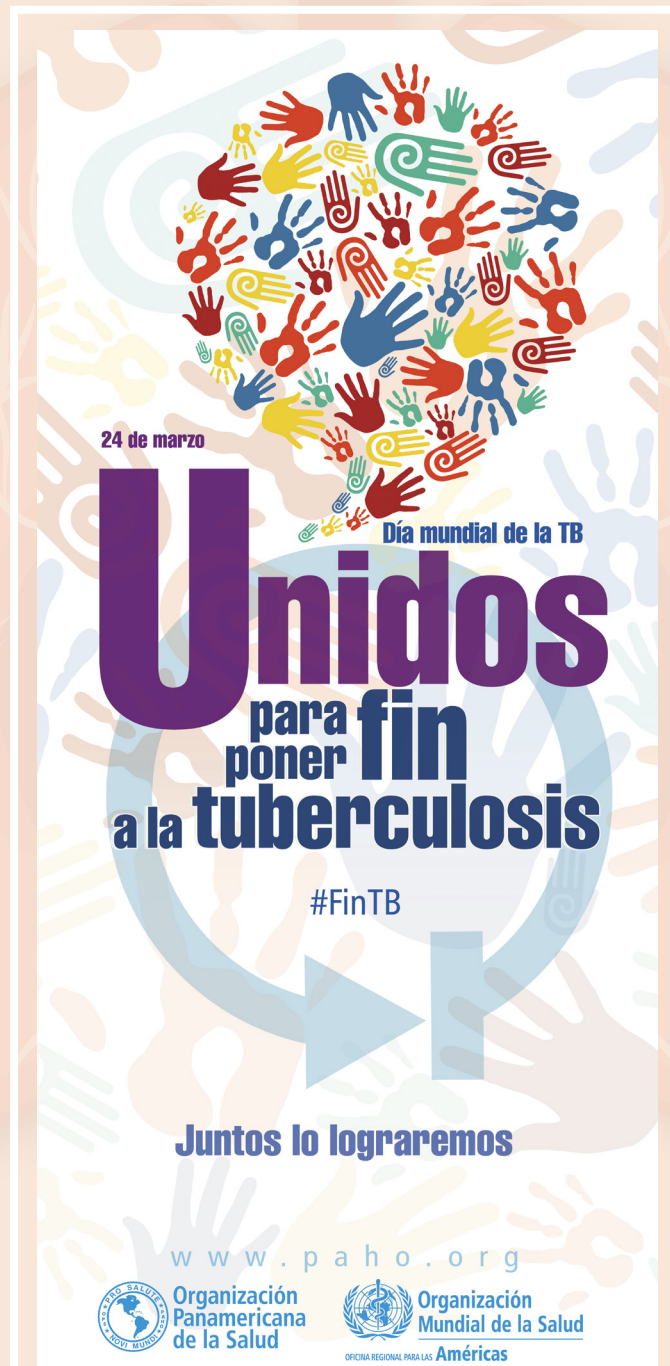




SITUACIÓN DE LA *TUBERCULOSIS* EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2015 - 2016



24 de marzo


Día mundial de la TB


Unidos
para
poner **fin**
a la **tuberculosis**

#FinTB

Juntos lo lograremos

www.paho.org

 Organización
Panamericana
de la Salud

 Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

INTRODUCCIÓN

El Boletín información para la acción, BIA, de la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, es un boletín epidemiológico que tiene como objetivo difundir la información de un evento específico, los lineamientos técnicos vigentes para la acción, y algunas recomendaciones que se deben impulsar por los diferentes actores, en cada uno de los municipios de Antioquia, con el fin de reducir el riesgo de enfermar, complicarse y morir por un evento de interés en salud pública. La fuente de información es la notificación de los casos por las unidades notificadoras municipales (UNM) al Sivigila y complementada por la gestión y las recomendaciones técnicas, realizadas por los referentes técnicos del ente departamental.

Luis Pérez Gutiérrez
Gobernador de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna
Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (E)

Ricardo Castrillón Quintero
Gerente de Salud Pública

Comité Editorial:

Martha Cecilia Londoño Báez
Epidemióloga
Gerencia de Salud Pública

Támara Estarita Jiménez
Comunicadora

Juan David Estrada Ramírez
Diseño y diagramación

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, EN LOS AÑOS 2015 - 2016

Indice

Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Metodología.....	2
Situación de la Tuberculosis en el Departamento de Antioquia, Consolidado 2015 - 2016.....	2
Condición de egreso de los pacientes con tuberculosis pulmonar Bk positivos, en Antioquia 2008- 2015.....	5
Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Micobacterias en Antioquia.....	6
Indicadores para la evaluación de la baciloscopia y el cultivo.....	7
Evaluación de pruebas de sensibilidad a fármacos	8
Componente psicosocial.....	8
Recurso humano psicosocial.....	9
Principales retos para lograr el fin a la tuberculosis	9
Conclusiones.....	10
Referencias.....	10

INTRODUCCIÓN

Situación de la Tuberculosis en el departamento de Antioquia, en los años 2015 – 2016

Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. Sólo una pequeña proporción de los infectados enfermará de tuberculosis. Las personas con sistemas inmunitarios debilitados corren un riesgo mucho mayor de enfermar de tuberculosis. Las personas afectadas por el VIH tienen aproximadamente entre 26 y 31 veces más probabilidades de desarrollar una tuberculosis activa.

