

**Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y  
Enfermedades Prevalentes – CHLA-EP**  
Departamento de Tuberculosis

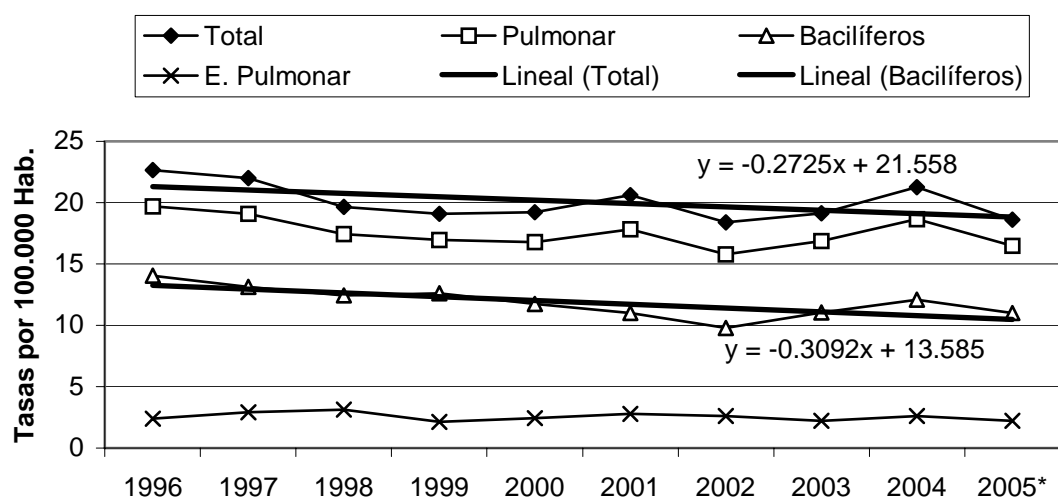
**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA  
TUBERCULOSIS**

**INFORME INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS  
AÑO 2005**

Cifras Definitivas

El presente informe presenta las cifras definitivas del año 2005. La incidencia registrada fue de 624 casos de tuberculosis en todas las formas y localizaciones, con una tasa de 18,25 por 100.000 habitantes ( $10^5$  hab.), 574 casos nuevos (92%) ( $16,8 \cdot 10^5$  hab.) y 50 recaídas ( $1,5 \cdot 10^5$  hab.)

En la Gráfica I se muestra la evolución de la incidencia de tuberculosis durante el período 1996 – 2005.



**Distribución por sexo**

Predomina en sujetos del sexo masculino (66 %, relación H/M 1.9/1 )

**Confirmación diagnóstica:**

La tuberculosis fue confirmada por algún método diagnóstico en 519 pacientes (83.2% del total,  $15,2/10^5$  hab.) 105 pacientes (16.8% de la incidencia) recibieron tratamiento sin confirmación bacteriológica ( $3,1/10^5$  hab.)

### Tuberculosis pulmonar

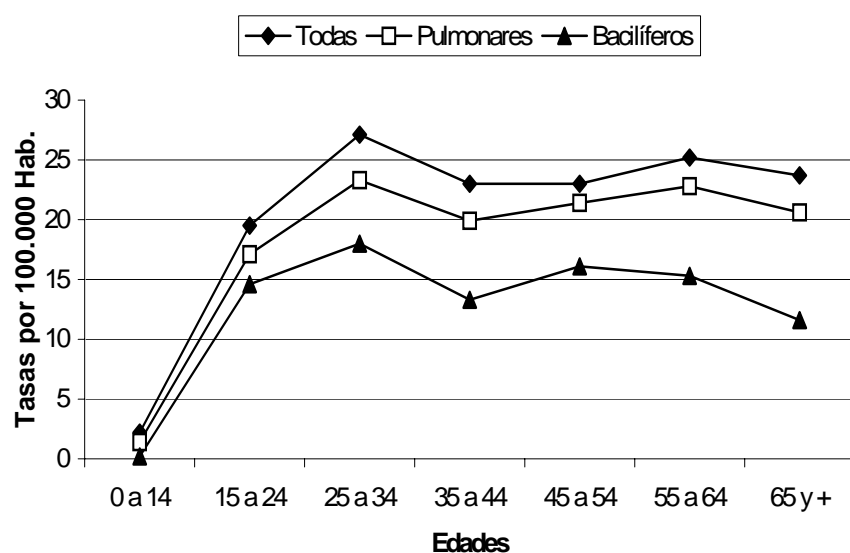
546 casos presentaron localizaciones pulmonares (87.5% de la incidencia, tasa 16 por  $10^5$  hab.); 470 fueron confirmados por distintos métodos (75.3% de la incidencia). La tasa de formas pulmonares es de 14 casos por  $10^5$  hab.

