

COMISIÓN HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y ENFERMEDADES PREVALENTES CHLA-EP

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INFORME EPIDEMIOLÓGICO AÑO 2009
Cifras Definitivas

En el año 2009 se registró un total de 705 casos de tuberculosis (TB) (21,1 casos por 100.000 habitantes (10^5)), 665 casos nuevos (tasa $19,9 \times 10^5$), los cuales representan el 94,3 % de la incidencia y 40 casos previamente tratados ($1,2 \times 10^5$) en todas las localizaciones, confirmadas y no confirmadas. Esto representa un descenso de sólo 6 casos (0,8 %) en relación al año 2008. En el período no se registraron casos de meningoencefalitis tuberculosa en menores de 5 años.

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

GRÁFICO I
Incidencia de TB, Todas las Formas, Pulmonares, Bacilíferos y Extra-Pulmonares
Tasas por 10^5 – 2000 - 2009

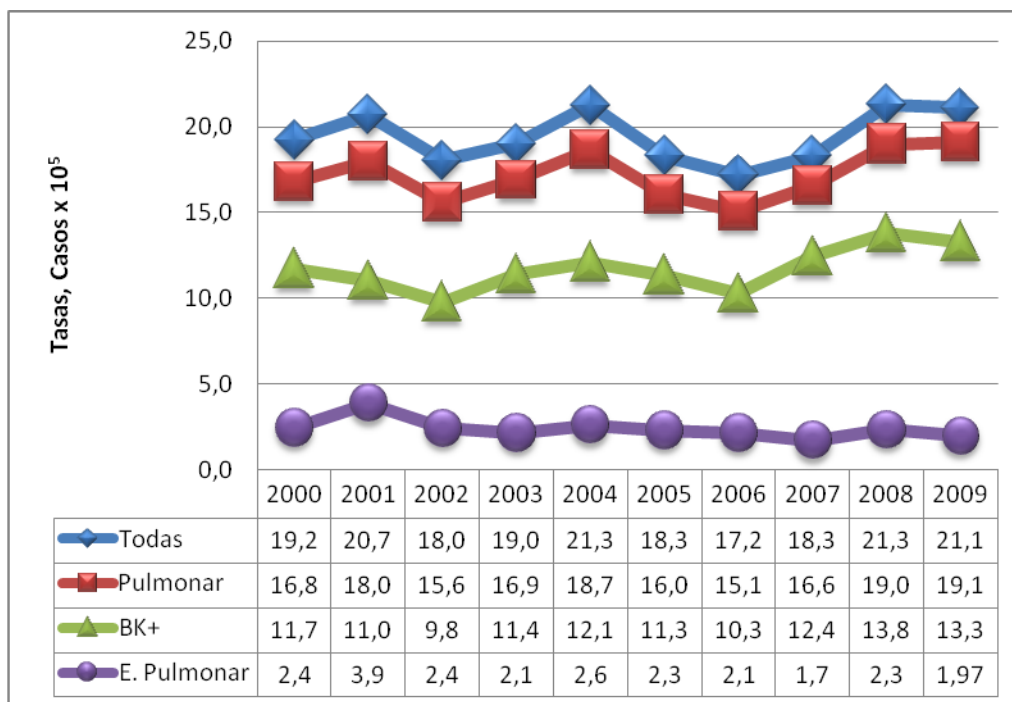
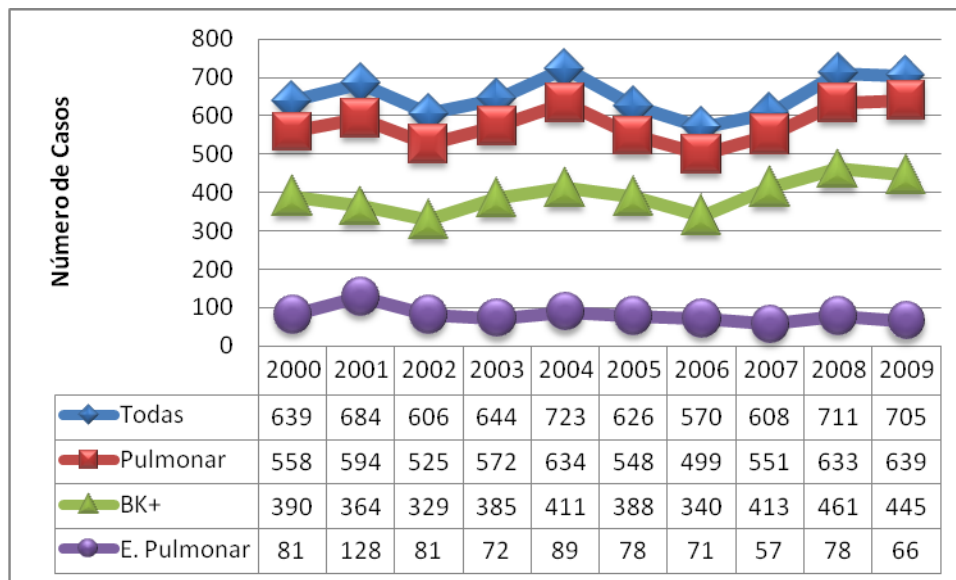


