



NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD EN ARGENTINA. PERÍODO 2009 – 2022

**Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias “Dr. Emilio Coni”
Departamento Programas de Salud.
Santa Fe, setiembre 2022
Actualización 05/09/2022**



FICHA CON DATOS E ISBN

“Este recurso es el resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899 y la política de gestión del conocimiento de la ANLIS”.

[Este obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#)



Análisis de la asociación Tuberculosis y VIH a partir de datos de vigilancia de la salud

PRO.TB.DOC.TEC. N° .99/22 INER - ANLIS - MSAL

PERÍODO 2009 – 2022

Santa Fe, Setiembre 2022

Actualización 05/09/2022



Análisis de la asociación Tuberculosis y VIH a partir de datos de vigilancia de la salud

Período 2009 – 2022

Este documento fue realizado en el Departamento Programas de Salud

Responsables: Hugo Fernández

Natalia Mordini

Rosa Lopez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni"

Avda. Blas Parera 8260

Santa Fe – Argentina

TE: +54-342-4892827/4896850/4892525

Fax: +54-342-4896850/4896851

E-mail: secretaria.direccionconi@gmail.com



AUTORIDADES

Dr. Alberto Fernández

Presidencia de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Ministerio de Salud de la Nación.

Dr. Pascual Fidelio

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

(ANLIS) Dr. Carlos G. Malbrán.

Dr. Juan Carlos Bossio

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

(INER) Dr. Emilio Coni



Contenido

1. INTRODUCCIÓN	7
2. METODOLOGIA	8
3. RESULTADOS	8
3.1 PERSONAS CON TB NOTIFICADOS CON REGISTRO DE LA PRUEBA DE VIH	8
3.2 PERSONAS CON TB NOTIFICADAS CON CONFECCIÓN CON VIH	10
3.3 VINCULACIÓN DE BASES DE DATOS DE SNVS 2.0 PARA LOS EVENTOS TB Y VIH	13
3.4 COMPARACIÓN CON ESTIMACIONES DE OMS.	15
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	15
5. REFERENCIAS	17

Análisis de la asociación Tuberculosis y VIH a partir de datos de vigilancia de la salud

1. Introducción

Unas de las causas de la declaración de emergencia de la TB en 1993 fue la expansión de la epidemia de VIH en el mundo. En la resolución WHA46.36 de la OMS se pide la adopción de medidas nacionales e internacionales para aplicar la estrategia mundial de la OMS de lucha contra la tuberculosis, y se señala ***"En segundo lugar, cabe prever que la tasa de incidencia de tuberculosis específica por edad aumente en las zonas del mundo en que el sistema inmunitario de la población está gravemente amenazado por la malnutrición y otras enfermedades. Entre esas amenazas destaca el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); otros factores adicionales son el hambre, la guerra y los desastres naturales, que dan lugar a grandes poblaciones de personas desplazadas y malnutridas"***¹. En ese mismo año, el informe del director general sobre los progresos realizados menciona que ***"factores demográficos explicarán las tres cuartas partes del aumento previsto de nuevos casos, y el cuarto restante corresponderá al aumento de las tasas de incidencia, debido sobre todo al VIH"***². El avance de la epidemia de VIH mostró un impacto importante en la epidemiología de la tuberculosis en todo el mundo, y si bien las consecuencias fueron tanto en países industrializados como en los países en desarrollo, fue en estos últimos, con alta carga de TB, donde el impacto fue mayor. El VIH provoca una evolución más rápida de una infección reciente y latente por *Mycobacterium tuberculosis* a tuberculosis activa, e incrementa la tasa de recurrencias de la tuberculosis.

La epidemia de VIH/SIDA ha provocado un aumento considerable de casos de tuberculosis pulmonar, aumentado también el porcentaje de casos con baciloscopia negativa y de tuberculosis extrapulmonar. En los pacientes seropositivos para el VIH que padecen tuberculosis, el resultado del tratamiento es peor que en los seronegativos, y la mortalidad también es mayor que en los pacientes seronegativos. Sin embargo, la TB que afecta a las personas con VIH es prevenible y curable.

En 2001 se aumentaron los esfuerzos por ampliar el control mundial de la TB, habiéndose lanzado en 2000, el primer Plan Global para Detener la TB³ cubriendo los años 2001-2005, en el cual se daba orientación para ayudar a los países a diseñar e implementar actividades colaborativas de TB/VIH.