- 386 por el examen directo de la expectoración (82 % de las pulmonares confirmadas). Esto da una tasa de tuberculosis pulmonar bacilífera de 11,3 por  $10^5$  hab.
- 77 por cultivo (16,4% de las pulmonares confirmadas). La tasa de tuberculosis pulmonar confirmada por cultivo es de 2,25 por  $10^5$  hab.
- 7 por estudios anatomopatológicos. (1,5% de las pulmonares confirmadas)

Se registraron 76 casos de tuberculosis pulmonar no confirmada (14% de los casos pulmonares). La tasa de tuberculosis pulmonar no confirmada es de 2,2 por  $10^5$  hab.

### Distribución por grupos etarios

En la tabla siguiente se muestra la distribución de todas las formas de tuberculosis, pulmonares y bacilíferas distribuidos por grupos etarios



### Tuberculosis pulmonar asociada

En 68 pacientes se hallaron lesiones extrapulmonares asociadas a tuberculosis pulmonar (11% de la incidencia) De ellos en 50 (73.5 %) se logró confirmar el diagnóstico en por lo menos una de las localizaciones.

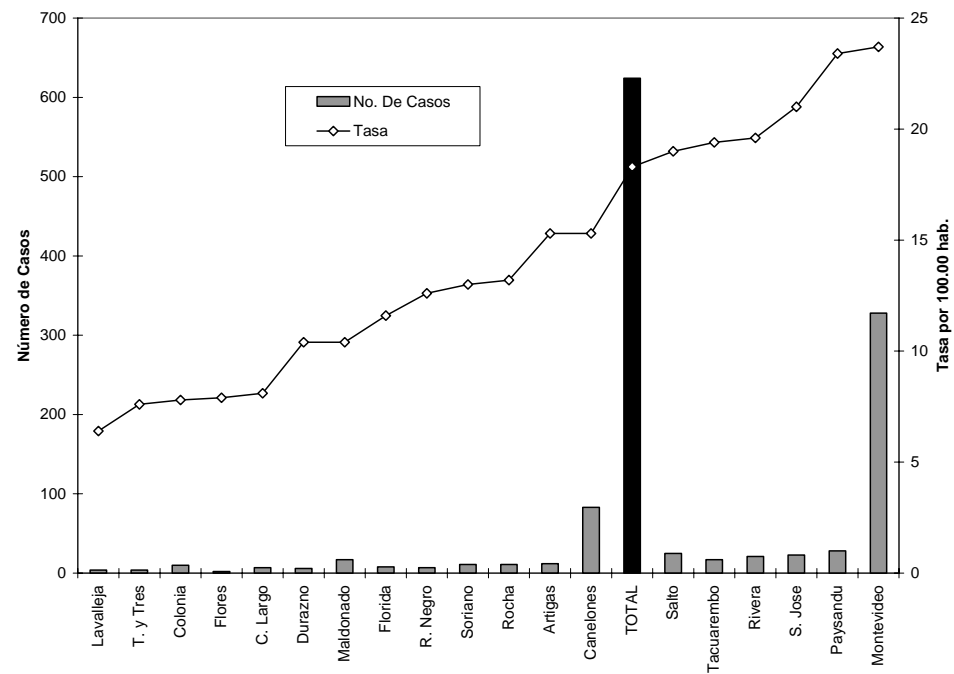
### Tuberculosis extrapulmonar

Los casos de tuberculosis extra-pulmonar no asociada representaron el 12.5% de la incidencia (78 pacientes) con una tasa de  $2,3/10^5$  habitantes. El porcentaje de confirmación fue menor que para las localizaciones pulmonares (49 pacientes, 63%).

No se registraron casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años de edad.

### Distribución por departamento

En el gráfico III se presenta la distribución de los casos por departamento. Se observa una amplia variación que no sustenta la división que hacíamos anteriormente entre Montevideo y el Interior como un todo homogéneo.



En concordancia con lo observado en ejercicios anteriores, en los departamentos de Salto, Rivera y Montevideo se registraron valores de incidencia por encima del promedio nacional.

### Recaídas

Un total de 50 pacientes fueron considerados recaídas (8 % de la incidencia, tasa de  $1.5/10^5$ )

De ellos, la enorme mayoría (46 casos, 92%) presentaban tuberculosis pulmonar. El 67,4% de estas localizaciones pulmonares (31 casos) fueron confirmados por el examen directo de la expectoración.