GRÁFICO II
Número de Casos de TB, Todas las Formas, Pulmonares, Bacilíferos y Extra-Pulmonares
2000 - 2009



2 - Distribución de Casos por Departamento - En la tabla I se presenta el número de casos y la tasa por 10⁵ habitantes 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.

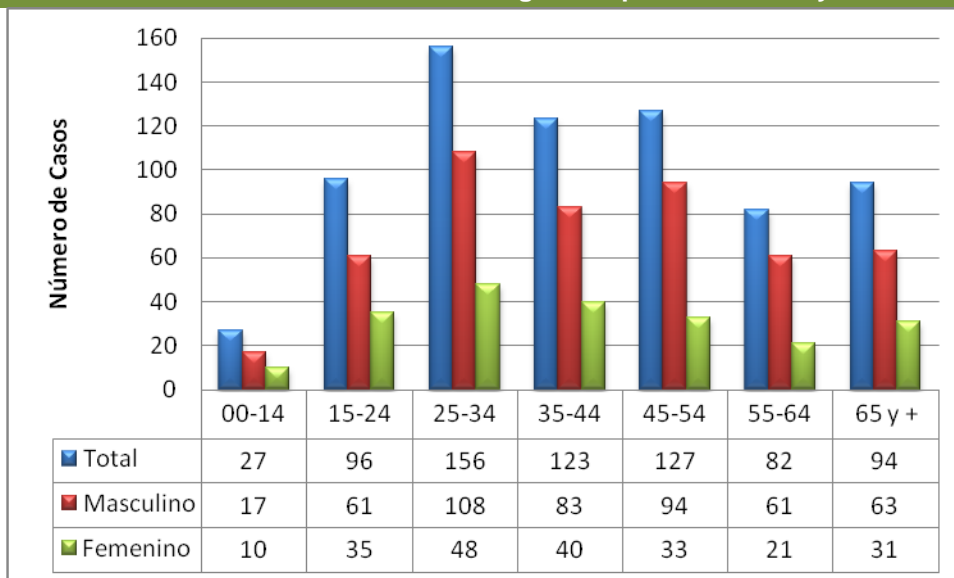
TABLA I
Casos y Tasas de TB Todas las Formas por Departamento - Año 2009

	No.	Tasa		No.	Tasa
Florida	4	5,7	Soriano	12	13,6
Artigas	5	6,3	San José	15	13,7
Rocha	5	7,1	Maldonado	24	15,9
Cerro Largo	7	7,8	Río Negro	9	16,0
Flores	2	7,8	Rivera	19	17,1
T. y Tres	4	8,1	Paysandú	20	17,2
Lavalleja	5	8,1	Canelones	100	19,2
Durazno	5	8,1	Salto	25	19,5
Colonia	11	9,1	TOTAL	705	21,1
Tacuarembó	9	9,4	Montevideo	424	31,7

3 - Distribución de Casos por Edades - En gráfico III 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 = 1.7/1)

GRÁFICO III
Casos de TB Todas las Formas Presentados Según Grupos de Edades y Sexos - Año 2009



4 - Controles de Contactos - La Tabla I presenta los datos de los controles de contactos en el período en análisis. Se declararon 1796, de los cuales se estudiaron 1564 (87,1%). Los contactos que enfermaron (46) representan 2,9 % de las personas estudiadas en dichos controles y 6,5 % de la incidencia.