Según datos de La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 se estima que hubo 10,4 millones de nuevos casos de tuberculosis en todo el mundo, de los cuales sólo 6,1 millones fueron detectados y reportados. 1,8 millones de personas murieron de tuberculosis en 2015 (incluyendo 400.000 personas co-infectadas con VIH). En el mismo año, 1 millón de niños enfermaron por TB y 210.000 (entre ellos 40.000 niños coinfectados por el VIH) murieron a causa de la tuberculosis.

La tuberculosis (TB) es la principal causa de muerte para las personas que viven con el VIH. Alrededor del 35% de las muertes en esta población fueron debidas a esta enfermedad. A nivel mundial, el número de nuevos casos de tuberculosis ha disminuido y el número de muertes por la enfermedad se redujo en un 22% entre los años 2000 y 2015.

Se estima que, en el 2015, 480.000 personas desarrollaron la tuberculosis multirresistente. El tratamiento contra la tuberculosis ha salvado 49 millones de vidas en todo el mundo entre los años 2000 y 2015, pero todavía hay brechas en el diagnóstico y el tratamiento.

Los datos más recientes de los resultados del tratamiento muestran una tasa de éxito del 83% en la TB (cohorte de 2014), del 52% en la TB-MDR (cohorte de 2013) y del 28% en la TB extremadamente resistente (TB-XDR, cohorte de 2013).

Bajo el lema: **“Unidos para poner fin a la TB”** la OPS/OMS está promoviendo, que unidos podemos:

- Prevenir la tuberculosis para contribuir a aliviar la pobreza.
- Mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la curación.
- Poner fin a la discriminación y al estigma.
- Podemos impulsar la investigación y la innovación.

Actualmente la OMS ha definido acciones prioritarias para acelerar el cumplimiento de las metas trazadas para el año 2025, estas son:

Llegar a los casos inadvertidos: Alrededor de 4 millones de personas con tuberculosis, pasaron desapercibidas a los sistemas nacionales de notificación. Se requiere el fortalecimiento de la detección de los casos en los primeros niveles de atención y su reporte a los sistemas de notificación obligatoria, mejorar la articulación de los procesos entre el sistema de vigilancia en salud pública y el programa de tuberculosis para que exista coherencia entre lo diagnosticado, lo tratado y la curación de los pacientes, trabajar en la calidad del dato entre las diferentes fuentes de información para tomar decisiones asertivas en los procesos del programa de Tuberculosis.

Abordar la MDR-TB: como una crisis de salud pública, garantizar el diagnóstico oportuno, el seguimiento y el manejo integral de cada uno de los casos.

Acelerar la respuesta a la TB/VIH: la principal

prioridad consiste en aumentar la cobertura de la Terapia Antirretroviral (ARV) para los pacientes con TB/VIH, acercándola al 100%, la segunda prioridad, es la ampliación de profilaxis anti TB, la articulación entre el programa de Tuberculosis y las acciones a realizar desde VIH para mejorar el seguimiento de los pacientes de TB/VIH.

OBJETIVOS

- Realizar la caracterización sociodemográfica de los casos de TB que se presentaron durante el 2015 y 2016 en el Departamento de Antioquia.
- Describir aspectos relevantes de la morbilidad por Tuberculosis durante el año 2016.
- Evaluar los principales indicadores del programa de control de Tuberculosis.
- Describir los indicadores de evaluación de las actividades del laboratorio en el Programa de Tuberculosis.
- Describir las acciones de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS) realizadas durante los últimos años para el abordaje integral de los pacientes con tuberculosis.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los datos del programa de TB en el 2015 y 2016, las fuentes de información fueron la base de datos del Sivigila y del Sistema de Información en TB (SITB).

Para el componente psicosocial, se realizó un levantamiento descriptivo de las acciones realizadas durante los últimos 5 años.

Para el componente del laboratorio, se tomaron los datos del laboratorio de Salud Pública Departamental de los años 2014 al 2016.

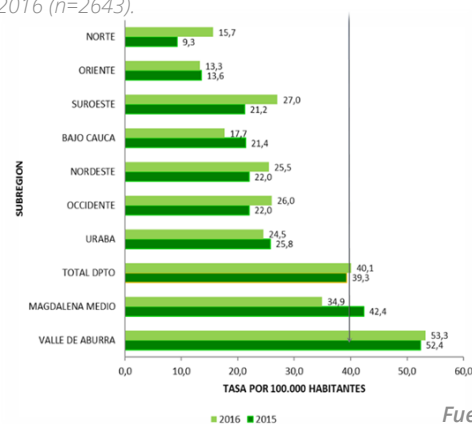
SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, CONSOLIDADO 2015 - 2016

Durante el 2016, fueron notificados a Sivigila 2.643 casos de tuberculosis de todas las formas, la incidencia fue de 40 casos por 100.000 habitantes (hab), aunque la tendencia permanece estable durante los últimos cinco años; las subregiones con mayor incidencia son: Valle de Aburrá con 53,3 X100.000 hab. y Magdalena Medio con 34,9 X 100.000 hab, evidenciando una disminución importante con respecto a la incidencia del año 2015 que fue de 42,4 x 100.000 hab (Ver Figura 1).

Las subregiones que presentan un aumento en la incidencia con respecto al año inmediatamente anterior son: Norte pasando de 9,3 por 100.000 hab. a 15,7 por 100.000 hab, la Sur Oeste de 21,2 por 100.000 hab. a 27 por 100.000 hab, la Nordeste de 22 por 100.000 hab. a 25,5 por 100.000 hab. Occidente de 22 por 100.000 hab. a 26 por 100.000 hab.