La distribución por edad de los casos de recaídas muestra:

- 1 casos entre 0 a 14 años
- 3 casos entre 15 y 24 años
- 11 casos en grupo de 25 y 34 años
- 7 casos entre los 35 y 44 años
- 9 casos entre 45 y 54 años
- 10 casos entre 55 y 64 y

- 9 casos en personas con 65 y más años

#### **Asociación Tuberculosis-VIH**

Se estudió la serología para VIH en 574 pacientes (92%). La asociación entre tuberculosis e infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se constató en 75 casos (13% de los estudiados y 12 % de la incidencia, respectivamente). La confirmación de la tuberculosis se obtuvo en 66 pacientes (67.3 %), un valor significativamente inferior a la población de pacientes VIH negativos.

En 66 pacientes (88 %) ya era conocida su infección por el VIH cuando se diagnosticó la Tuberculosis. Del total de los pacientes con VIH-TB 66 (88%) eran casos nuevos de Tuberculosis y 9 (12 %) fueron considerados recaídas. En 9 pacientes, fue diagnosticada la tuberculosis antes que la infección por el VIH (prevalencia de VIH en tuberculosis).

Los 75 pacientes presentaron la siguiente distribución etaria:

- < 15 años: - 1 casos (1.3 %)
- 15 – 24 años: - 3 casos (4 %)
- 25 - 34 años: - 38 casos (51 %)
- 35 – 44 años: 25 (33%)
- 45 - 54: - 7 (9.3 %)
- 55 – 64: - 0 (0 %)
- 65 y +: - 1 (1.3 %)

Se observa claramente la importante contribución a la incidencia de los casos VIH<sup>+</sup> de los grupos etarios de 25 a 34 años. El 84% de los casos se presenta entre las edades de 25 a 44 años.

#### **Evaluación de Tratamiento**

Se evaluaron los casos pulmonares nuevos confirmados por baciloscopía que iniciaron tratamiento entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2005. En la tabla siguiente se presentan los resultados obtenidos. Se observa una tasa de curación por debajo del 85%, cifra considerada como nivel mínimo deseable. Este se debe fundamentalmente a la alta tasa de letalidad (12.7 %) y en mucha menor medida a los abandonos y fracasos.

**Tabla I - Evaluación de Tratamiento de la Cohorte de Casos Pulmonares Nuevos Diagnosticados por Bacteriología (Baciloscopia y/o Cultivo)**

	Número	%
Total de Casos *	414	100.00
Éxito terapéutico	341	82.4
Abandonos	15	3.6
Fallecidos	55	13.3
Fracasos	0	0
Emigrados	1	0.2

\* 4 continúan en tratamiento a la fecha de este informe.

### Control de Contactos

Se declararon 1577 contactos. En la tabla II se presentan los contactos estudiados y los que resultaron enfermos. Estos últimos, un total de 67, representan el 10.7% de la incidencia total del período estudiado.

**Tabla II - Contactos de Pacientes Tuberculosos, Declarados, Estudiados y Enfermos - Número y Porcentaje - Año 2005**

	Declarados	Estudiados	%	Enfermos	% <sup>(1)</sup>
<b>Todas</b>	1577	1445	91.6	67	4.6
<b>0 a 4</b>	157	148	94.3	4	2.7
<b>5 a 14</b>	338	320	94.7	19	5.9
<b>15 a 29</b>	396	362	91.4	18	5
<b>30 a 59</b>	449	421	93.8	20	4.7
<b>60 y +</b>	171	154	90	4	2.6
<b>S/datos</b>	66	40	60.6	2	5

(1) % en relación a los contactos estudiados

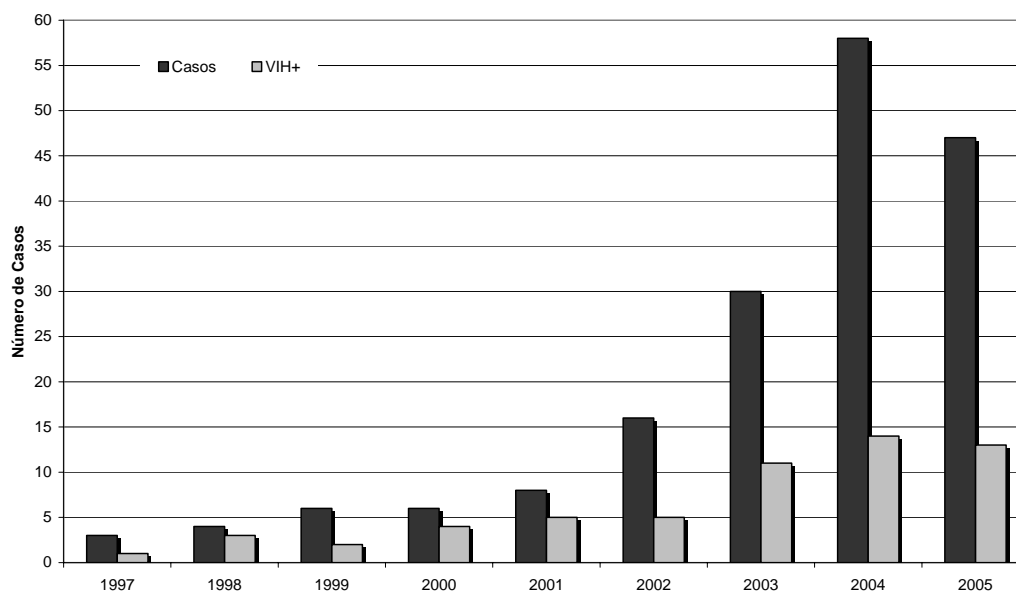
### Actividad del Programa en Centros de Reclusión