En 2006 la estrategia "Alto a la TB"⁴ incluyó dentro de sus componentes principales ***"Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la TB-MDR y otros"*** para que los países den prioridad a la implementación de actividades colaborativas TB/VIH. Dentro de este componente se incluían como actividades dirigidas a reducir la carga del VIH entre los enfermos de tuberculosis ***"La vigilancia de la infección por el VIH entre los enfermos de tuberculosis, con independencia de las tasas de prevalencia del VIH"***, que incluía ***"Ofrecer pruebas y asesoramiento sobre el VIH/SIDA a todos los enfermos de tuberculosis ..."***. Actualmente, la estrategia "Fin de la TB"⁵ también incluye en su Pilar 1 las ***"Actividades de colaboración TB /VIH, y tratamiento de las comorbilidades."*** que busca introducir una programación conjunta para TB y VIH con el fin de ofrecer una prestación de servicios integrada y descentralizada para ambas afecciones; y seguir

las recientes recomendaciones de la OMS en torno a las actividades de colaboración TB /VIH. Estas actividades se orientan a la planificación conjunta de actividades de VIH y TB, la integración de servicios de atención de ambas patologías y el tratamiento de la TB latente. Entre estas actividades se incluyen:

- Ampliar a mayor escala las pruebas de detección del VIH entre los casos presuntivos de TB, y de todos los pacientes con TB.
- Contar con sistemas electrónicos de notificación por Internet con identificadores únicos, que respeten la confidencialidad del paciente, y que sean usados por los programadores para un mejor seguimiento del paciente.

La importancia que tiene conocer en las personas con TB su situación ante el VIH se refleja en que uno de los 10 indicadores claves para el seguimiento de la estrategia Fin de I TB se refiere a la ***“Documentación sobre el estado serológico con respecto al VIH en pacientes con TB”***, definido como ***“El número de pacientes con TB (casos nuevos y recaídas) que tienen documentado el estado serológico respecto al VIH dividido entre el número de casos nuevos y recaídas de pacientes con TB en el mismo año, expresado como porcentaje.”***, cuya meta es del 100%. La inclusión de este indicador se fundamenta en que ***“Es uno de los indicadores mundiales centrales utilizados en el seguimiento de las actividades de colaboración en relación con la TB y el VIH. Tener documentado el estado serológico con respecto al VIH es esencial para proporcionar la mejor atención posible para los pacientes con TB y VIH, en particular para el tratamiento antirretroviral”***.

2. Metodología

Se realizó un análisis descriptivo de la información relacionada con VIH en la base de datos del SNVS 2.0 del evento TB, las variables utilizadas fueron TIPO_ESTUDIO_COMPLEMENT, que registra el resultado de la realización del test de VIH en paciente con TB, y la variable COMORBILIDAD, que registra si la persona con TB tiene ya un diagnóstico de VIH. Para tendencias se complementó la información con las bases históricas del módulo de TB del SNVS 1.0, utilizando la variable Resultado_VIH. Para el estudio de cobertura del registro de los casos de TB/VIH se vincularon las bases del SNVS 2.0 de los eventos TB y VIH al 05 de setiembre de 2022. Las estimaciones de la carga de TB/VIH y la información de los países de la región de las Américas fueron obtenidas del Tuberculosis data del Global Tuberculosis Programme de OMS⁶.

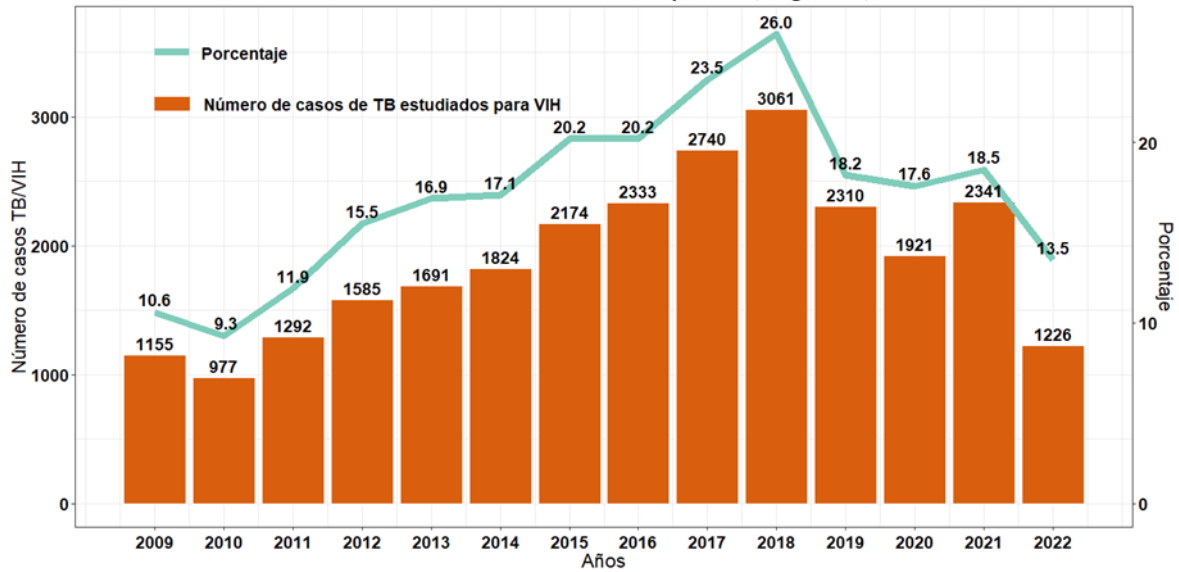
3. Resultados

3.1 Personas con TB notificados con registro de la prueba de VIH

El registro en el SNVS 2.0 de los pacientes de TB estudiados para VIH fue menor al 20% (18,5%) en 2021 y en las notificaciones hasta agosto de 2022 esta proporción fue aún menor, del 13,5%. Si se analiza la tendencia de este indicador se observa que la mayor proporción de casos con registro de la prueba de VIH fue en 2018, año en que alcanzó el 26,0% (Gráfico 1).