TABLA II
Control de Contactos de Pacientes Tuberculosos
Declarados, Estudiados y Casos de TB entre Contactos - Año 2009

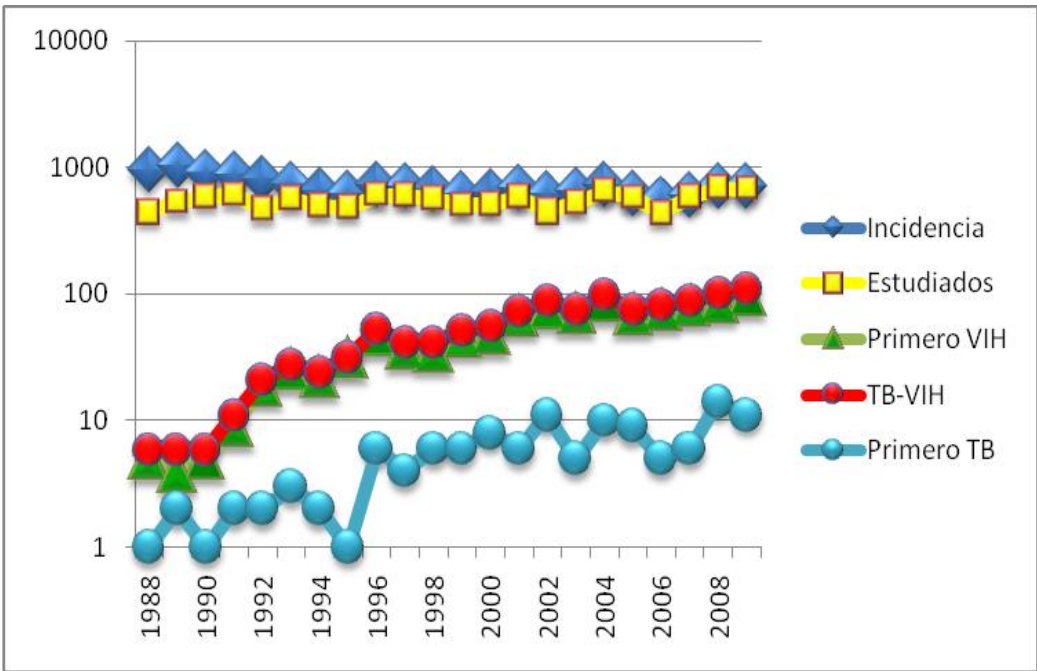
	Declarados	Estudiados	% (1)	Enfermos	% (2)
Total	1796	1564	87,1	46	2,9
0-4	144	135	93,8	5	3,7
5-14	360	329	91,4	7	2,1
15-29	564	475	84,2	17	3,6
30-59	550	483	87,8	16	3,3
60 y +	178	142	90,4	1	0,6

(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 670 casos (95,0%). Se registró un total de 101 casos de TB en pacientes con la infección por el virus de la inmunodeficiencia lo cual representa 15,2% de los pacientes estudiados serológicamente y un 14,3 % de la incidencia del año correspondiente. En la gran mayoría de los casos (89,9%) se conocía primeramente la condición de VIH+ antes de diagnosticarse la TB. Por el contrario, en 10,2 % la condición de VIH+ se conoció después del diagnóstico de TB.

En el gráfico III se presenta la evolución de la co-infección TB/VIH entre los años 1988 y 2009. En el mismo se grafica 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 que 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 IV
Evolución de la Co-Infección TB-VIH – 1988 - 2009



En la tabla III se presentan los casos de co-infección TB-VIH por grupos de edades. Como se ha observado en otros períodos, casi 80% de los casos de TB en VIH+ ocurre entre las edades de 15 a 44 años.

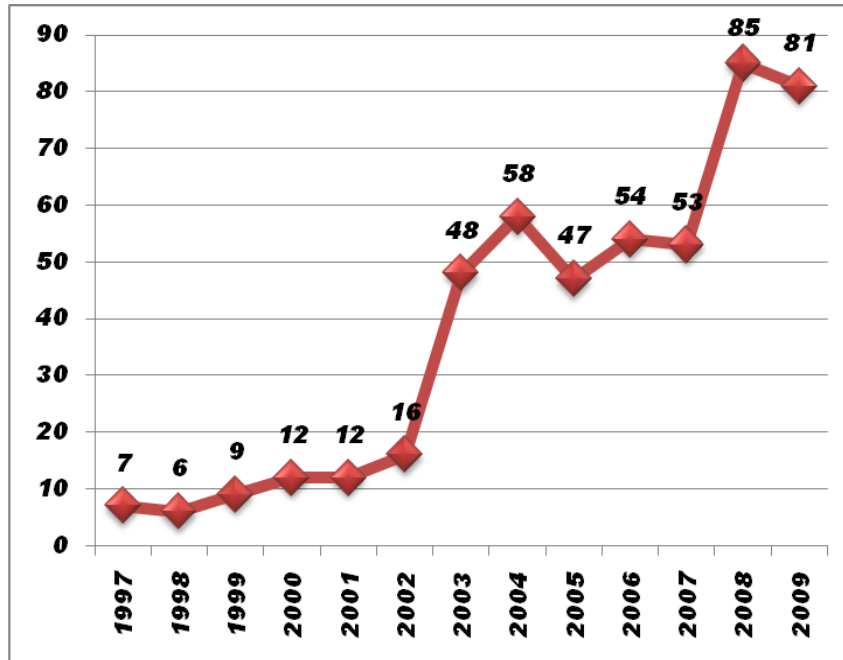
Tabla III
Casos de TB Co-infectados con VIH por Grupo de Edades