Las subregiones que presentan una disminución en la incidencia con respecto al año inmediatamente anterior son: Oriente pasando de 13,6 por 100.000 hab. a 13,3 por 100.000 hab, Bajo Cauca 21,4 por 100.000 a 17,7 por 100.000 hab. y Urabá de 25,8 por 100.000 hab a 24,5 por 100.000 hab.

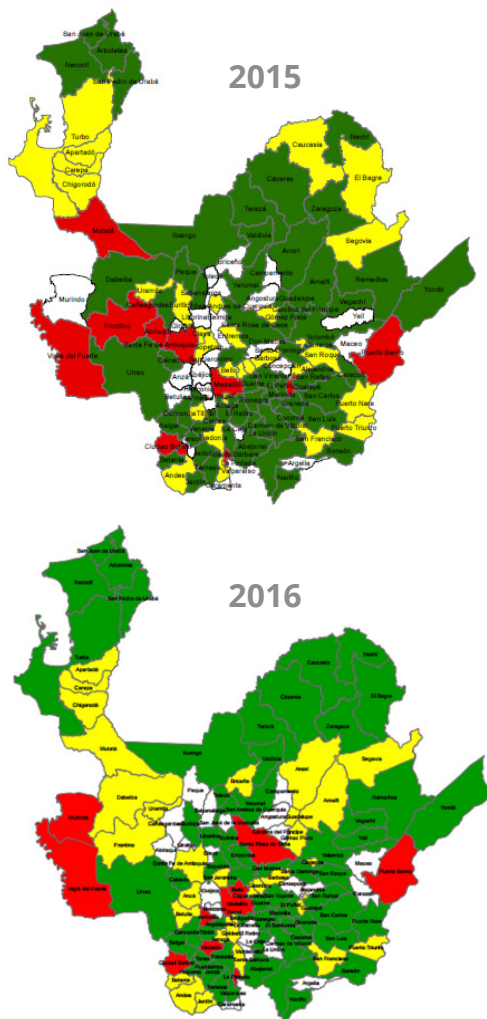
Figura 1. Incidencia de TB todas las formas, según subregión. Antioquia, 2015 (n=2535) y 2016 (n=2643).



Fuente: Sivigila.

En los mapas de riesgo para tuberculosis de 2015 y 2016 se evidencia que el porcentaje de municipios con incidencia muy alta (mayor 50 casos por 100.000 hab) disminuyó del 9% al 8%, en cuanto a municipios con incidencia Alta (25 a 49,9 casos por 100.000 hab.) pasó de 24% al 26% de municipios. Los municipios con incidencia baja (menor de 25 casos por 100.000 hab.) fue de 61% de municipios para los dos años analizados, y el porcentaje de municipios silenciosos disminuyó del 18% al 17% de un año al otro (Ver Figura 2).

Figura 2. Mapa de riesgo para tuberculosis. Antioquia 2015 – 2016.

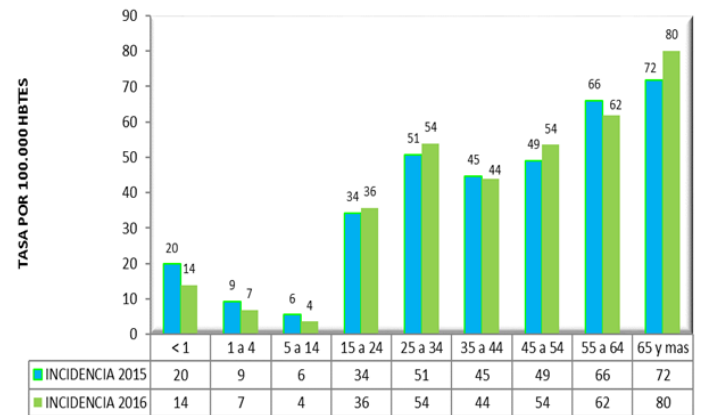


Fuente: Sivigila.

La incidencia de tuberculosis infantil es baja, sin embargo, comparando el 2015 y 2016, se evidencia una leve disminución en los menores de 15 años pasando de 7,3 por 100.000 hab. a 5,2 por 100.000 hab.

En cuanto a los grupos de edad que presentaron un aumento en la incidencia durante el 2016 comparado con el 2015 son, de 15 a 24 pasando de 34 a 38 casos por 100.000 hab, de 25 a 34 años de 51 a 54 casos por 100.000 hab, de 45 a 54 años, pasando de 49 a 54 casos por 100.000 hab. y de 65 y más, con 72 a 80 por 100.000 hab, siendo este último grupo de edad el de mayor aumento en la incidencia. (Ver Figura 3)

