

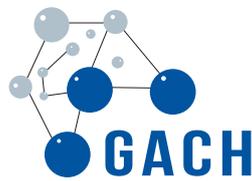
INFORME

EQUIPO DE TRABAJO: ATENCIÓN PRIMARIA (Adulto y adulto mayor)

Integrantes: Estela Skapino, Fernando Tomassina, Julio Vignolo , Clara Niz,
Alberto Sosa, Hamlet Suarez, Gabriela Ormaechea
Coordinador de equipo: Gabriela Ormaechea
Invitados: Dras Mariela Contrera, Gabriela Amaya.
Dirección del Programa Nacional de Tuberculosis, CHLA-EP

Montevideo, 09/02/21



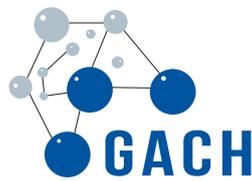


Reactivación del proceso de atención centrado en las personas con patologías No Covid con énfasis en las enfermedades no transmisibles (ENT).

Las ENT más prevalentes a nivel mundial (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) son la principal causa de muerte a nivel global (70% de todas las muertes)¹, siendo también la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad en nuestro país. Uruguay presenta una fuerte concentración de su mortalidad originada en las ENT y específicamente en las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades neoplásicas y las enfermedades del sistema respiratorio, que superan el 60% de las muertes². Las personas con ENT son más susceptibles a la infección por SAR-CoV2, fundamentalmente debido al compromiso de su respuesta inmunológica³, haciendo que la presencia del virus tenga una progresión más rápida, con mayores complicaciones respiratorias y compromiso vital. La prevalencia de las ENT aumenta con la edad, al tiempo que el impacto de la infección por SAR-CoV2 es más devastador en los adultos mayores, lo que contribuye a la complejidad y vulnerabilidad de la situación sanitaria de esta población.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elaboraron un documento⁴ en el que analizan la situación de las ENT en el marco de la pandemia y establecen recomendaciones de mediano y largo plazo. El documento informa que casi una cuarta parte de la población mundial padece una enfermedad preexistente que los hace más vulnerables a la infección por SAR-CoV2, la mayoría de estas son ENT. Según una encuesta que realizó la OMS en mayo 2020⁵, de los 163 países analizados, 75% comunicaron que los servicios dedicados a la prevención y tratamiento de las ENT se vieron afectados por las medidas tomadas en respuesta a la pandemia. Más de la mitad de los países (52%) refirieron ver afectados los servicios para el tratamiento de la hipertensión arterial, 49% para el tratamiento de la diabetes, 42% para el tratamiento del cáncer y 31% para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

En el primer informe de este grupo sobre ENT se hizo mención a esta compleja situación entre la necesidad de tomar medidas en forma precoz como hicieron la mayoría de los países con el objetivo de contener las consultas por miedo a una saturación de los

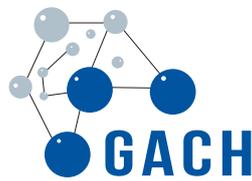


sistemas de salud (policlínicas, urgencia, emergencia y cuidados intensivos), y por otro las posibles consecuencias si estas medidas eran mantenidas y continuadas en el tiempo. Se debe advertir de los riesgos de la pérdida de oportunidad de asistencia para pacientes que sufren otras enfermedades no COVID 19.

En nuestro país, desde el inicio de la pandemia, y como consecuencia de las medidas para evitar contagios, las consultas presenciales en los prestadores de salud tanto públicos como privados han disminuido sustancialmente. Esto ha llevado a una disminución en los diagnósticos, en el control de los factores de riesgo y en los tratamientos médicos y quirúrgicos vinculados a estas patologías (al igual que a otras no tan prevalentes, pero con las mismas consecuencias relativas a la falta de atención y control). A su vez, a consecuencia de las medidas de confinamiento, se han exacerbado factores de riesgo (inactividad física, dieta inadecuada, consumo nocivo de alcohol, tabaquismo) así como patologías psiquiátricas, fundamentalmente en adultos mayores que viven solos o institucionalizados. No obstante esto, no es menor el impacto que han tenido las medidas tendientes al control de la pandemia en otros grupos etarios.

El teletrabajo, el estudio a distancia, la falta de interacción con pares pueden afectar severamente la salud mental, fomentar el sedentarismo, la alimentación inadecuada en calidad y frecuencia. Las ENT se generan desde las primeras etapas del ciclo vital, están fuertemente determinadas por los estilos de vida, requieren abordaje familiar, son problemas de salud que se gestan y consolidan en el seno de las familias y en su manejo es clave la oportunidad del diagnóstico así como la adherencia al tratamiento por parte de las personas y de sus familias.

