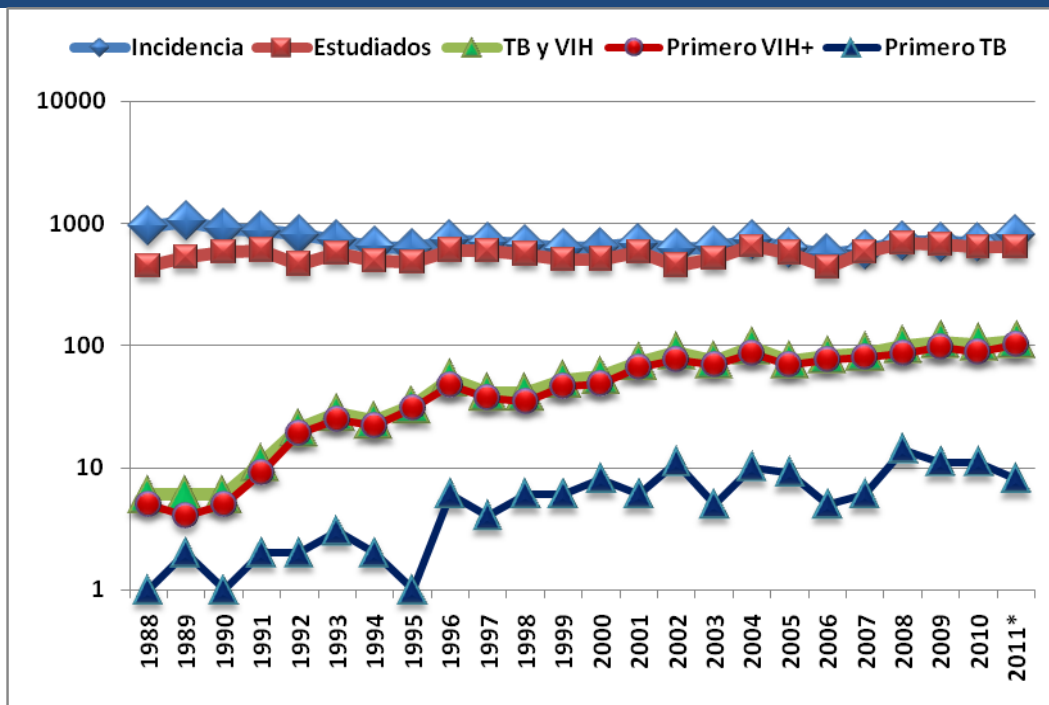
* Cifras Provisorias

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

5 - Casos de TB en Personas VIH⁺ - Se estudió con serología para VIH un total de 642 casos (79,6%). Se registró un total de 109 casos en pacientes con la infección por el virus de la inmunodeficiencia lo cual representa 17,0% de los pacientes estudiados serológicamente y un 13,5 % de la incidencia del año correspondiente. En 101 casos (92,7%) se conocía primeramente la condición de VIH+ antes de diagnosticarse la TB. Por el contrario, sólo en 8 (7,3 %) la condición de VIH+ se conoció después del diagnóstico de TB (prevalencia de infección VIH en tuberculosos: 1,00 %).

En el gráfico III se presenta la evolución de la co-infección TB/VIH entre los años 1988 y 2011. 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). Si bien año a año se observa un aumento del número de casos, la tendencia es hacia una estabilización de dicho incremento.

GRÁFICO III
Evolución de la Co-Infección TB-VIH – 1988 – 2011*



* Cifras provisionarias

En la tabla III se presentan los casos de co-infección TB-VIH por grupos de edades. Obsérvese que el 85% de la co-infección TB/VIH ocurre entre las edades de 25 a 54 años.

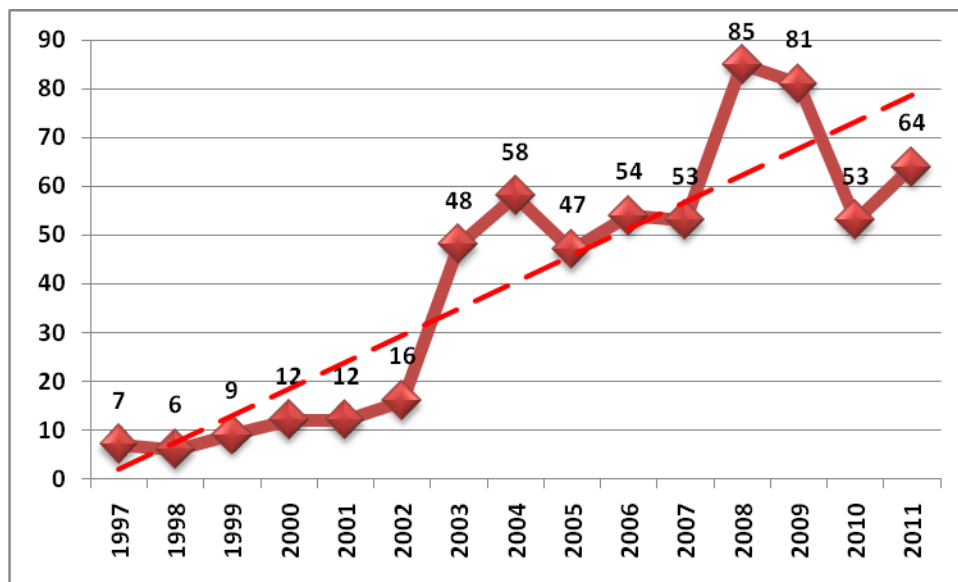
Tabla III - Casos de TB Co-infectados con VIH por Grupo de Edades – Año 2011

Grupo de Edades	No de casos	%
0-14	0	0,0
15-24	7	7,4
25-34	29	26,6
35-44	48	44,0
45-54	16	18,3
55-64	7	14,7
65 y +	2	1,8
TOTAL	109	100,0

Persiste la falta de coordinación entre nuestro programa 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 registró un total de 64 casos, lo cual representa un aumento de más del 20% 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- 2011



En suma:

1 – 2011 representa un año singular en la evolución de la incidencia registrada de TB. De la situación de estabilidad de las cifras, como se venía observando desde mediados de la década de los años noventa, pasamos a un marcado aumento (16,1%), lo cual, en buena medida no resulta un hecho inesperado. La situación de estabilidad 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.

De todas maneras resulta sumamente preocupante el alto número de casos no confirmados bacteriológicamente (28,5%), sobre todo de las formas pulmonares. Este hecho debe ser analizado minuciosamente para determinar el perfil de los casos de TB que se han registrado bajo esta categoría y tomar las medidas que reduzcan sensiblemente estas cifras.

La actual tasa de incidencia registrada coloca a nuestro país en una etapa de control de la endemia, aún 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. Las cifras presentadas en este informe no son definitivas, aunque la meta obtenida al momento de cierre del mismo, impone que se dedique especial atención a mejorar la meta obtenida.

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 Programa desde hace años. Recién a fines del presente año, han existido instancias de diálogo y planificación de acciones conjunta entre ambos programas. Como resultado de ello, se llevó a cabo el Primer Taller de Consejería Pre- y Post- Teste para VIH en Pacientes Tuberculosos. Se está elaborando un protocolo mediante el cual en los propios centros periféricos de la CHLA-EP se inicie el tratamiento anti-retroviral de los pacientes con co-infección. Una oportunidad para mejorar esta

situación puede ser la integración de la CHLA-EP a la CONASIDA a partir de este año 2011.

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 publicación y aplicación de las Normas Nacionales para el Manejo de la TB en Prisiones puede contribuir a 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.

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