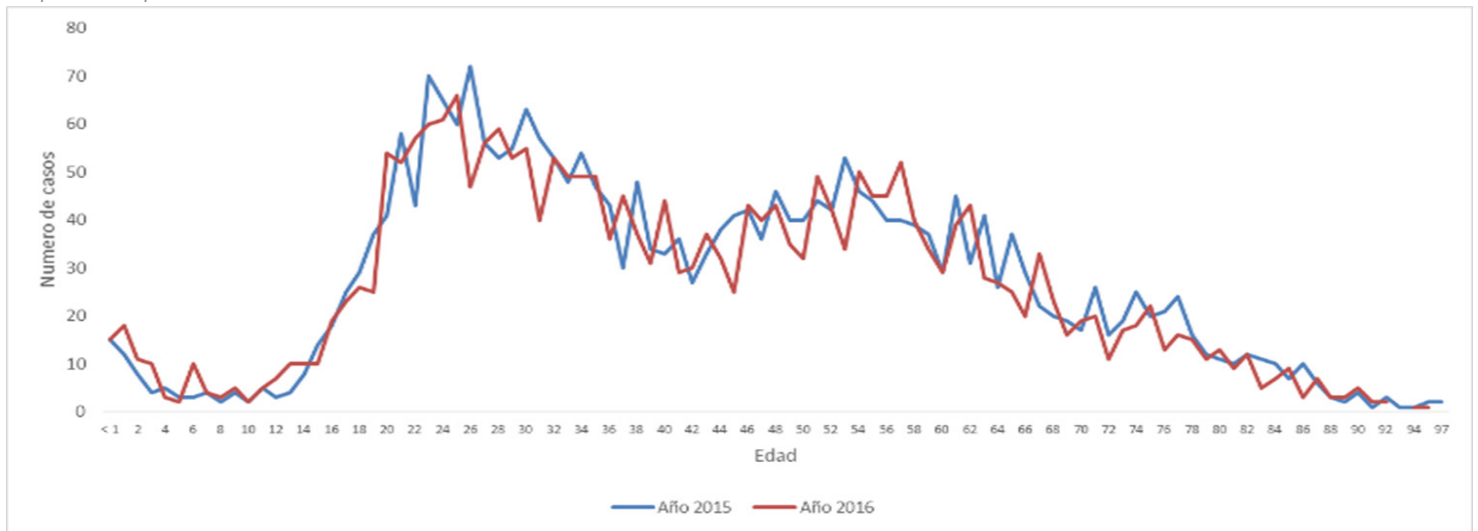
Figura 3. Incidencia de Tuberculosis todas las formas, según grupos de edad. Antioquia, 2015 - 2016.



Fuente: Sivigila.

Al realizar el análisis de los casos de tuberculosis reportados por edades simples, se evidencia que la mayor proporción de casos se encuentran en edad productiva, en edades de 18 y 40 años con el 44% de los casos, comparando el 2015 y 2016, el comportamiento es similar. (Ver Figura 4).

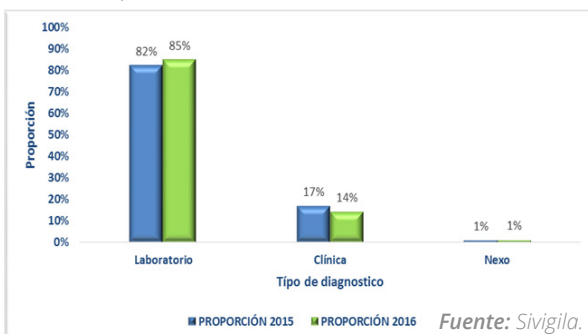
Figura 4. Número de casos de Tuberculosis todas las formas, según edades simples. Antioquia, 2015 - 2016



Fuente: Sivigila.

Teniendo en cuenta el criterio diagnóstico, es de resaltar que para el 2015 el 82% de los casos contaron con una confirmación bacteriológica, en tanto que para el 2016, es de 85%, teniendo un aumento en este criterio de confirmación, en cuanto a la confirmación clínica, para el 2015 se encontraba en un 17% y para el 2016 en un 14%, representando así una disminución en este criterio de confirmación, estos resultados se deben a la sensibilización de las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las EAPB de la importancia de la confirmación bacteriológica, y la incorporación de nuevos métodos diagnósticos como el xpert entre otros en el departamento. (Ver Figura 5).

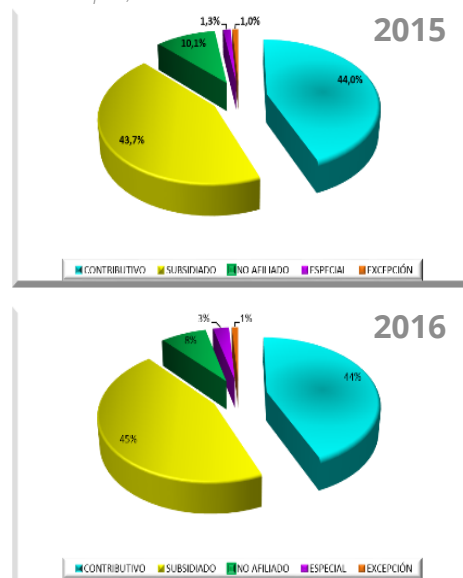
Figura 5. Proporción de casos de Tuberculosis todas las formas, según tipo de diagnóstico. Antioquia. 2015 - 2016



Fuente: Sivigila.

En la distribución de los casos de tuberculosis según régimen de afiliación, para el 2015, el 83,7% pertenecía al régimen contributivo y subsidiado, mientras que para el 2016 aumenta a un 89% (Figura 6), en el Departamento de Antioquia en el 2016, el 8% de los casos no estaban afiliados al sistema de seguridad social.

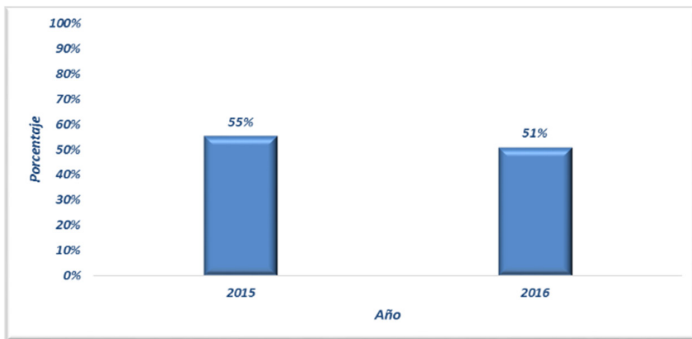
Figura 6. Distribución de los casos de Tuberculosis según régimen de afiliación. Antioquia, 2015 - 2016.