El seguimiento y control de las ENT requiere atención longitudinal y continua; la falta de consultas presenciales, la implementación de telemedicina (sin formación previa por parte de profesionales y sin conocimiento por parte de los usuarios) inicialmente puede conspirar significativamente contra la adherencia. Por otro lado si bien la telemedicina ha sido una herramienta útil en pandemia y posiblemente quede como modalidad complementaria a la asistencia presencial, su uso tiene muchas limitantes como ser: no es homogéneo en todo el sistema de salud, no está claramente definido en quienes se debe implementar



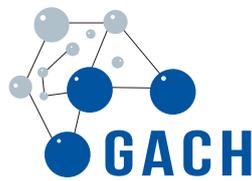
(primera consulta, seguimiento, etc), puede llevar a subdiagnósticos sobre todo en primeras consultas, tiene limitantes importantes que van en detrimento de una asistencia humanista, por ejemplo comunicación de malas noticias, etc.

La evolución que tuvo la pandemia por SARS-CoV 2 en Uruguay con una primera ola tardía de casos, hace pensar que las medidas de confinamiento y de baja asistencia presencial a las consultas, lejos de cambiar, se prolongaron en el tiempo. Por tanto, en este contexto de crisis sanitaria sin precedentes es importante que los pacientes con ENT sigan teniendo el mejor acceso posible a la atención sanitaria.

A la fecha ya contamos con algunos datos nacionales que preocupan y que se deberían atender e intentar revertir, de forma de evitar consecuencias mayores a mediano y largo plazo.

Según un trabajo recientemente dado a conocer en la Semana Académica del Hospital de Clínicas 20206, con datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y por el Instituto Nacional del Cáncer, en el año 2020 se observó una disminución muy significativa en los exámenes de tamizaje de cáncer, del 80%, 66% y 73% para PAP, mamografías y test de sangre oculta en las heces respectivamente, comparados con el año 2019. También se observó una disminución del 28% en el número de pacientes referidos a servicios oncológicos (Anexo 1, tabla 1). Según registros de profesionales anatomopatólogos, correspondientes a estudios realizados para instituciones del subsector público y privado, el número de informes anatomopatológicos oncológicos disminuyó 18% en ese mismo período. El número de quimioterapias se redujo en 17% y no se observó reducción de las radioterapias. Según datos aportados por tres seguros privados, en el año 2020 se realizaron 22% menos PAP que en 2019. Si se considera que la tasa de positividad estimada es de 5% de los estudios realizados, con los datos mencionados (público, privado y seguros privados), se estima que quedaron alrededor de 3500 pacientes con positividad sin diagnóstico.

Según datos aportados por tres seguros privados, los estudios de valoración cardiológica (incluyen Holter, ECG, Mapa, ergometrías y ecocardiografías) disminuyeron 17.7% en el 2020.



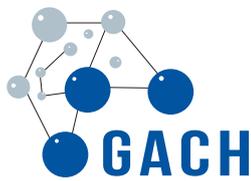
Esta falta de estudios diagnósticos y de control se tornan más críticas en los adultos mayores, población que presenta alta prevalencia de estas enfermedades crónicas, a la vez que tiene un mayor riesgo frente a la infección por COVID-19.

Otra situación preocupante durante esta pandemia es la vinculada a la tuberculosis (TB). Según datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) (Anexo II), se sabe que si bien desde el año 2006 su incidencia viene aumentando progresivamente (dejando nuestro país de estar entre los de baja prevalencia para pasar a mediana prevalencia), en el año 2020 ingresaron 33,4% menos de muestras para diagnóstico que el año anterior. Las muestras de pesquisa (grupos de riesgo) disminuyeron un 14% y las de seguimiento de pacientes en tratamiento 4%. La mortalidad por TB que mantenía una tendencia decreciente en los últimos años, en 2020 entró en una meseta. Del total de fallecidos, sólo 88% inició tratamiento antituberculoso. A su vez, el número de contactos que recibieron tratamiento preventivo disminuyó en el transcurso del año 2020. Estos datos son preocupantes en la medida que evidencian que un número de contactos no recibieron tratamiento preventivo y más aún pueden no haber sido detectados y/o estudiados.