Gráfico 1

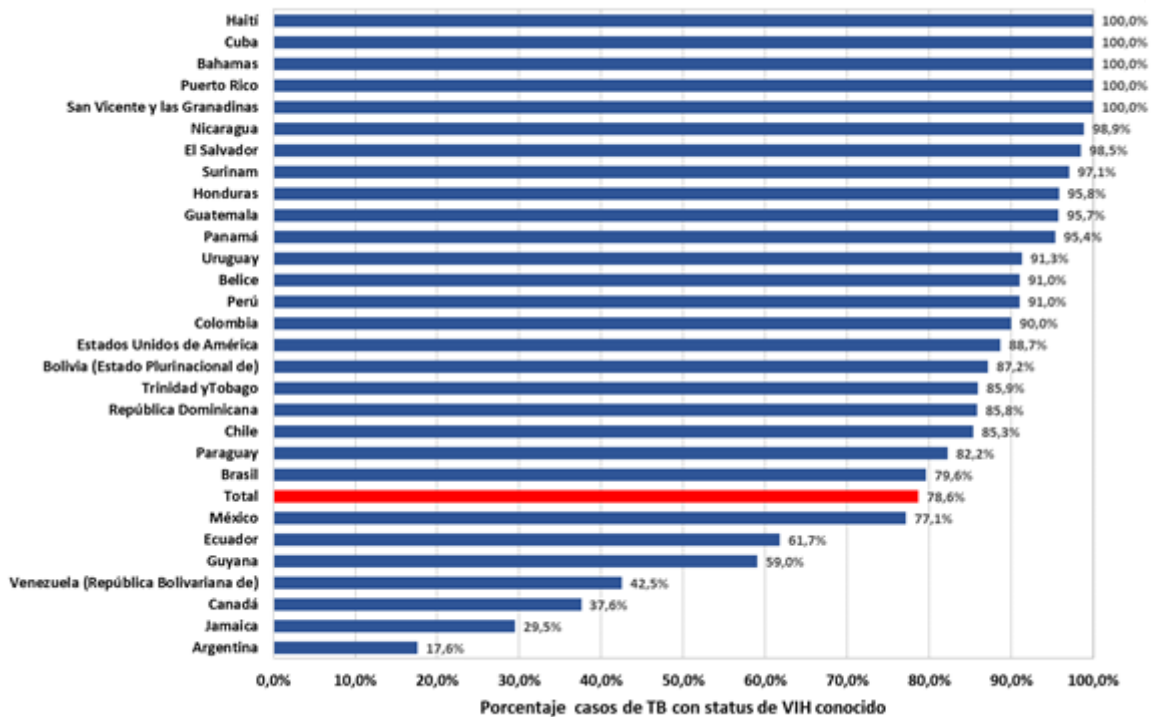
Tendencia de la notificación de los casos de TB estudiados para VIH, Argentina, 2009-2022



En el contexto regional la Argentina mostró la cobertura más baja de registro de casos con estudio de VIH en comparación con el resto de los países de la región. En el año 2020, última información disponible, la proporción de casos de TB notificados que tenían documentada la realización de una prueba de VIH fue de 79% en las Américas. La mayoría de los países estaban por encima del promedio regional, pero en algunos (República Bolivariana de Venezuela, Canadá, Jamaica y Argentina) la cobertura de registro fue inferior al 50% (Gráfico 2).

Gráfico 2

Proporción de personas con TB notificadas que conocen su estado de VIH por países. Las Américas. 2020.