Fuente: Sivigila.

Cuando se realiza el análisis del lugar de diagnóstico de tuberculosis se evidencia que para el 2015 el 55% de los pacientes fueron diagnosticados en hospitalización, y en el 2016 el 51%, encontrando una leve disminución en este indicador, sin embargo, se debe continuar trabajando en el primer nivel de atención para mejorar la oportunidad en el diagnóstico. (Ver Figura 7).

Figura 7. Distribución de los casos de Tuberculosis según Diagnóstico hospitalario. Antioquia, 2015 – 2016.



Fuente: Sivigila.

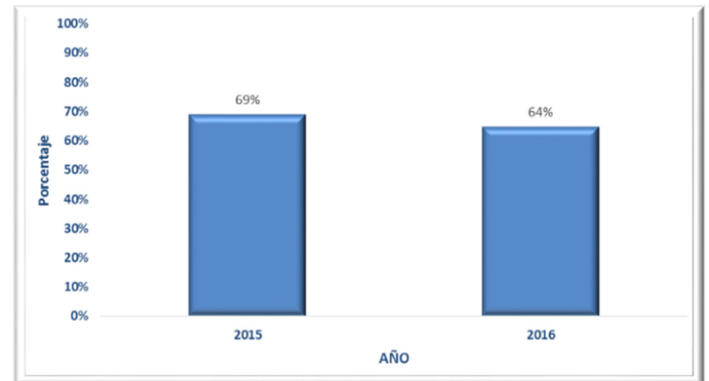
En cuanto a las actividades colaborativas TB/VIH, para el 2016, se reportó una coinfección de 16,7% equivalente a 437 casos, muy similar al año anterior que fue del 17,2% con un total de 441 casos notificados (Ver Figura 8).

Figura 8. Distribución porcentual de los casos de Tuberculosis todas las formas, según coinfección con VIH. Antioquia, 2015 – 2016



De los pacientes diagnosticados con TB/VIH+ y que ingresaron a tratamiento antituberculoso, el 64% de los pacientes recibieron tratamiento antirretroviral para el 2016, un poco menos comparado con el 69% del 2015. (Ver Figura 9).

Figura 9. Distribución porcentual de los casos de Tuberculosis todas las formas con coinfección TB/VIH recibiendo Antiretrovirales. Antioquia, 2015 - 2016



Fuente: SITB.

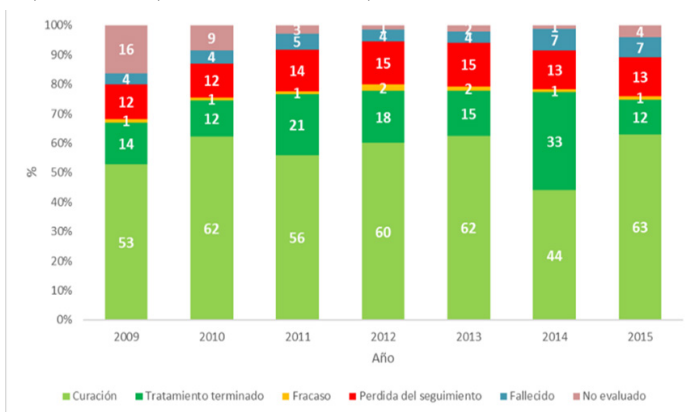
CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK POSITIVOS, ANTIOQUIA 2008- 2015

En el periodo comprendido de 2008 a 2015 se evidencia un aumento gradual de los casos que egresan como curados, pasando de 53%, en 2008 a 63% en el 2015, último año de reporte de curación, sin embargo, no se logra la meta esperada de

llegar al 85% de curación según lineamientos nacionales, el egreso de pacientes con tratamiento exitoso para el 2008 se encontraba en el 67% y en el 2015 logra un 75%.

En cuanto al porcentaje de casos que se perdieron durante el seguimiento durante el periodo en mención, se encuentra entre el 12% y el 15%, para el 2015 cerro con el 13%, siendo este grupo de pacientes el que más afecta el cumplimiento de las metas de curación (Ver Figura 10).

Figura 10. Distribución porcentual de la condición de egreso de los pacientes TB pulmonar Bk positivos nuevos, Antioquia, 2013



Fuente: SITB.

El programa de tuberculosis del Departamento de Antioquia requiere trabajar de manera articulada con diferentes instituciones y con estrategias que permitan garantizar un manejo integral e individualizado de cada paciente, identificando los factores de riesgo que incidan en la adherencia de los pacientes de manera prioritaria, empoderar al personal de salud y a la comunidad para lograr la intervención directa en lo institucional y en la comunidad, realizar un análisis multifactorial de las causales por las cuales los pacientes faltan al tratamiento y ser intervenidas de manera oportuna antes que se presente pérdida en el seguimiento, fortalecer el sistema de información, que aporte a la toma de decisiones oportuna para generar acciones encaminadas a intervenciones focalizadas.

Uno de los pilares fundamentales en la estrategia post 2015 corresponde a la atención integrada en el paciente, para lo cual se requiere un trabajo articulado e intersectorial, identificando estrategias innovadoras tales como, mecanismo de supervisión de medicamento a través de la vía electrónica en la cual un número importante de pacientes podrían ser visualizados, disminuyendo costos de desplazamiento, estas alternativas y otras podrán ser evaluadas para lograr mejores indicadores en la cohorte.