Grupo de Edades	No. de casos	%
0-4	0	0,0
5-14	0	0,0
15-24	3	3,0
25-34	40	39,6
35-44	35	34,7
45-54	17	16,8
55-64	3	3,0
65 y +	3	3,0
TOTAL	101	100

Persisten los inconvenientes de coordinación entre nuestro programa y el Programa Nacional de SIDA. Se deben llevar adelante las actividades de colaboración entre los ambos programas para restarle el impacto fuertemente negativo que la co-infección ejerce sobre la evolución de ambas enfermedades

6 - Casos de TB en Personas Privadas de Libertad – En los establecimientos de reclusión se registró un total de 81 casos, persistiendo en niveles altos la ocurrencia de de TB en estos contextos.. En el gráfico IV se presenta la evolución de los casos de TB en los establecimientos de reclusión desde el año 1997.

GRÁFICO IV
Evolución de Casos de Tuberculosis en Establecimientos de Reclusión 1997- 2009



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 es de 85%, es decir en línea con la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Del análisis de estos resultados surgen dos hechos alentadores: el descenso de la tasa de abandono (5,0%), en relación al año 2007 y de la tasa de letalidad (7,9%). No obstante lo cual se deben profundizar las estrategias que permitan abatir estos índices. 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 2009

	Número de Casos	Porcentaje
Total de Casos	495	100
Casos Tratados	479	96,8,6
Curados	346	72,2
Completados	34	7,1
Éxito Terapéutico	380	79,3
Abandonos	35	7,3
Fallecidos	41	10,6
Fracasos	0	0
Emigrados	0	0

En suma:

1 - Se ha registrado un número de casos escasamente menor en relación a 2008 (6 casos menos, 0,8% de descenso). Si bien existen oscilaciones en los últimos años, la tendencia global del período considerado (1997-2008) es de estabilización de las cifras de incidencia registrada. Esta situación de “meseta” de las cifras de incidencia registrada de TB se inició a mediados de la década de los años 90. Debido a ello, Uruguay no cumplirá con los objetivos de las metas del milenio que imponen una disminución en 50% del número de casos registrado en el año 1990 para el año 2015.

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. En línea con este objetivo se está aplicando una estrategia para la intensificación de la búsqueda y estudio de (SR) en los servicios de emergencias en hospitales, sanatorios y unidades de emergencia móvil. De todas formas, en tanto la detección y estudio de SR no esté integrado en los servicios de atención primaria, no se conseguirá un impacto significativo. Para ello es imprescindible que las autoridades de salud decidan aplicar esta política tanto en el sub-sector público como en el privado.

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 no la única, sería el aporte de los pacientes VIH positivos que se diagnostican con una alta frecuencia precisamente en este grupo de edad.

4 - Los contactos de pacientes tuberculosos continúan conformando un grupo de riesgo de importante participación en la incidencia de TB, aunque muy por debajo de la infección VIH y los establecimientos de reclusión. En este período no se ha llegado a la meta del 90% que se ha impuesto el programa

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.

6 - El número de casos en establecimientos de reclusión mantiene valores altos, sin cambio significativo en relación al año anterior. Un hecho a destacar en este contexto, es 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.

7 – La tasa de abandono ha aumentado en los últimos años, especialmente a partir del año 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 y multi-disciplinario, ya que las exitosas estrategias tradicionalmente aplicadas por el programa, están resultando ineficaces para el abordaje de una realidad rápidamente cambiante.

La tasa de letalidad, aunque elevada, sigue mostrando una tendencia al descenso. En cierta medida esto podría ser debido a los mayores esfuerzos de detección desarrollados, lo cual conduce a un diagnóstico más precoz y a la institución, también más precoz, de un tratamiento antituberculoso adecuado.

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