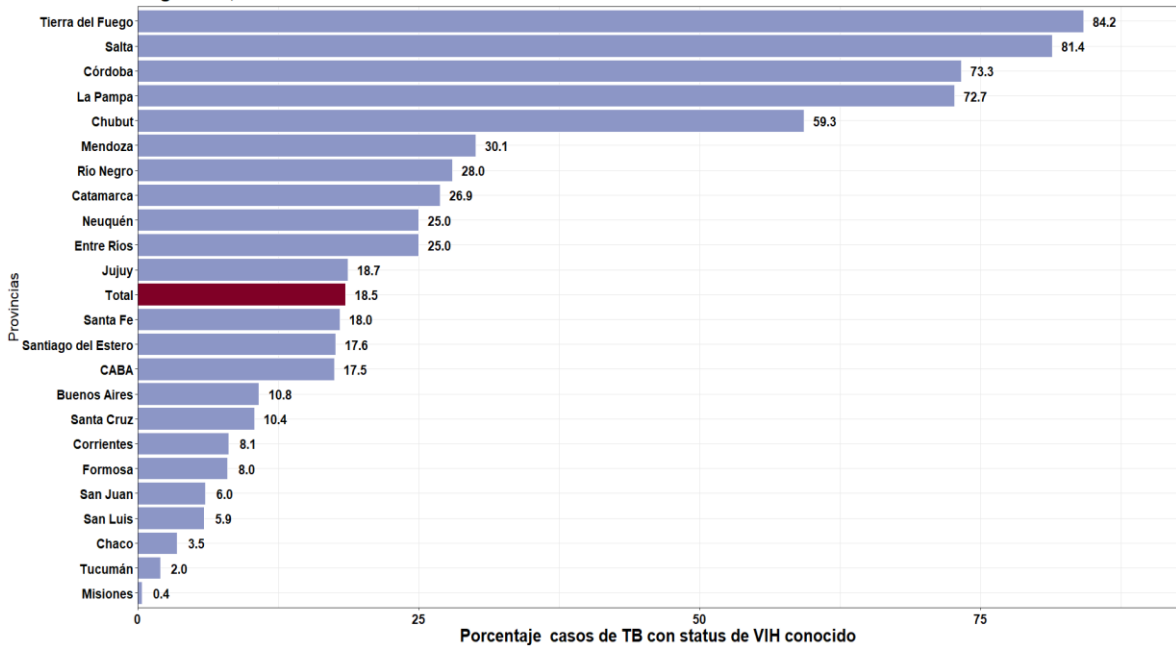


*Países con 10 o más casos de TB notificados

En Argentina, la distribución por provincia al igual que la regional también fue heterogénea para este indicador. La mayor cobertura de registro de la prueba de VIH se observó en 4 jurisdicciones: Chubut, La Pampa, Córdoba, Salta y Tierra del Fuego, registrando cada una más del 55%, mientras que en el resto de las jurisdicciones la cobertura fue igual o inferior al 30% (Gráfico 3).

Gráfico 3

Proporción de personas con TB notificadas que conocen su estado de VIH por provincia de residencia.
Argentina, 2021



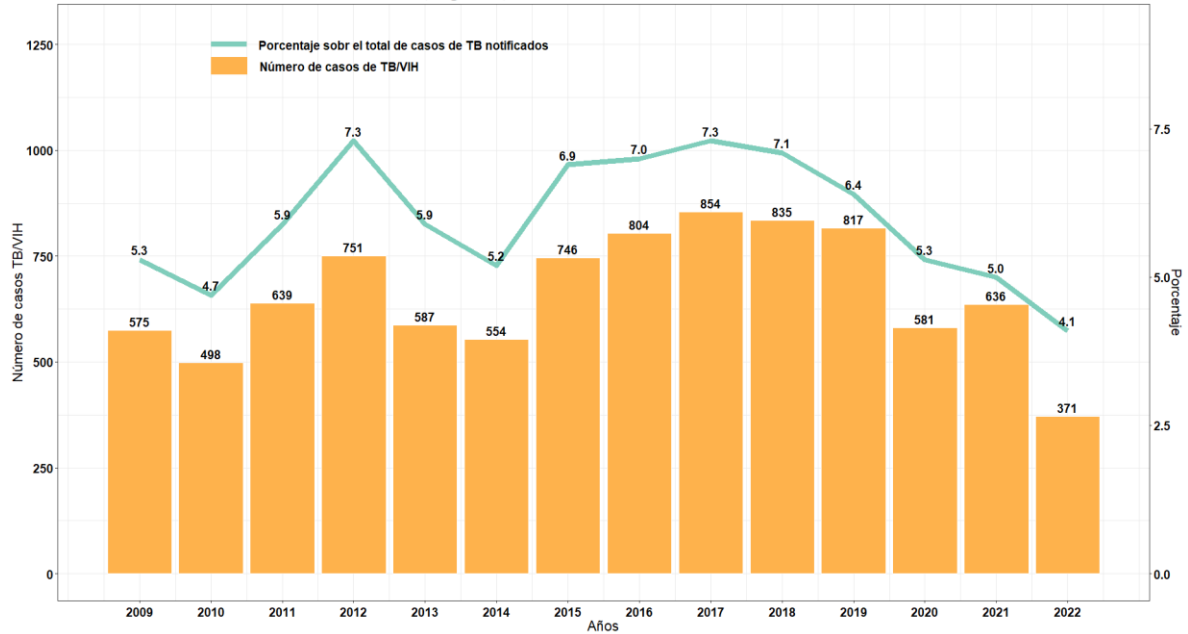
3.2 Personas con TB notificadas con confesión con VIH

En 2021 el 5,0% (636) del total de casos de TB notificadas eran seropositivos para el VIH. Este porcentaje y el número de casos de TB/VIH no fueron contantes en la serie de tiempo analizada, observándose el mayor descenso de casos entre 2019 y 2020, que coincide con la menor notificación total de casos de TB debido al impacto de la emergencia por covid-19, sin embargo, el descenso para los casos coinfectados fue del 27,7% casi el doble al descenso en el número de casos totales entre ambos años que fue del 14%.