Desde 1997 se están realizando actividades de búsquedas de casos, seguimiento de tratamiento y control de contactos en forma regular, en los establecimientos de reclusión, fundamentalmente en los de mayor población. En los Gráficos IV y V se presentan la evolución del número de casos, cantidad de VIH<sup>+</sup> en esta población de pacientes tuberculosos y evaluación del tratamiento antituberculoso en estos establecimientos en el período 1997-2005.

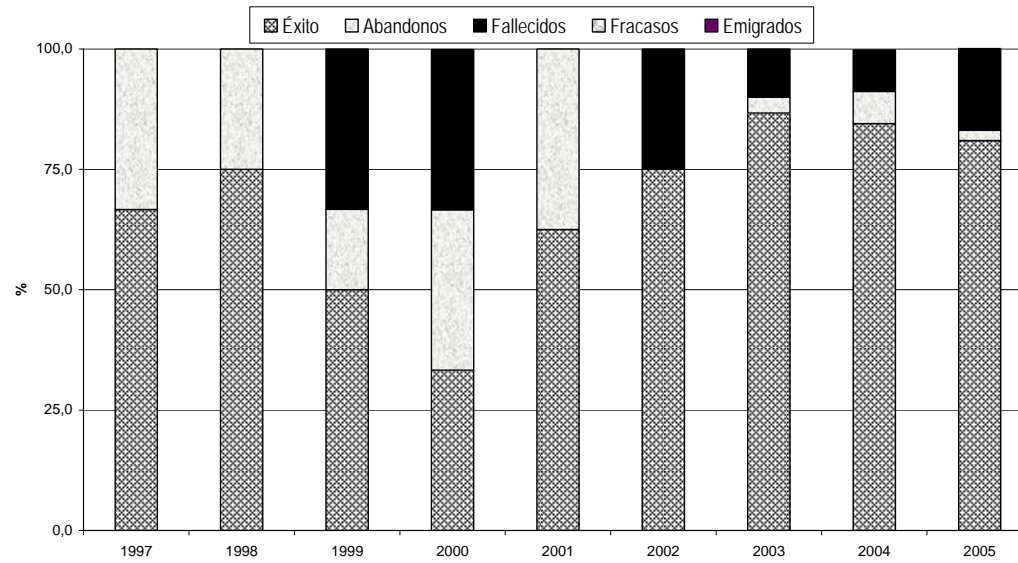
Desde el inicio se observa un aumento marcado que alcanzó su máximo en 2004 y presenta una disminución en el ejercicio estudiado. La participación de casos de TB de pacientes VIH<sup>+</sup> sigue siendo alta (25.5 %).

Un hecho a destacar en este contexto es el aumento de la tasa de éxito terapéutico, que se acerca al objetivo del 85%, con una disminución significativa de los abandonos de tratamiento y de la letalidad. No obstante, la letalidad, al igual que en población general, sigue mostrando niveles elevados.

**Gráfico IV - Evolución de Casos de TB en Prisiones  
1997-2005**



**Gráfico V - Casos de TB en Prisiones - Resultados de Tratamiento 1997-2005**



### Resistencia Inicial a las Drogas Antituberculosas

De los 410 casos pulmonares nuevos de la incidencia confirmados bacteriológicamente, se realizaron 360 (88%) pruebas de sensibilidad a las drogas antituberculosas (DAT); 335 (82%) casos pulmonares y 25 extrapulmonares.