FORTALECIMIENTO DE LA RED DE LABORATORIOS DE MICOBACTERIAS EN ANTIOQUIA

Dentro de las principales actividades misionales, que tiene el Laboratorio departamental de Salud Pública en el componente de Micobacterias se encuentran, la vigilancia de resistencia a fármacos, la asesoría y asistencia técnica a la red de laboratorios, la evaluación externa del desempeño y el análisis de información e indicadores del laboratorio en coordinación con el Programa de Tuberculosis y Lepra, con el fin de detectar posibles errores en los procesos y medir el impacto de las metodologías utilizadas para la detección de casos en el departamento.

Para el componente de laboratorio se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de la información reportada al laboratorio, las fuentes de información utilizadas fueron: los libros diarios de baciloscopias, cultivos y pruebas de sensibilidad y los registros del Programa de Evaluación Externa de Desempeño de la Baciloscopia de Tuberculosis.

Para el 2016, la Red de Micobacterias del Departamento estaba conformada por 195 laboratorios, de los cuales el 98 % de la red procesó baciloscopias por la coloración de Ziehl Neelsen, mientras el 2% procesaron Auramina rodamina. En

cuanto al cultivo de Micobacterias, 5 laboratorios realizaron cultivo en medio líquido, 20 laboratorios en medio sólido y 169 realizaron inoculación en medio Ogawa. El 12% de la red realizó identificación de complejo M. tuberculosis por métodos inmunocromatográficos y/o genotípicos.

Respecto a las pruebas moleculares, 5 laboratorios realizaron metodologías LPA y 8 Gene Xpert MTB Rif. 2 laboratorios realizaron determinación de resistencia a fármacos de primera línea por métodos fenotípicos y 1 laboratorio realizó la determinación de resistencia a fármacos de segunda línea y 2 laboratorios realizaron identificación de micobacterias no tuberculosas.

La cobertura de la baciloscopia, el cultivo y las pruebas de sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea fueron adecuadas según lo establecido por OPS en los últimos tres años (Ver Tabla 1).

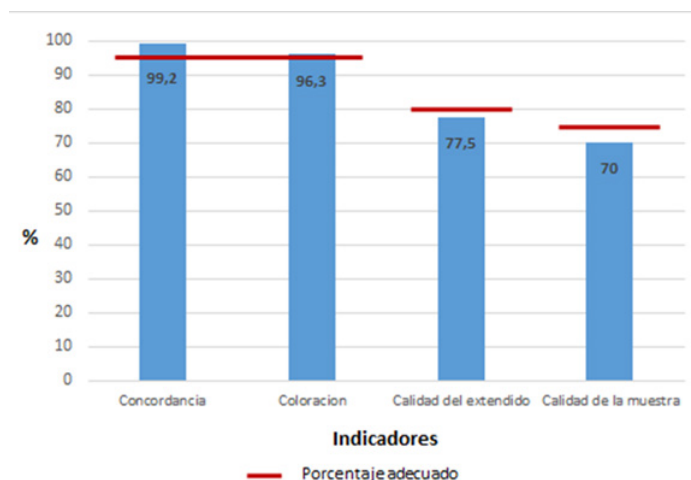
Tabla 1. Cobertura de la baciloscopia, el cultivo y las pruebas de sensibilidad a fármacos en Antioquia, 2014 - 2016

Actividades bacteriológicas	Cobertura			
	Laboratorio/ habitantes			
	2014	2015	2016	Referencia OPS
Baciloscopia	26.247	30.744	33.512	50.000-150.000
Cultivo	398.633	269.008	261.391	500.000-1.000.000
Pruebas de sensibilidad 1ra línea	911.162	717.356	502.674	5.000.000
Pruebas de sensibilidad 2da línea	6.378.132	6.456.207	6.534.764	10.000.000

Fuente: Información del laboratorio.

Para el 2016, la cobertura de la Evaluación Externa de Desempeño Indirecta (EEDI) de la baciloscopia en Antioquia fue 72%. Se evaluaron 3.843 láminas con un error de lectura de 0.7% (Kappa=0.873, IC95% 0.82-0.91). (Ver figura 11).

Figura 11. Indicadores EEDI de la baciloscopia. Antioquia, 2016.



Fuente: Evaluación Externa de Desempeño.

La calidad del extendido, la calidad de la muestra y la calidad de la coloración fue adecuada en 77,5%, 70%, y 96,3% respectivamente. La cobertura de la Evaluación Externa de Desempeño Directa (EEDD) de la Baciloscopia fue de 93%, se evaluaron 1820 láminas con un error de lectura de 5,5%, la concordancia obtenida fue de 97%.

Para el 2016 el 74% de la red de laboratorios notificó al Laboratorio de Salud Pública el libro diario de baciloscopias y cultivos establecidos en el Programa Nacional, identificando que la mayor proporción de laboratorios sin el registro adecuado pertenecían a las subregiones de Valle de Aburrá, Bajo Cauca y Occidente. Los indicadores que se describen a continuación corresponden a los informados por la red adecuadamente.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA BACILOSCOPIA Y EL CULTIVO

Con el reporte de 144 laboratorios de la red para el 2016, se examinaron alrededor de 47.603 sintomáticos respiratorios, con un total de 86.750 baciloscopias de esputo realizadas con una concentración de la baciloscopia de 1,8 %, valor



por debajo de lo esperado que es 2,5%. El porcentaje de positividad de la baciloscopia de esputo fue 2,6%.

La proporción de muestras deficientes o de mala calidad entre las baciloscopias de diagnóstico fue del 24%, valor mayor a lo esperado (< 20 %) y que concuerda con los resultados de la evaluación de este indicador en la EEDI de la baciloscopia el cual fue 30%.