La recuperación de la notificación total de TB en 2021 no se reflejó de la misma forma en los casos de coinfección VIH, que se mantuvieron por debajo del 22,1% (636) de los notificados en 2019. En 2022 se mantiene la baja del registro de casos TB/VIH, ya que el porcentaje en relación con la notificación total de casos de TB hasta agosto es menor que en 2021 (Gráfico 4).

Gráfico 4

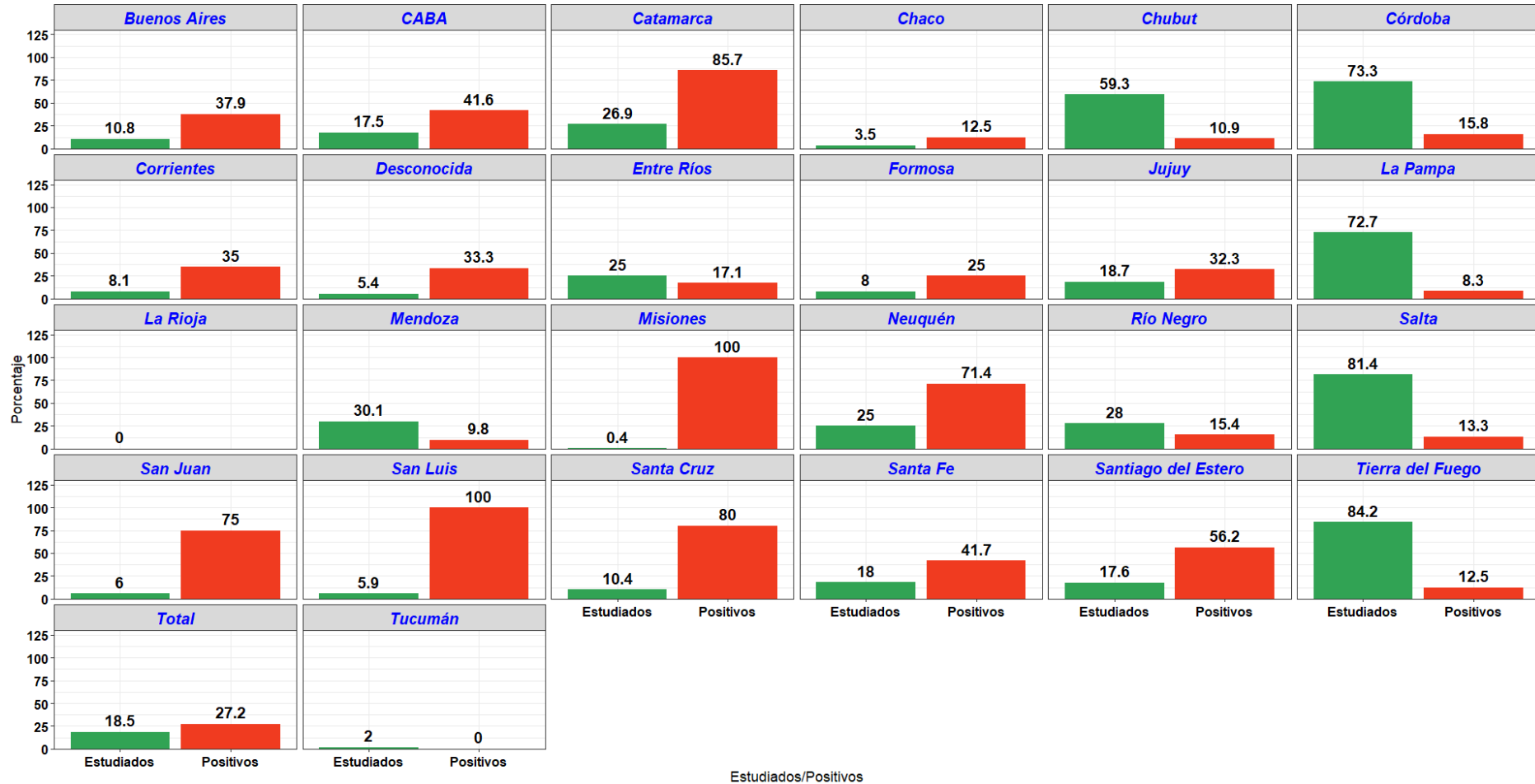
Tendencia de la notificación de los casos de TB/VIH, Argentina, 2009-2022



En el cálculo de la seropositividad para VIH en relación con los casos de TB con registro de la prueba de VIH, se observó para el total nacional un porcentaje superior al 25% (27,2%). En la mayoría de las provincias con baja cobertura de registro de la prueba de VIH realizada, la positividad fue elevada, llegando al 100% en algunas de ellas. En las jurisdicciones con más del 70% de cobertura de estudio para VIH registrado, la positividad fue más estable, con una amplitud entre 8,3% para La Pampa a 15,8% para la provincia de Córdoba (Gráfico 5).

Gráfico 5

Proporción de casos de TB notificadas con prueba de VIH registrada y porcentaje de positividad en relación a los estudiados, Argentina, 2021



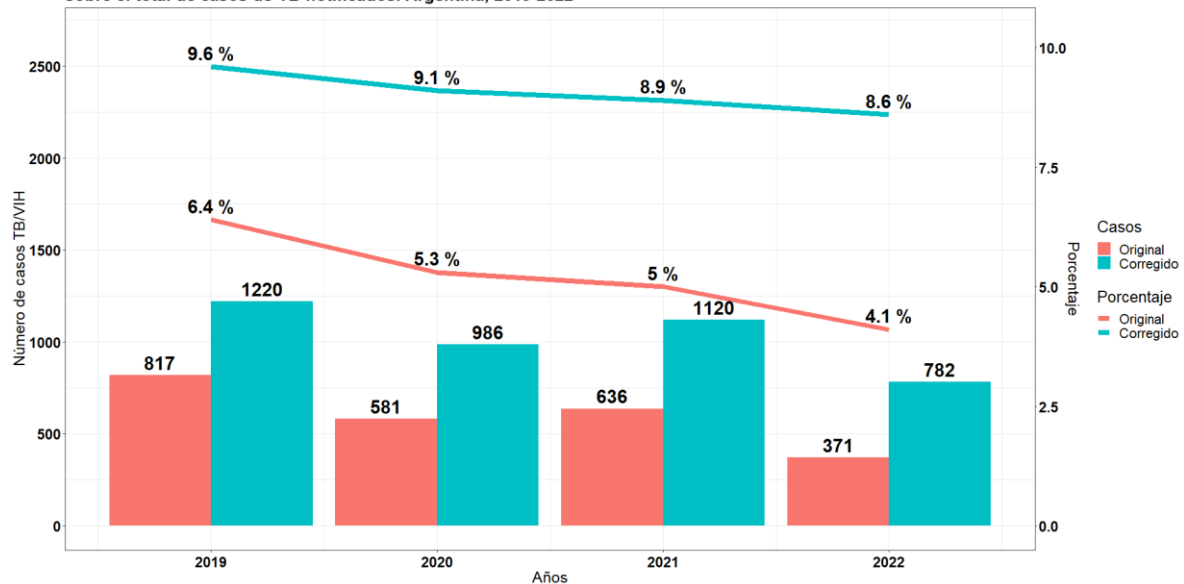
3.3 Vinculación de bases de datos de SNVS 2.0 para los eventos TB y VIH

Al vincular las bases de datos del SNVS 2.0 de los eventos TB y VIH, se observó un subregistro importante en la notificación de los casos coinfectados en el evento TB. Entre los años 2019-2021 la brecha total fue de 1.292 casos de TB que no están informados como TB/VIH, con una amplitud de 403 a 484 casos para el 2019 y 2021 respectivamente. La información provisoria hasta agosto de 2022 muestra una diferencia de 411 casos entre ambas bases.

Estas brechas determinan un aumento en el porcentaje de casos coinfectados de TB/VIH de una media de 5,3% a 9,1%, antes y después de la vinculación de bases en todo el período. Además, se observó una mayor estabilidad en este último porcentaje ya que entre 2019 y 2022 el descenso fue del 35,9% para los casos TB/VIH registrados originalmente y del 10,4% para los casos corregidos (Gráfico 6)

Gráfico 6

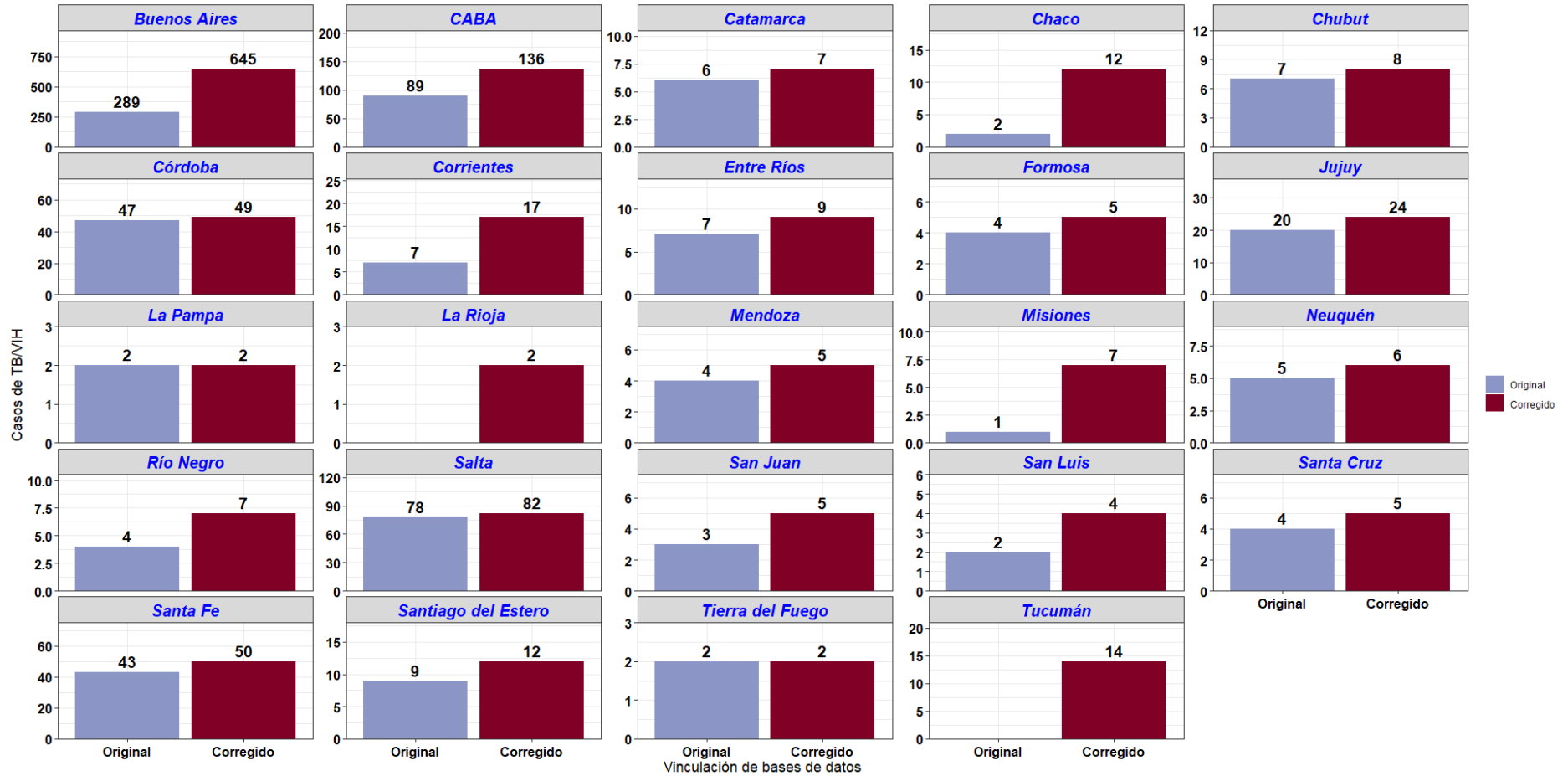
Casos totales de TB/VIH registrados en la base de TB y corregidos luego de la vinculación con la base de VIH y porcentaje sobre el total de casos de TB notificados. Argentina, 2019-2022



Entre las jurisdicciones, el comportamiento es también heterogéneo. La provincia de Buenos Aires concentra el 73,8% de la brecha de casos en 2021 y junto con CABA alcanza el 83,5%. Entre el resto de las jurisdicciones que aportan más de 40 casos de TB/VIH, se destacan Córdoba y Salta con una alta cobertura de registro de caso estudiados y con brechas de 4,2% (2 casos) y 5% (4 casos) respectivamente. La provincia de Santa Fe con una baja cobertura de casos con registro de prueba de VIH tiene una brecha del 16,3% (7 casos) (Gráfico 7).

Gráfico 7

Casos totales de TB/VIH originales registrados en la base de TB y corregidos luego de la vinculación con la base de VIH por jurisdicción de residencia. Argentina, 2021

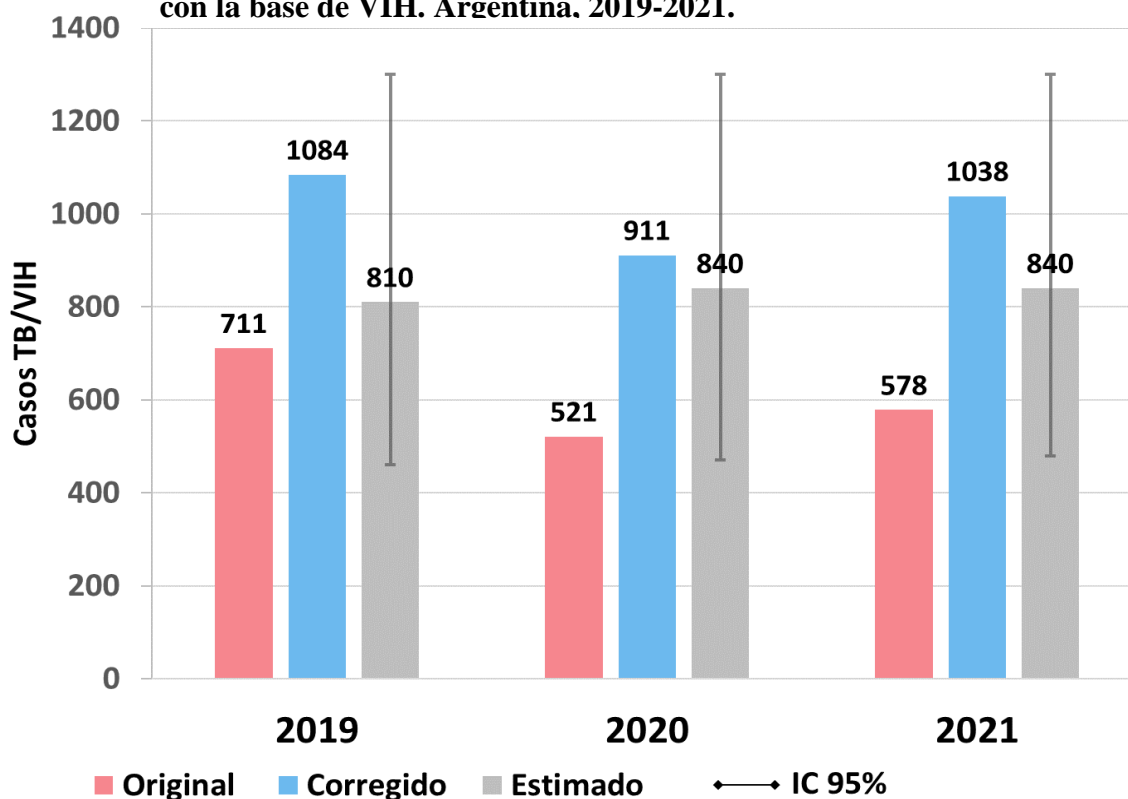


3.4 Comparación con estimaciones de OMS.

La OMS estima todos los años diversos parámetros relacionados con la TB, entre los que se incluyen los casos incidentes de TB/VIH. La comparación de los casos registrados de TB/VIH en la base de TB y el número corregido por vinculación de bases, muestra que el número de casos originales se encontraron debajo de la media estimada en todos los años, siendo mayor esta brecha en 2020 y 2021, en que fue del 61,2% y 45,3% respectivamente. Los casos corregidos superaron la media estimada en todos los años, siendo mayor en 2019, en que fue un 33,8% superior. Sin embargo, todos los valores analizados se encuentran dentro del intervalo de confianza del 95% de las estimaciones realizadas (Gráfico 8).

Gráfico 8

Comparación de los casos incidentes de TB/VIH estimados por OMS con lo casos registrados en la base de TB y corregidos con la vinculación con la base de VIH. Argentina, 2019-2021.



4. Discusión y conclusiones

Garantizar el acceso en gran escala a los servicios de orientación y pruebas de detección del VIH, como así también disponer de sistemas fiables de vigilancia del VIH en pacientes con tuberculosis, constituyen las piedras angulares de una colaboración eficaz entre los programas de tuberculosis y de VIH/SIDA.

Determinar la situación real de la asociación TB/VIH permitiría calcular la prevalencia real de coinfección, conocer sus características y el impacto de las acciones de diagnóstico y tratamiento. Para llegar a esto se debe mejorar la calidad de los registros de datos de ambas patologías, paso fundamental para definir acciones de



colaboración entre los programas de Tuberculosis y VIH tendientes a reducir la carga de enfermedad por tuberculosis en las personas afectadas por el VIH.

Actualmente la información disponible del sistema de vigilancia de TB no permite conocer la carga real del problema de la coinfección, y solo permite una aproximación del comportamiento de los casos registrados y el impacto de las medidas de control en este grupo vulnerable.

En estudios anteriores^{vii,viii} los profesionales que intervinieron señalaron que existe un amplio ofrecimiento de la prueba de VIH en los pacientes con diagnóstico de TB. También indican que con mayor frecuencia se registran los casos de TB con resultados positivos para VIH en detrimento de los casos con resultado negativo.

La información analizada, sin embargo, muestra que no se conoce la cobertura real de las pruebas de VIH en los casos de TB, y a partir del cruce con los registros de VIH se observa que no se identifican la totalidad de los casos coinfectados en el sistema de vigilancia de TB.

Teniendo en cuenta esta situación, se debe priorizar las acciones colaborativas de TB/VIH en relación al aumento de la oferta del test de VIH a todo paciente diagnosticado con TB que incluye la integración de los servicios de diagnóstico y atención de TB y VIH con el acceso a métodos de diagnóstico rápidos, y a la importancia del registro del resultado de la prueba (tanto negativa como positiva) en el SNVS 2.0 que permita el conocimiento real de la coinfección para la toma de decisiones adecuadas para el abordaje de la TB en la personas viviendo con VIH.



5. Referencias

¹ WHA46.36. Asamblea Mundial de la Salud, 46. (1993). Programa de lucha contra la tuberculosis. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203572>

² Asamblea Mundial de la Salud, 47. (1994). Programa contra la tuberculosis: informe del Director General sobre los progresos realizados. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203588>

³ Global Plan to Stop Tuberculosis. Phase 1: 2001-2005. Geneva: WHO; 2001 (WHO/HTM/STB/2001.16)

⁴ WHO/Stop TB Partnership. Actions for life. Towards a world free of tuberculosis. The Global Plan to Stop Tuberculosis 2006-2015. Geneva: WHO; 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35)

⁵ Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales [Implementing the end TB strategy: the essentials]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁶ TB data [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto/).

^{vii} OPS, MSN. Oferta y realización del test de VIH en pacientes con TBC: situación actual en los pacientes con tuberculosis de los establecimientos más grandes del país: Argentina. 2011.

^{viii} PRO.A.S.TB.DOC.TEC. 24/18 INER-ANLIS-MSAL. Determinación de servicios de salud para intervenciones prioritarias de vigilancia y control de la TB. Región del AMBA