Las situaciones expuestas, tanto sobre las ENT como la TB, harán que la postergación, tanto de las consultas como de los estudios diagnósticos o de control, produzcan un impacto muy negativo para la salud pública a corto, mediano y largo plazo. Para la mayor parte de la población, el riesgo de haber disminuido (o en algunas instituciones haber suspendido totalmente) las consultas presenciales podrá ser mucho mayor al posible riesgo de contagio por COVID-19.

A su vez, considerando el potencial aumento de las complicaciones respiratorias y cardiometabólicas en los supervivientes del COVID-19^{7,8}, cabe esperar que en el mediano plazo, la necesidad de consultas a los servicios de salud por estos motivos se vea incrementada sustancialmente, sumándose a la postergación de los servicios en pacientes No Covid.

Ante esta clara y compleja realidad nacional de las enfermedades crónicas y con riesgo que en un breve tiempo empeore debemos trabajar en prevenirla, para lo cual se plantean medidas rápidas a implementar a modo de cambiar el rumbo de las enfermedades relegadas No Covid.



RECOMENDACIONES:

A. Recomendaciones para la reactivación de consultas por ENT

Por lo expuesto anteriormente, se sugiere que las siguientes recomendaciones **se implementen en forma rápida**, con el fin de cambiar la perspectiva de las enfermedades relegadas por la pandemia. Parte de las mismas han sido extraídas del informe presentado el 15/5/2020, en el que ya se realizaban sugerencias para la reactivación de las consultas presenciales.

- Se sugiere a los prestadores de salud públicos y privados **reiniciar en forma progresiva las consultas presenciales**, tanto por parte de los médicos y equipos de referencia cómo por parte de médicos de otras especialidades que hacen a la atención continua.

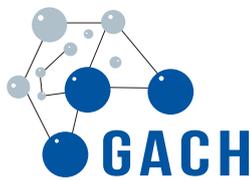
- **Restablecer y ampliar las actividades de diagnóstico precoz y prestación de atención orientadas a las personas con ENT** u otros problemas de salud también relegados, a la mayor brevedad posible. Para ello es necesario coordinar la reactivación en forma progresiva, según cada servicio y nivel asistencial. A tal fin es prioritaria la elaboración de un plan integral de reapertura de las actividades que contemplen las medidas de prevención a la infección por COVID-19, tanto a usuarios como a trabajadores de la salud.

- Es importante implementar una buena campaña de comunicación, de manera que inste a las personas a retomar las consultas presenciales a los efectos de la promoción en salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas.

Algunas sugerencias posibles para este proceso son:

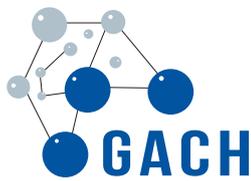
- **Readecuar la capacidad instalada** para aumentar el número de consultas presenciales.

- **Convocar en forma gradual a la consulta presencial** según las capacidades de cada prestador. El resto se contactará mediante tele asistencia en el día y horario asignado para su consulta, de manera de mantener el contacto personal con el paciente.



Estas prestaciones se valorarán de acuerdo a la situación epidemiológica nacional.

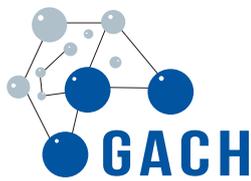
- A los pacientes convocados a consulta presencial se le debe asignar turnos con horarios prefijados cada 20-30 minutos entre los mismos como mínimo.
- La decisión de la convocatoria presencial a la consulta **debe surgir del profesional de la salud correspondiente**, quien es el calificado para jerarquizar su pertinencia o no. Se debería permitir al profesional autoagendar su consulta acordando con los pacientes y sus familias . **No delegar esta tarea en funcionarios administrativos.**
- En caso de que el profesional identifique la necesidad de consulta presencial, se considerará también la consulta en domicilio.
- Restringir la circulación de personas en los centros de salud con excepción de los que tienen consulta o se deben realizar estudios paraclínicos.
- Evitar el ingreso de acompañantes, excepto en aquellos casos que esté justificado; en lo posible el paciente debe entrar solo al consultorio.
- Asegurar una correcta limpieza y desinfección de superficies de trabajo de médicos, en forma constante (teclados de ordenadores, mesas de trabajo, etc).
- Recomendaciones: antes, durante y después de la consulta el profesional se debe tomar unos minutos entre pacientes para: lavado de manos, ventilación del consultorio, higiene del estetoscopio con alcohol, desinfección del consultorio y de todo elemento de trabajo (esfigmomanómetro, lapicera, recetarios, etc)., etc.
- Durante la consulta: en lo posible consultas breves (menos de 15 minutos), mantener una distancia de 1,5m entre médico y paciente.
- Proveer a los profesionales en el ámbito ambulatorio de equipos de protección acorde a la actividad: sobretúnica, mascarilla facial, careta o máscara facial, lentes si corresponde, etc.