De las cepas estudiadas, 352 (97.7 %) resultaron sensibles a las DAT. De las cepas resistentes se detalla el número correspondiente a cada adroga:

- Isoniacida (INH): 5
- Rifampicina (R/AMP): 1
- Pirazinamida: (PZA): 0
- Ethambutol: (EMB): 1
- Estreptomicina: 1

Por lo expuesto, la tasa de resistencia inicial a las drogas que integran el esquema primario de tratamiento es de 1.7%., valor más bajo que el observado en otros períodos. No se aislaron cepas con resistencia inicial simultánea a INH + R/AMP: multidrogo-resistencia (MDR).

## CONCLUSIONES

En relación a la incidencia 2004, en el año 2005 la incidencia de todas las formas de tuberculosis ha experimentado una disminución de 13.8 % en el número total de casos. Este hecho modifica un comportamiento de este índice que se mantuvo casi incambiado durante una década o más. Este descenso es real ya que la búsqueda de casos se ha mantenido en los niveles habituales.

1. **Evolución de la Incidencia de Tuberculosis** - La tasa actual nos pone por debajo del “*umbral de la eliminación de la tuberculosis*” cuyo valor se ha establecido en 20 casos por cien mil habitantes. Esta tasa coloca a Uruguay en situación de *eliminación incipiente*. Sin embargo, se está lejos de la cifra que define la etapa de eliminación de la tuberculosis como problema de salud (5 por  $10^5$ ), lo cual correspondería a un total de 160 casos anuales.
2. **Distribución de la Tuberculosis por Grupo de Edades** - La distribución de los casos por edades muestra un franco predominio en el grupo etario de 25 a 34 años. Precisamente en este grupo es donde se produce la mayor tasa de co-infección tuberculosis/VIH-SIDA. El 51 % de estos pacientes están comprendidos en este grupo etario.
3. **Distribución de la Incidencia de Tuberculosis en el Territorio Nacional** - En 6 departamentos se observan tasas de todas las formas de tuberculosis mayores que la correspondiente al país en su totalidad (18.2 por  $10^5$ ). Estos son: Salto (19.0 por  $10^5$ ), Tacuarembó (19.4 por  $10^5$ ), Rivera (19.6 por  $10^5$ ), San José (21.0 por  $10^5$ ), Paysandú (23.4 por  $10^5$ ) y Montevideo (23.7 por  $10^5$ ).  
De manera similar a lo que se viene observando desde hace años, Montevideo, Salto y Rivera continúan siendo los departamentos que persistentemente presentan tasas mayores a la del promedio nacional.  
A su vez, las tasas del interior del país se distribuyen en un amplio rango; desde Lavalleja (6.4 por  $10^5$ ) hasta un máximo en Montevideo (23.7 por  $10^5$ ). Esto refleja una distribución inhomogénea de la enfermedad dentro del país.
4. **La Co-infección Tuberculosis – VIH/SIDA** - La participación de personas VIH<sup>+</sup> en la incidencia de tuberculosis continúa siendo importante (12 % de la incidencia). Este conjunto de pacientes aumentan notoriamente la tasa de tuberculosis en las edades comprendidas entre 25 y 34 años.
5. **Evaluación por Cohorte del Tratamiento Antituberculoso** - La evaluación de tratamiento de los casos pulmonares nuevos confirmados bacteriológicamente, muestra una tasa de éxito terapéutico de 82.4 %, con un aumento del número de abandonos en relación a años anteriores y un mantenimiento de cifras altas de letalidad (13.3%). La letalidad elevada está dada por los casos de tuberculosis en



VIH positivos y en personas mayores de 65 años que presentan una comorbilidad con dicha enfermedad como causa de fallecimiento.

6. **Control de Contactos** - Se estudió a más del 90 % de los contactos declarados. Resultaron enfermos 67 contactos (10.7 % de la incidencia), lo cual confirma a este grupo de personas como uno de los de mayor riesgo de padecer tuberculosis.
  
7. **La Tuberculosis en los Centros de Reclusión** - Se confirma lo expuesto en el informe anterior, que la tuberculosis en las cárceles representa un serio problema sanitario. Este año, los 47 casos registrados constituyen el 7.5 % de la incidencia. No obstante, resulta auspiciosa la mejoría de los resultados del tratamiento, lo cual se debería, en buena medida, a que hemos logrado una mayor presencia de funcionarios del Programa en los principales establecimientos de reclusión. Sin embargo estimamos que no se ha alcanzado una situación de relacionamiento adecuado entre nuestro programa y las autoridades de los establecimientos carcelarios en términos de aplicación de las estrategias adecuadas para un control y eliminación del problema en este contexto.

**Dr. Jorge Rodríguez De Marco**  
**Director**  
**Departamento de Tuberculosis**

Montevideo, 31 de enero de 2007