El porcentaje de pacientes con resultado positivo en la primera muestra de esputo investigada para diagnóstico fue del 89% y este debe ser al menos del 95%. El aporte del cultivo al diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en el departamento fue mayor al 20%. El porcentaje de cultivos con positividad menor a la de la baciloscopia fue del 1% valor esperado < 3%.

El porcentaje de muestras baciloscopia positiva y cultivo negativo fue cerca del 3%, mientras el porcentaje de contaminación fue del 2 %.

EVALUACIÓN PRUEBAS DE SENSIBILIDAD A FÁRMACOS

Para el 2016, según información del laboratorio de salud pública, se evaluaron 1.375 pacientes con pruebas de sensibilidad a fármacos antituberculosos, de los cuales 160 correspondían a pacientes previamente tratados. Del total de pacientes, a 1.361 se les realizó el perfil de susceptibilidad a Isoniazida (H) y Rifampicina (R), mientras que a 14 pacientes solo a la R. Se identificaron 23 pacientes resistentes a HR y 15 resistentes a Rifampicina. Del total de cepas resistentes a HR remitidas al Instituto Nacional de Salud se confirmó pruebas de sensibilidad de segunda línea a 19 de ellas.

Tabla 2. Pruebas de Sensibilidad a Fármacos en Antioquia, 2016

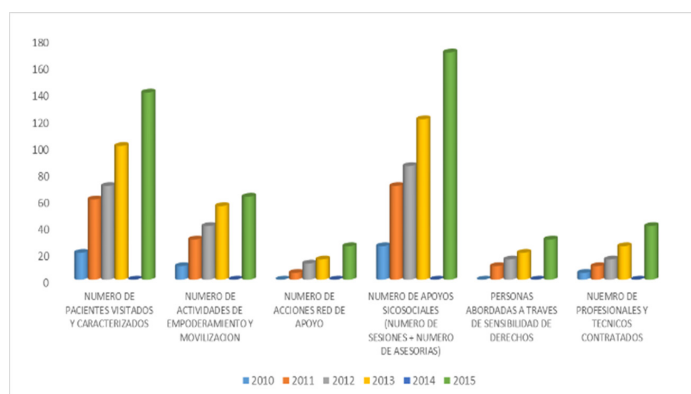
Grupos de Pacientes	Total	Con resultados de PSD		Resistentes a		MDR PSD 2da línea
		R	H y R	R	H y R	
Previamente tratados	160	4	156	6	10	9
Nuevos	1215	10	1205	9	13	10
Totales	1375	14	1361	15	23	19

Fuente: Información del laboratorio.

COMPONENTE PSICOSOCIAL

En el periodo comprendido entre 2010 - 2015 para apoyar la contextualización del panorama social de la TB en el Departamento de Antioquia, se realizaron 390 acciones, que permitieron en el tiempo generar información acerca de las condiciones económicas, habitacionales, familiares y emocionales de las personas afectadas, así mismo se identificaron factores asociados a los riesgos y pérdidas de seguimiento para ser intervenidos de manera oportuna bajo otras estrategias del componente ACMS. (Ver Figura 12).

Figura 12. Actividades del componente psicosocial en el Departamento de Antioquia entre los años 2010 - 2015



Fuente: Componente ACMS Antioquia.

En el mismo periodo de tiempo se formaron 1.350 personas entre líderes, funcionarios de salud y afectados por tuberculosis, los temas más relevantes de esta formación están relacionados con la promoción y prevención de la TB, exigibilidad de derechos y deberes, así como el acompañamiento de mesas de trabajo en tuberculosis, el número total de actividades de formación fue de 197 buscando empoderamiento y movilización social de afectados.

En cuanto a redes de apoyo cabe resaltar que la identificación y formación de pares comunitarios y su operatividad en la administración del tratamiento domiciliario mejoró la adherencia al tratamiento en un 100% de los pacientes priorizados, así mismo complementar la gestión a la adherencia a través de las acciones documentales redujo brechas administrativas que favorecían los riesgos de pérdidas de seguimiento de los afectados, el número de acciones emprendidas en materia de redes de apoyo en el periodo de tiempo comprendido entre 2010 y 2015, fue de 57 acciones siendo el 2015 donde más porcentaje de acciones relacionadas con esta estrategia se desarrollaron equivalente al 44% del total de las acciones.

En términos de apoyo psicosocial se realizaron 470 acciones individuales y colectivas para la atención de los pacientes bajo la asesoría psicológica, desarrollo de grupos de apoyo y entrega de incentivos alimentarios. Así mismo para la estrategia de abogacía se realizaron en total 75 acciones que comprenden asesorías jurídicas a los afectados por TB orientadas a la utilización de las herramientas de exigibilidad de derechos tales como: derechos de petición, acción de tutela y desacatos, aumentando año tras año el número de acciones de dicha estrategia.

RECURSO HUMANO PSICOSOCIAL

Para el 2015 se evidencia un crecimiento casi del

50% del recurso humano en comparación a los años anteriores, este incremento se debe a que las estrategias se orientaron a mejorar la capacidad de respuesta acorde a las necesidades integrales de lo de los afectados en tuberculosis. De igual forma, se evidencia una ampliación en el número total de acciones, lo que implica un incremento gradual del número de Profesionales operando el programa año tras año.

Para el año 2014 no se desarrollaron acciones en materia de asesoría y asistencia técnica en el tema psicosocial lo que refleja una ausencia de operatividad del 100%.