- Mantener los ambientes de trabajo bien ventilados.
- En áreas donde se realiza la atención presencial al público, promover la colocación de mamparas de acrílico o vidrio en los mostradores de atención como una barrera física.
- A fin de reforzar las medidas de bioseguridad que al inicio de la pandemia se efectuaron, realizar acciones de capacitación de los trabajadores de la salud: conceptos básicos de bioseguridad, que incluya el uso adecuado de los EPP según nivel de riesgos. Debe incluir un algoritmo sobre su colocación y retiro. También es importante capacitar al personal de salud en el vínculo existente entre las ENT y el COVID-19.
- Considerar los estudios de laboratorio de análisis clínicos, de imagenología u otros que fueron diferidos y convocar a su realización. Deberían gestionarse todos a través de la historia clínica electrónica, agendando a los usuarios con día y hora, de forma de evitar la circulación de los pacientes.
- Convocar a aquellos pacientes que habitualmente retiran medicación crónica y que han dejado de hacerlo. Implementar la indicación de receta extendida por seis meses.
- Comunicar y sensibilizar a la población sobre los vínculos existentes entre el COVID-19 y las ENT y la importancia de prevenir y/o controlar estas enfermedades (campañas en redes locales y nacionales, alentar a la población a que consulte y controle su ENT y adopte y mantenga estilo de vida saludable).
- **Fortalecer la promoción de salud y las actividades de prevención primaria a fin de hacer frente a las causas de las ENT y sus factores de riesgo, incluida la puesta en práctica de estrategias eficaces orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol, el tabaquismo, la alimentación inadecuada y la inactividad física.**

B. Recomendaciones especiales para los adultos mayores

En esta población en particular se debe especialmente tener en cuenta la posibilidad de abuso y/o maltrato.



B. Recomendaciones especiales para los adultos mayores

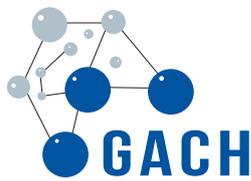
En esta población en particular se debe especialmente tener en cuenta la posibilidad de abuso y/o maltrato.

B.1 Adultos mayores no institucionalizados y que no hayan tenido COVID

- 1.- Destacar la importancia de la consulta con los médicos del primer nivel de atención, preferentemente con el de referencia y/o especialistas que aborden enfermedades crónicas específicas conocidas facilitando su control y el acceso a la medicación crónica. Ejemplos: glaucoma, diabetes tipo 1 y 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, reumáticas y otras. No descuidar los aspectos de salud bucal.
- 2.- Retomar los controles postergados de marcapaso, enfermedades oncológicas, etc.
- 3.- Pesquisar alteraciones de peso, apetito, disminución de la visión o audición, trastornos del sueño, del campo del humor o de la conciencia y dar especial atención a los mismos.
4. Diseñar estrategias para detectar adultos mayores que viven solos y con dificultades de acceso al prestador por no uso de tecnologías avanzadas o problemas socio-económicos y/o culturales.

En adultos mayores sanos y robustos (según escalas de fragilidad)

1. Realizar controles preventivos de salud que no se puedan posponer: trámites de control de salud o libreta de conducir.
2. Esperar la convocatoria de los prestadores de salud



En adultos mayores enfermos, frágiles no auto-validos

1. Convocar médico de atención primaria a domicilio o consulta virtual

B.2 Adultos mayores institucionalizados y que no hayan tenido COVID

1. Los directores técnicos en coordinación con los médicos tratantes y los prestadores públicos y privados deberán determinar las prioridades de la actualización del estado de salud de los internados.
2. Destacar la importancia de la visita presencial a los institucionalizados donde se deben cumplir las exigencias de protocolo establecidas por las autoridades competentes.
3. Dar prioridad a los más frágiles.

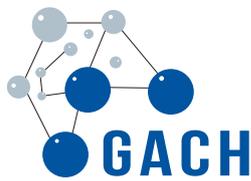
B.3 Adultos mayores no institucionalizados o institucionalizados que hayan tenido COVID

1. Buscar secuelas de la infección por COVID: físicas, psíquicas o sociales. Algunas de ellas requieren la interconsulta con especialistas y estudios complementarios

C. Recomendaciones para el manejo de la TB

Al personal de salud:

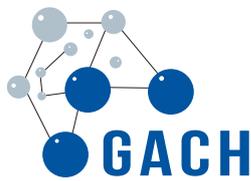
1. La situación de la TB en el país amerita continuar con un alto índice de sospecha y en el escenario de asistencia de personas con sospecha de COVID 19 se recomienda solicitar los estudios diagnósticos correspondientes (radiografía de tórax y/o estudios bacteriológicos para TB), sobre todo en aquellos con tos y expectoración por más de 15 días.



2. En población de riesgo (VIH, inmunodeprimidos, poblaciones cerradas, procedentes de zonas con alta incidencia de TB) independientemente de la duración de los síntomas respiratorios, es recomendable el doble testeo (COVID/TB).
3. Optimizar las instancias de contacto de las personas con el sistema de salud (presencial o virtual) para indagar sobre síntomas sospechosos de TB, contacto con pacientes tuberculosos y pertenencia a grupos de riesgo (VIH, inmunodeprimidos, desnutridos), para indicar los estudios diagnósticos.
4. Uruguay cuenta con las técnicas bacteriológicas que confirman el diagnóstico de TB, incluso con técnicas moleculares rápidas (GeneXpert) en varios prestadores de salud y en el LNR la CHLA- EP. Todos los médicos pueden solicitar el diagnóstico bacteriológico a sus pacientes a través del Formulario de Solicitud de examen de tuberculosis que puede descargarse de la página web de la CHLAEP: <http://chlaep.org.uy/wp-content/uploads/2019/11/Formulario-Solicitud-v3.pdf>
5. Todos los prestadores de salud tienen acceso al tratamiento antituberculoso en forma oportuna, siendo este el primer pilar en el control de la transmisión de la TB. El personal de salud tiene un importante rol en fomentar la adherencia al tratamiento antituberculoso para disminuir las recaídas y la TB droga resistente.

A la población general

1. Ante la presencia de tos y expectoración por más de 15 días la persona tiene el derecho de solicitar a su prestador de salud que lo estudien para tuberculosis. Se insta a realizar la consulta.
2. La tuberculosis es una enfermedad curable y el tratamiento antituberculoso es gratuito. Completar todo el tratamiento es una de las formas más efectivas de detener la transmisión de la tuberculosis. Debido a lo prolongado del tratamiento es importante el apoyo familiar y comunitario para lograr una buena adherencia.



REFERENCIAS

1 NCD: Datos y cifras. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>)

2 Enfermedades no transmisibles: actualización sobre la situación de Uruguay. https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1373:enfermedades-no-transmisibles-actualizacion-sobre-la-situacion-de-uruguay&Itemid=451

3 Brodin, P. Immune determinants of COVID-19 disease presentation and severity. Nat Med 27, 28–33 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-01202-8>

4 Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de ella [Responding to noncommunicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2020 (WHO/2019-nCoV/Noncommunicable_diseases/Policy_brief/2020.1). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5 Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 <https://www.who.int/publications/m/item/rapidassessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>

6 Delgado L, Camejo N, Vázquez R, Luongo A y col. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE EL CONTROL DEL CÁNCER EN URUGUAY. RESULTADOS PRELIMINARES. SEMANA ACADÉMICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS “Dr. Manuel Quintela” 2020

7 Zhao YM, Shang YM, Song WB, Li QQ, Xie H, et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. EClinicalMedicine. 2020;100463.

8 Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB. Global pandemics interconnected - obesity, impaired metabolic health and COVID-19. Nat Rev Endocrinol. 2021, doi.org/10.1038/s41574-020-00462-1

ANEXO I

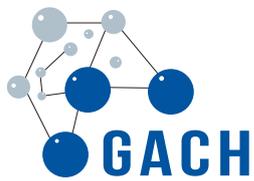
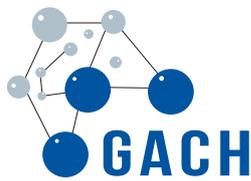


Tabla 1: Impacto de COVID-19 sobre el tamizaje y el número de pacientes referidos a servicios oncológicos (1)

	Año		
	2018	2019	2020
PAP (prestadores privados y público)	93.384	82.392	17.606
Mamografía de tamizaje (prestadores privados)	23.608	24.498	8.140
Test de sangre oculta en heces (prestadores privados)	11.134	10.497	2.872
Pacientes referidos a servicios oncológicos (Muestra de instituciones del subsector público y privado)	4.781	4.455	3.308

(1) Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

ANEXO II



SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN URUGUAY Y EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID 19

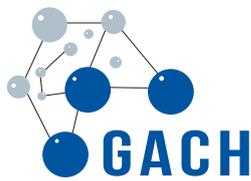
Uruguay presenta un cambio en la situación epidemiológica de la Tuberculosis (TB) que se refleja en varios indicadores epidemiológicos. La incidencia muestra un aumento progresivo a partir del año 2006, registrando en el 2019 una tasa de 30/100000 habitantes. De esta forma, Uruguay ha dejado de pertenecer a los países de baja prevalencia de TB de la región y por lo tanto cercanos a la eliminación de la enfermedad, para ubicarse en el grupo de países de mediana prevalencia (25- 50/100000 habitantes).

Es importante señalar que la tasa de incidencia de los años 2018 y 2019 se acerca a la estimada por la OMS, disminuyendo así la brecha diagnóstica, lo cual nos permite plantear que el aumento del número de casos registrado en dichos años fue en parte producto de una mayor capacidad de búsqueda y diagnóstico.

La enfermedad afecta principalmente a la población joven, de 25 a 55 años, lo cual evidencia una alta transmisibilidad de la infección en la comunidad, en contraste con la afectación de la población añosa (reactivación de una infección previa) propia de los países con buen control de la TB.

En cuanto a la distribución geográfica se observa una concentración de casos a escala nacional y departamental. Del total de casos del país, el 54,7% se encuentran en Montevideo, seguido por Canelones, Maldonado y Paysandú. En Montevideo, en los Municipios A, D, F y G se localizan el 72,5% del total de casos departamentales, coincidiendo con los Municipios en que se encuentran el mayor número de hogares con necesidades básicas insatisfechas.

La mortalidad registrada es 3,1/100000 habitantes, con una letalidad elevada (10,3%), en comparación con otros países de la región, vinculada a la coinfección VIH y a formas avanzadas de TB pulmonar y extra pulmonar.



La tasa de éxito de tratamiento de la cohorte 2018 fue de 74%, alejada de la meta planteada por OMS (85%) que obedece principalmente a 2 razones: número elevado de abandonos de tratamiento y fallecimientos.

La CHLAEP a través del PNT decidió en 2016 promover una estrategia de descentralización progresiva y responsable dirigida básicamente a lograr un mayor compromiso del personal de salud y de los prestadores de salud en las acciones de control de la TB: diagnóstico, prevención y tratamiento.

Los logros se han observado principalmente en el diagnóstico a través de una creciente realización de estudios bacteriológicos por parte de los prestadores de salud que han logrado en forma paulatina articularse con el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de la CHLAEP a través de la Red Nacional de Laboratorios.

REPERCUSIONES DE LA PANDEMIA COVID 19 SOBRE LA TUBERCULOSIS

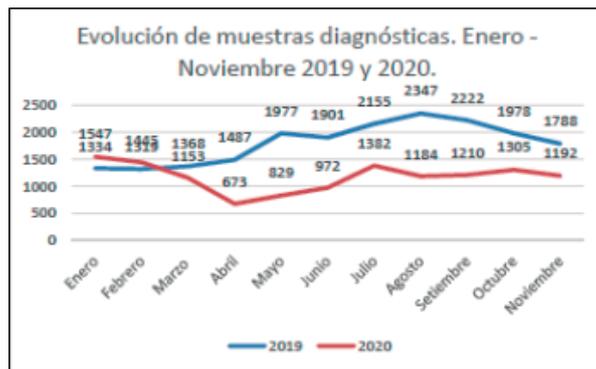
La OMS ha alertado a los diferentes países sobre los impactos negativos de la pandemia COVID 19 sobre el control (diagnóstico y tratamiento) y prevención de la TB, vinculados principalmente a las restricciones en la movilidad, menor acceso a los servicios de salud y a las repercusiones económicas negativas que afectará a los sectores más vulnerables de la sociedad.

Uruguay, a pesar de haber presentado una situación de relativo control de la pandemia en relación a otros países no es ajeno a estos impactos. Podemos aproximarnos a la situación actual de la TB en el país a través de datos preliminares que nos permiten elaborar algunos indicadores generales, recordando que, por los aspectos biológicos particulares de la infección tuberculosa, varias de las repercusiones negativas serán visualizadas en los próximos meses y años.

1. Diagnóstico de casos de TB.

En el período 1/1/2020 al 15/12/2020 según los datos del TB Soft (Sistema Informático del Laboratorio Nacional de Referencia - Red Nacional de Laboratorios) ingresaron 25031 muestras, lo que representa un 75,6% de las muestras ingresadas en el año 2019. Esta disminución fue sobre todo a expensas de las muestras enviadas para diagnóstico (Pacientes presuntivos de TB) que representaron un 33,4% menos que las del año anterior (Gráfico 1). Las muestras de pesquisa (grupos de riesgo) disminuyeron un 14% y las de seguimiento de pacientes en tratamiento 4%.

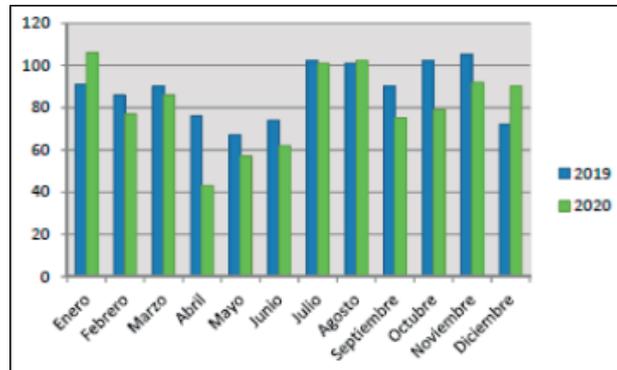
Gráfico 1. Evolución de muestras diagnósticas de TB 2019-2020



Esta disminución en el número de muestras diagnósticas se correlaciona con la disminución de los casos notificados: 970 casos en el año 2020, versus 1057 casos en 2019 – disminución de 8% de casos notificados -.

En el período marzo a diciembre (excepto julio y agosto) se observa un menor número de casos mensuales notificados en relación al año 2019. Estos 2 meses coinciden con una mayor apertura de los servicios de salud y acceso de los usuarios lo que podría haber favorecido la consulta. En diciembre, los casos notificados también superan los de igual mes del 2019 aunque no tenemos elementos suficientes aún para analizar este hecho.

Gráfico 2. Casos notificados mensuales de TB enero-diciembre de 2019 y 2020



Si bien se observa una situación heterogénea en cuanto a la notificación de casos por departamento, en aquellos de mayor incidencia de TB como Montevideo, Canelones, Maldonado y Paysandú existe un descenso significativo de notificación en el año 2020.

2. Mortalidad

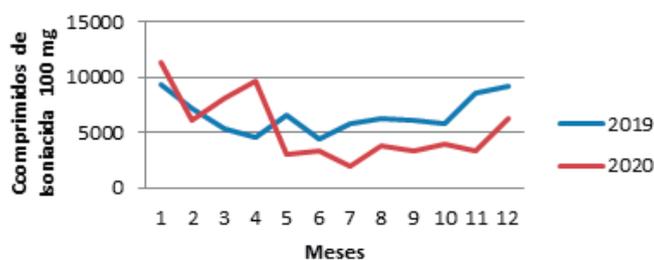
La tasa de mortalidad es similar en los años 2019 y 2020: 3,1/100000 habitantes y 2,7/100000 habitantes respectivamente, al igual que la letalidad: 10,3% en 2019 (109 fallecidos) y 10,7% en 2020 (104 fallecidos). Un hecho destacable es que la mortalidad y letalidad por TB mantenía una tendencia decreciente en los últimos años, acercándose a la meta de los ODS; y en el año 2020 este logro no se mantiene. Igual de preocupante es el hecho que de los 104 pacientes con TB que fallecieron, sólo 92 iniciaron tratamiento antituberculoso (88%), comparado con el 2019 que iniciaron tratamiento el 93% de los fallecidos. Si bien la explicación de esto requiere un análisis más profundo, el diagnóstico tardío es una de las hipótesis.



3. CONTROL DE CONTACTOS

En relación a las repercusiones sobre la prevención de la TB, podemos estimar a través de los datos aportados por la Unidad de Fármacos de la CHLA EP sobre el consumo mensual de Isoniacida de 100 mg (fármaco utilizado para el tratamiento preventivo de la TB en niños pequeños), que el número de contactos que recibieron tratamiento preventivo disminuyó en el transcurso del año 2020 (Gráfico 3).

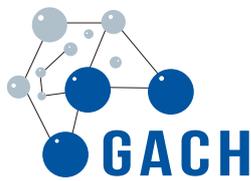
Gráfico 3. Consumo mensual de Isoniacida 100 mg (niños menores de 5 años) años 2019 y 2020



El número de contactos por pacientes detectado por el PNT se ubica aproximadamente en 2,5 a 3 por caso bacilífero diagnosticado, reconociendo que existe una sub-notificación que obedece a diferentes motivos. Por lo tanto, estos datos son preocupantes en la medida que evidencian que un número de contactos no recibieron tratamiento preventivo y más aún pueden no haber sido detectados y/o estudiados.

MEDIDAS INSTRUMENTADAS POR EL PNT DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

En el contexto de la emergencia sanitaria con las medidas restrictivas tomadas en relación a la movilidad de la población y acceso a los servicios de salud, la CHLA-EP introdujo diferentes modificaciones que han tenido como objetivo mantener la totalidad de los servicios en funcionamiento: Centros Periféricos (Dispensarios), Unidad de Fármacos (Lab. Calmette) y LNR.



Se mantuvo la capacidad de diagnóstico bacteriológico (baciloscopías, cultivos y estudios moleculares) en el LNR. Se introdujo la videollamada para lograr la supervisión del tratamiento antituberculoso y pesquisar complicaciones. La identificación y control de contactos estuvo centrada en los menores de 15 años y grupos de riesgo, simplificando los protocolos de estudio y control de estos.

Las medidas de protección contra el SARS-CoV-2 del personal de salud de la CHLA-EP ha sido una prioridad lo cual ha implicado capacitaciones periódicas y gestión de los recursos humanos, utilizando mecanismos como el teletrabajo, rotación de equipos asistenciales, de laboratorio, etc.

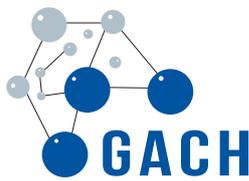
La CHLA EP ha procurado comunicar a los prestadores de salud y autoridades sanitarias sobre la actual situación epidemiológica de la TB en el país, así como de la necesidad de desarrollar acciones a la brevedad que mitiguen los efectos negativos específicos de la COVID 19 sobre la TB.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA TB EN EL ACTUAL CONTEXTO SANITARIO

Recomendaciones al personal de salud:

La situación de la TB en el país amerita continuar con un alto índice de sospecha y en el escenario de asistencia de personas con sospecha de COVID 19 se recomienda solicitar los estudios diagnósticos correspondientes (radiografía de tórax y/o estudios bacteriológicos para TB), sobre todo en aquellos con tos y expectoración por más de 15 días. En población de riesgo (VIH, inmunodeprimidos, poblaciones cerradas, procedentes de zonas con alta incidencia de TB) independientemente de la duración de los síntomas respiratorios, es recomendable el doble testeo (TB/COVID).

Se recomienda optimizar las instancias de contacto de las personas con el sistema de salud (presencial o virtual) para indagar sobre síntomas sospechosos de TB, contacto con pacientes tuberculosos y pertenencia a grupos de riesgo (VIH, inmunodeprimidos, desnutridos), para indicar los estudios diagnósticos.



Uruguay cuenta con las técnicas bacteriológicas que confirman el diagnóstico de TB, incluso con técnicas moleculares rápidas (GeneXpert) en varios prestadores de salud y en el LNR la CHLA- EP. Todos los médicos pueden solicitar el diagnóstico bacteriológico a sus pacientes a través del Formulario de Solicitud de examen de tuberculosis que puede descargarse de la página web de la CHLAEP:

<http://chlaep.org.uy/wp-content/uploads/2019/11/Formulario-Solicitud-v3.pdf>

Todos los prestadores de salud tienen acceso al tratamiento antituberculoso en forma oportuna, siendo esto el primer pilar en el control de la transmisión de la TB. El personal de salud tiene un importante rol en fomentar la adherencia al tratamiento antituberculoso para disminuir las recaídas y la TB drogo resistente.

Recomendaciones a la población general

Ante la presencia de tos y expectoración por más de 15 días la persona tiene el derecho de solicitar a su prestador de salud que lo estudien para tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad curable y el tratamiento antituberculoso es gratuito. Completar todo el tratamiento es una de las formas más efectivas de detener la transmisión de la tuberculosis. Debido a lo prolongado del tratamiento es importante el apoyo familiar y comunitario para lograr una buena adherencia.

Cuando una persona es diagnosticada con TB es muy importante el estudio de sus contactos y realizar el tratamiento preventivo debido a su demostrada efectividad en prevenir el desarrollo de la TB. Por esto es fundamental la colaboración de los pacientes para notificar sus contactos y así comenzar el estudio y seguimiento de los mismos.