PRINCIPALES RETOS PARA ALCANZAR EL FIN A LA TUBERCULOSIS:

- Implementar el plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis, Colombia 2016-2025.
- Incrementar la captación e investigación de la tuberculosis entre los sintomáticos respiratorios.
- Fortalecer estrategias que permitan prevenir la pérdida en el seguimiento en los pacientes con tuberculosis.
- Intensificar las acciones colaborativas en TB/VIH en todos los niveles de atención, para disminuir la mortalidad en esta población, alcanzando el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos.
- Implementar la “ruta específica de atención” de tuberculosis que garantice el manejo integral centrado en el paciente, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y obtener resultados operativos y epidemiológicos adecuados en términos del incremento de la curación, disminución de las muertes y de la pérdida de seguimiento, reducción de la transmisión y prevención de la aparición de

casos de tuberculosis resistente a fármacos antituberculosos.

- Fortalecer la línea estratégica de innovación e investigación operativa en el departamento de Antioquia.
- Realizar intervenciones focalizadas en población de alto riesgo (Privados de libertad, indígenas, trabajadores de la salud, niños, MDR, entre otros), para aumentar la captación de casos de tuberculosis.
- Aumentar el uso del cultivo para casos paucibacilares e incrementar la vigilancia a la farmacorresistencia al 100% de los casos previamente tratados (fracasos, recaídas y pérdidas de seguimiento) y a los casos nuevos con condiciones de riesgo y vulnerabilidad.
- Lograr la articulación intersectorial tal como lo dispone el Plan Decenal de Salud Pública, para abordar de manera integral e integrada los pacientes afectados por la enfermedad.

CONCLUSIONES

- El departamento de Antioquia es considerado por el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, como una entidad territorial con alta carga en tuberculosis que aporta un importante número de casos al país, lo cual conlleva a la responsabilidad de garantizar la continuidad de sus actividades de forma permanente en todo el territorio.
- En los municipios con silencio epidemiológico, es necesario generar acciones que permitan identificar realmente la situación de la Tuberculosis en cada municipio fortaleciendo las estrategias de búsqueda, captación y detección de casos.
- Se debe fortalecer el diagnóstico en el primer

nivel de atención, con el fin de disminuir el mismo en niveles hospitalarios; fortalecer la referencia y contrareferencia de pacientes entre las diferentes instituciones, garantizando así su ingreso al programa, seguimiento con calidad y curación.

- La Red de Laboratorios del Departamento de Antioquia, tiene una amplia cobertura con capacidad técnica, líder en la implementación de metodologías como fluorescencia, cultivo en medio líquido y pruebas de sensibilidad.
- La Red de Laboratorios tiene buena concordancia en la baciloscopia y en pruebas de sensibilidad.
- Se debe realizar de manera sistemática la triangulación y revisión de las diferentes fuentes de información (SIVIGILA, SITB, Laboratorio) con el fin de realizar ajustes, actualización de información y tener información oportuna para la toma de decisiones.
- Se debe fortalecer el trabajo conjunto entre los programas de VIH y TB para lograr las metas del plan de acciones colaborativas. Adicionalmente, lograr el trabajo interprogramático con salud mental, enfermedades crónicas y AIEPI.
- Con el abordaje psicosocial se identificaron factores asociados a los riesgos y las pérdidas en el seguimiento con el fin de ser intervenidas de manera oportuna.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Global sobre la Tuberculosis. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ Consulta: 5 de Abril de 2017.
2. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016.

[Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1. Consulta: 5 de abril de 2017.

3. Día Mundial de la Tuberculosis 2017: Unidos para poner fin a la tuberculosis: no dejar a nadie atrás. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2017/es/>. Consulta: 5 de abril de 2017.
4. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Sitio en Internet]. Disponible en http://www.who.int/tb/post2015_tbstrategy.pdf. Consulta: 5 de abril de 2017.
5. Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.paho.org/col/. Consulta: 5 de abril de 2017.
6. Tuberculosis multidrogorresistente (TB-RR/MDR) en las Américas. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38559&lang=es. Consulta: 7 de abril de 2017.
7. Sistema de Información en Tuberculosis (SITB).
8. Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila).

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, AÑOS 2015 - 2016

Autores del Boletín

Marcela Arrubla Villa
Gerencia de Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones,
Tuberculosis y lepra
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Teléfonos: 3835391- 3839906

Lizeth Andrea Paniagua

Gerencia de Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones, TB y Lepra.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
tuberculosisylepra@antioquia.gov.co

Vanessa Gutiérrez Baena

Coordinadora línea Tuberculosis y Lepra
Convenio Hospital La María - Seccional de Salud de Antioquia
vanessaguba@gmail.com

Carlos Andrés Gallo

Coordinador Línea ACMS
Convenio Hospital La María - Seccional de Salud de Antioquia
andresvelasquez4@hotmail.com

Juan José Victoria

Epidemiólogo - Sistema de información
Convenio Hospital La María - Seccional de Salud de Antioquia
juanjose.victoria@gmail.com

Ruth Areiza Martínez

Laboratorio de Salud Pública
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
ruth.areiza@antioquia.gov.co

Gina Hernández Mahecha

Convenio Hospital La María - Seccional de Salud de Antioquia
Línea de Tuberculosis y Lepra
ginakhm@gmail.com

María Gilma Cifuentes Ibarra

Indicadores TB y Lepra
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud



Secretaría Seccional de Salud y Protección
Social de Antioquia
maria.cifuentes@antioquia.gov.co

24 de marzo

Día mundial de la TB

Unidos para poner fin a la tuberculosis

#FinTB

Juntos lo lograremos

www.paho.org

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

biao

BOLETÍN INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN

Secretaría Seccional
de Salud y Protección
Social de Antioquia

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE