

# DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN  
DE  
SALUD PÚBLICA

**BIA**  
BOLETÍN INFORMACIÓN  
PARA LA ACCIÓN



Dirección Seccional  
de Salud de Antioquia

## DIA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS

Por :Margarita Rosa Giraldo DSSA-  
Dirección Salud Pública

En el Día Mundial de la Tuberculosis, que se conmemora el 24 de marzo, expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resaltan que se trata de una enfermedad tratable y curable.

Con el lema " DETENGAMOS LA TUBERCULOSIS, Actuar para salvar vidas: hacia un mundo sin tuberculosis. Hay que generar compromisos a todo nivel, reforzando especialmente la participación comunitaria, para controlarla.

El 24 de marzo de 1882, el doctor alemán Robert Koch anunció el valioso descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, un paso vital en la prevención y el control de esta enfermedad, que en aquel momento era responsable de la muerte de una de cada siete personas en Estados Unidos y en Europa.

Cien años más tarde, la Organización Mundial de la Salud patrocinaban el Día Mundial de la Tuberculosis para conmemorar el descubrimiento del Dr. Koch y fomentar la toma de conciencia ante esta enfermedad, que aún hoy constituye una de las principales amenazas a la salud pública y sigue siendo responsable de casi 2 millones de defunciones al año.

Controlar la tuberculosis es una de las Metas de Desarrollo del Milenio, un compromiso por el bienestar humano que asumieron todos los países. Uno de los objetivos de esta declaración sin precedentes es lograr que más pacientes tengan acceso al tratamiento para el 2015.

Esta conmemoración llega en un momento crítico en la historia de la tuberculosis. El lanzamiento, el pasado 27 de enero, del Plan Global para Detener la Tuberculosis 2006-2015 fijó el orden del día para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de aquí al 2015, encaminados a detener y empezar a invertir la propagación de la tuberculosis y a reducir el número de muertes en 50%. Se pretende que este plan, de 56.000 millones de dólares, proporcione tratamiento a 50 millones de pacientes y evite 14 millones de muertes.

"El plan de acción global contra la tuberculosis muestra claramente lo que hay que hacer para abordar el problema de tuberculosis. Debemos poner manos a la obra urgentemente y buscan recaudar todos los fondos necesarios para la puesta en

marcha de este plan", dijo el Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS durante la reunión de lanzamiento del plan.

Alcanzar estos ambiciosos objetivos requerirá un amplio esfuerzo de coordinación y un compromiso firme durante esta década.

El Día Mundial se centrará en la promoción del Plan Global bajo el tema: "Acciones para la vida: Hacia un mundo libre de tuberculosis". Los objetivos serán los siguientes:

- Implicar a los gobiernos y a los organismos donantes para reforzar su compromiso.
- Promover el control de la tuberculosis y sus cuidados.
- Servir de oportunidad promocional y educativa.
- Fomentar la toma de conciencia, el compromiso y el apoyo público en la lucha contra la tuberculosis.
- Y conceder a la tuberculosis un puesto más importante en la agenda internacional.

---

## LA TUBERCULOSIS, HOY.

Decíamos en el año 1996 (Pilheu JA, Rev Arg Tórax 1996; 57(1-4):10 años atrás, *que hablar* de lo que sucedería con la tuberculosis (TB) a fines del siglo XX, el siglo de los avances tecnológicos, de las curas maravillosas, el siglo que nos deslumbra con la biología molecular y el genoma humano, parecería un poco "demoda". Una enfermedad antigua como el hombre, que no guarda ningún secreto en cuanto a su patología, su etiología, su transmisión y forma de expandirse, su diagnóstico clínico, sus tratamientos curativos, la profilaxis entre los niños. Y henos aquí, conquistadores del tercer milenio, desorientados ante esta enfermedad, confundidos, avergonzados de no saber qué camino recorrer y qué enseñar a nuestros alumnos sobre esta infección a la que algunos, pocos años atrás pretendían erradicar y hoy se ha transformado en una emergencia universal. ¿Qué es lo que ha sucedido entre la TB y la medicina? ¿En qué nos hemos equivocado, si es que ha habido errores, y porqué?...

La tuberculosis (TB) es hoy, **en el mundo**, la causa infecciosa curable más importante de mortalidad. Cada día, 25.000 personas desarrollan TB y 5.000 mueren por ella.

Sin tratamiento, del 50 al 70% de los enfermos morirán, y cada enfermo infeccioso no tratado

puede contagiar de 10 a 15 personas por año. Si la tendencia actual continúa, se estima que habrá en el mundo 10 millones de casos nuevos por año. (De Cock KM, JAMA 1992; 268: 1581-1587).

En un informe del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el 2002 hubo 8.8 millones de nuevos casos de TB. La tasa mundial de incidencia de TB (per capita) creció en aproximadamente un 1 % anual y el número de casos en un 2 % anual.

Así se inició la estrategia del DOTS TAES Tratamiento acortado estrictamente supervisado. Sus características son las siguientes:

- 1) el compromiso a nivel gubernamental de un programa de control efectivo;
- 2) la detección del caso de TB;
- 3) la administración de la terapia de acortada y supervisada a todos los pacientes con baciloscopía positiva;
- 4) el suministro de drogas regularmente;
- 5) el sistema de seguimiento efectivo para el manejo y la evaluación del programa.

Muchos países adoptaron la estrategia DOTS-TAES pero rápidamente aparecieron inconvenientes, en especial el compromiso político, lo que obligó a la OMS a postergar los objetivos del año 2005.

**En Colombia** menos del 20% de los departamentos tienen implementada la estrategia DOTS-TAES. Este año Colombia quedó entre los 11 países de América priorizados para implementar la estrategia.

En Colombia, así como en el departamento, la situación de la TB se mantiene más o menos estacionaria en los últimos años. De acuerdo con las estadísticas oficiales.

Se notificaron en el año **2004, 8.545** casos nuevos de TB en todo el país, lo que representa una tasa de 23.5 por 100.000 habitantes. Esta tasa es superior a la de Uruguay (20 x 100.000 habitantes) y el doble de la de Costa Rica (15 x 100.000 habitantes), varias veces más baja que la de Bolivia (124 x 100.000 habitantes) y de Perú (143 x 100.000 habitantes).

**En Antioquia en el año 2005** se notificaron un total de 1.665 casos de tuberculosis, de los cuales 1.329 son casos de **tuberculosis pulmonar** lo que representa el 80% de los casos notificados, siendo esta el tipo de tuberculosis más importante en la vigilancia en salud pública, por ser estos casos de tuberculosis pulmonar los que mantienen la transmisión del bacilo en la población. El número de casos de tuberculosis extrapulmonar es de 336 y de meningitis tuberculosa en menores de 5 años de edad fue de 4 casos, muy inferior al de los años anteriores.

La asociación de tuberculosis y VIH-Sida sigue siendo un factor importante en el incremento de la mortalidad de los pacientes. En el año 2005 se registraron 70 casos de TB y Sida en el departamento, de los cuales el 40% de estos fallecieron.

La tasa de Incidencia de Tuberculosis en todas las formas es de 29.1 por 100.000 h, incidencia que clasifica al departamento como zona de alto riesgo según la clasificación de la OPS, incidencia mayor de 25 por 100.000 h.

La incidencia de la tuberculosis Pulmonar en el departamento es de 23 casos por 100.000 habitantes. En cuanto a la ubicación de los enfermos con TB Pulmonar en el departamento, las regiones con incidencia mas alta que el promedio departamental son: Magdalena medio específicamente en los municipios de Puerto Berrío con incidencia de 55 por 100.000 h, Yondó 41, Puerto Triunfo 36 y Puerto Nare 33 por 100.000 h. La región de Urabá en los municipios de Chigorodó 54, Mutatá 48, Apartadó 41, Vigía del fuerte 38 y Carepa 32 por 100.000 h. En Valle de Aburra Medellín 36 por 100.000 h y Sabaneta 27. La región de Nordeste los municipios de Amalfi 32 y Remedios 29 por 100.000 h.

San Francisco con una tasa de incidencia de 64 por 100.000 h, es uno de los municipios de la región de Oriente con la más alta incidencia de Tuberculosis

En Antioquia se ha venido promulgando la aplicación de la estrategia TAES y se ha logrado en algunos municipios con resultados favorables, como son Envigado con el 95 % de curación, Arboletes 95 %, Chigorodó 80%, Puerto Berrío 80%, Mutatá 75% Cisneros 75%.

En el municipio de Medellín donde se notifican el 50% del total de los enfermos del departamento solo ha logrado un 54 % de curación y hasta el 71% los tratamientos terminados, municipio en el cual se ha implementado la aplicación la estrategia TAES pero que han interferido dificultades tanto de tipo administrativo como de accesibilidad a las diferentes IPS públicas y privadas, porque las aseguradoras no garantizan los tratamientos en el área de influencia de los pacientes enfermos del municipio, incrementándose el costo para los pacientes por los desplazamientos a otras áreas, situación que interfiere para el logro de la meta propuesta curar el 85% de los pacientes.

El gobierno departamental a través de la DSSA se ha comprometido a continuar extendiendo la implementación de la estrategia a otras regiones del departamento como son la región del suroeste antioqueño, Nordeste, municipios de Itagui, Caldas y continuar en las regiones de Urabá, Bello y Medellín impulsando la zona de Buenos Aires.

## CONCLUSIÓN

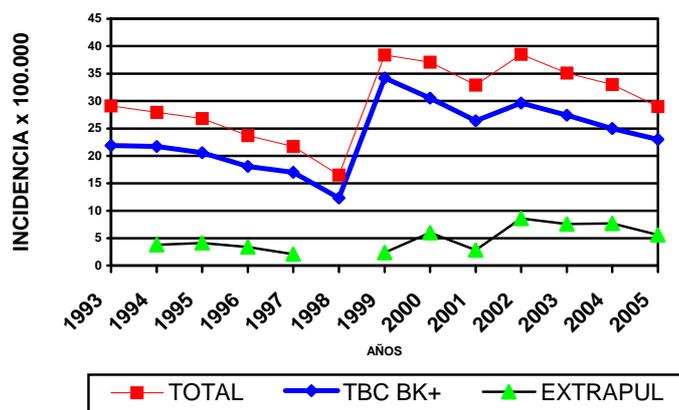
En conclusión, llevamos más de 50 años desde que se descubrió la primera droga anti-tuberculosa, la estreptomycin, más de 25 años que contamos con tratamientos eficaces que pueden curar a todos los enfermos en seis meses y los resultados siguen siendo desfavorables, con una curva de mortalidad que permanece constante a la entrada del siglo XXI. Si queremos cambiar esta tendencia debemos cambiar nuestra conducta frente a esta enfermedad. Debemos: incluyendo principalmente a las aseguradoras del sistema de salud EPS, ARS, Universidades, IPS, tener médicos capacitados en todo el país con conocimientos suficientes del manejo de la TB, establecer el tratamiento supervisado real durante todo el período de toma de drogas, usar en lo posible el esquema DOTS, emplear tratamiento profiláctico solo cuando sea necesario, tener en cuenta otros factores en juego como la resistencia bacteriana, la endemia del VIH, las migraciones. Todo esto se conseguirá cuando se implemente la estrategia DOTS a nivel nacional.

## RECOMENDACIONES

Implementar la estrategia DOTS- TAES es un compromiso de todos, invitamos a las DLS y Aseguradoras a unirse a este gran reto, si

curamos un enfermo diagnosticado a tiempo con el tratamiento acortado y supervisado solo nos cuesta un promedio de \$250.000, en seis meses, si esto no lo hacemos curarlo nos cuesta hasta \$1.000.000 mensuales hasta por 18 meses o sea un total de \$ 18.000.00

### INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS ANTIOQUIA, 1993-2005



### INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR POR MUNICIPIO ANTIOQUIA 2005

Municipio y subregión	No casos	Tasa
<b>TOTAL DEPARTAMENTO</b>	<b>1.329</b>	<b>23,07</b>
<b>VALLE DE ABURRA</b>	<b>954</b>	<b>29,20</b>
MEDELLIN	749	35,78
BARBOSA	6	15,36
BELLO	86	21,48
CALDAS	9	12,13
COPACABANA	6	10,49
ENVIGADO	18	10,28
GIRARDOTA	1	2,48
ITAGUI	60	20,82
LA ESTRELLA	8	13,97

<b>BAJO CAUCA</b>	<b>35</b>	<b>14,91</b>
CACERES	3	13,10

CAUCASIA	13	18,85
EL BAGRE	7	10,71
NECHI	2	20,48
TARAZA	4	12,55
ZARAGOZA	6	16,73
<b>Municipio y subregión</b>	<b>No casos</b>	<b>Tasa</b>
<b>MAGDALENA MEDIO</b>	<b>39</b>	<b>41,18</b>
CARACOLI	1	16,22
MACEO	1	12,38
PUERTO BERRIO	22	55,51
PUERTO NARE	4	32,64
PUERTO TRIUNFO	5	35,74
YONDO	6	41,10

<b>NORDESTE</b>	<b>26</b>	<b>14,34</b>
AMALFI	6	31,88
ANORI	0	0,00
CISNEROS	1	9,54
REMEDIOS	5	29,24
SAN ROQUE	1	5,06
SANTO DOMINGO	1	8,16
SEGOVIA	10	22,77
VEGACHI	1	5,44
YALI	1	10,72
YOLOMBO	0	0,00

<b>NORTE</b>	<b>20</b>	<b>7,84</b>
ANGOSTURA	1	6,31
BELMIRA	0	0,00
BRICEÑO	1	9,01
CAMPAMENTO	0	0,00
CAROLINA	0	0,00
DON MATIAS	0	0,00
ENTRERRIOS	1	11,49
GOMEZ PLATA	2	22,43
GUADALUPE	1	16,25
ITUANGO	6	12,58
SAN ANDRES	0	0,00
SAN JOSE DE LA MONTAÑA	0	0,00
SAN PEDRO	2	8,46
SANTA ROSA DE OSOS	3	11,77
TOLEDO	1	8,84
VALDIVIA	0	0,00

YARUMAL	2	5,90
---------	---	------

Municipio y subregión	No casos	Tasa
<b>OCCIDENTE</b>	<b>27</b>	<b>12,24</b>
ABRIAQUI	0	0,00
ANZA	0	0,00
ARMENIA	0	0,00
BURITICA	0	0,00
CAÑASGORDAS	2	8,87
DABEIBA	6	19,32
EBEJICO	0	0,00
FRONTINO	6	24,73
GIRALDO	0	0,00
HELICONIA	0	0,00
LIBORINA	0	0,00
OLAYA	0	0,00
PEQUE	0	0,00
SABANALARGA	1	10,65
SAN JERONIMO	2	17,45
SANTA FE DE ANTIOQUIA	7	30,60
SOPETRAN	1	8,68
URAMITA	2	23,44

Municipio y subregión	No casos	Tasa
<b>ORIENTE</b>	<b>37</b>	<b>6,10</b>
ABEJORRAL	0	0,00
ALEJANDRIA	0	0,00
ARGELIA	1	8,48
CARMEN DE VIBORAL	5	10,16
COCORNA	2	9,59
CONCEPCION	0	0,00
EL PEÑOL	1	5,55
EL RETIRO	1	5,34
EL SANTUARIO	2	6,30
GRANADA	0	0,00
GUARNE	0	0,00
GUATAPE	0	0,00
LA CEJA	5	9,81
LA UNION	0	0,00
MARINILLA	1	2,43
NARIÑO	0	0,00
RIONEGRO	5	5,12

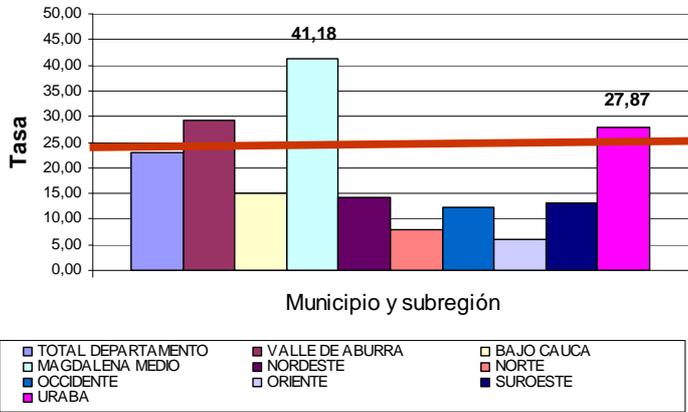
Municipio y subregión	No casos	Tasa
SAN CARLOS	1	4,57
SAN FRANCISCO	7	63,73
SAN LUIS	0	0,00
SAN RAFAEL	4	21,53
SAN VICENTE	0	0,00
SONSON	2	4,83
<b>SUROESTE</b>	<b>53</b>	<b>13,05</b>
AMAGA	4	14,53
ANDES	11	29,21
ANGELOPOLIS	1	15,11
BETANIA	2	18,71
BETULIA	2	11,52
CAICEDO	0	0,00
CARAMANTA	0	0,00
CIUDAD BOLIVAR	4	14,51
CONCORDIA	2	7,80
FREDONIA	4	17,98
HISPANIA	0	0,00
JARDIN	2	11,58
JERICO	1	5,59
LA PINTADA	4	35,98
MONTEBELLO	0	0,00
PUEBLORRICO	0	0,00
SALGAR	4	22,95
SANTA BARBARA	1	3,82
TAMESIS	3	17,99
TARSO	1	14,77
TITIRIBI	1	9,27
URRAO	3	6,73
VALPARAISO	1	12,13
VENEZIA	2	14,28

Municipio y subregión	No casos	Tasa
<b>URABA</b>	<b>138</b>	<b>27,87</b>
APARTADO	42	40,71
ARBOLETES	2	9,18
CAREPA	15	32,33
CHIGORODO	34	53,98
MURINDO	0	0,00
MUTATA	8	47,83
NECOCLI	3	7,04
SAN JUAN DE URABA	1	4,26
SAN PEDRO DE URABA	1	2,87
TURBO	27	21,42

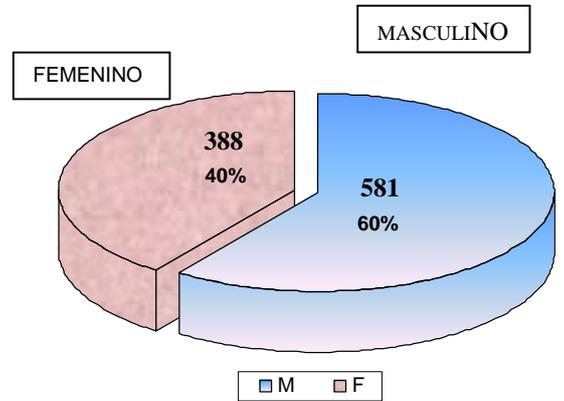
VIGIA DEL FUERTE	5	37,77
------------------	---	-------

Fuente: SIVIGILA.

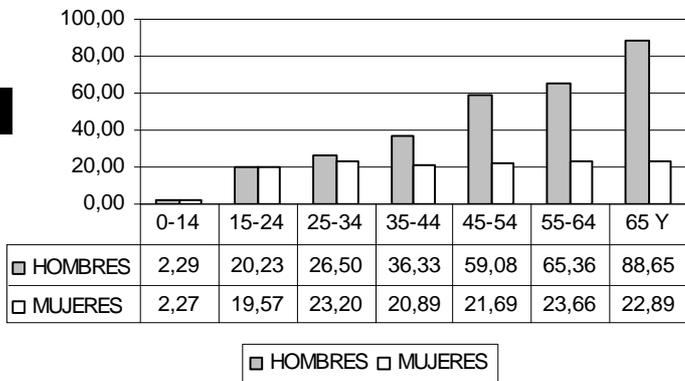
### INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN DE TB PULMONAR- POR REGIONES ANTIOQUIA, 2005



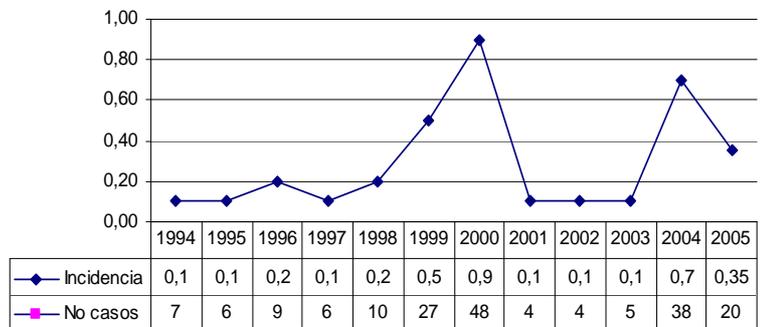
### DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE TB PULMONAR ANTIOQUIA, 2005



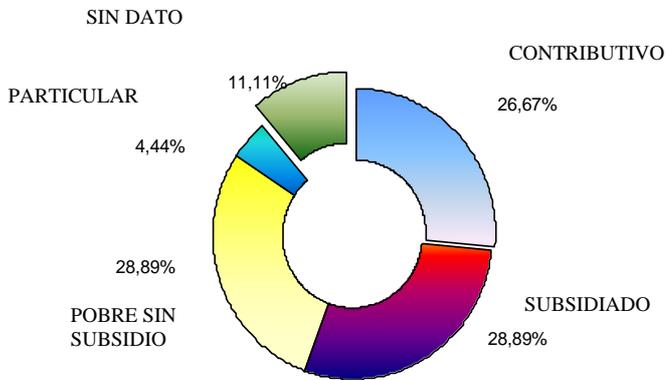
### INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR POR GRUPOS DE EDAD Y GENERO ANTIOQUIA, 2005



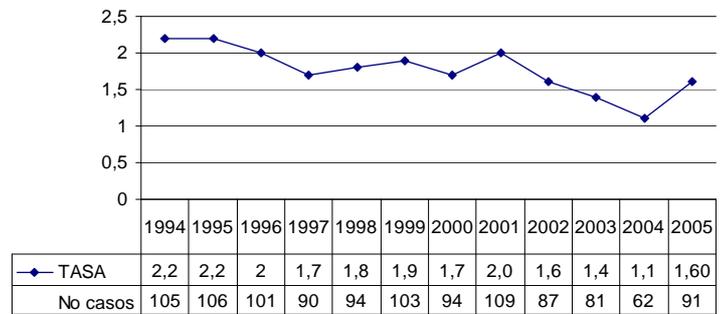
### INCIDENCIA DE MENINGITIS TUBERCULOSA, ANTIOQUIA 1994-2005



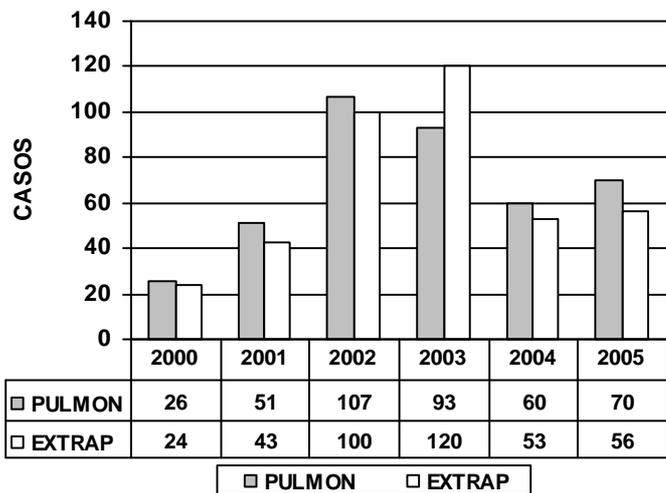
**REGIMEN DE AFILIACION AL SGSSS PACIENTES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS ANTIOQUIA, 2005**



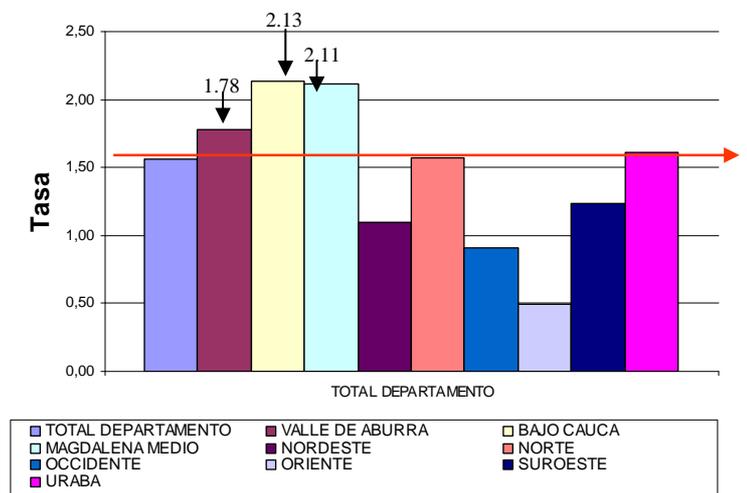
**TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS RESPIRATORIA ANTIOQUIA 1994 - 2005**



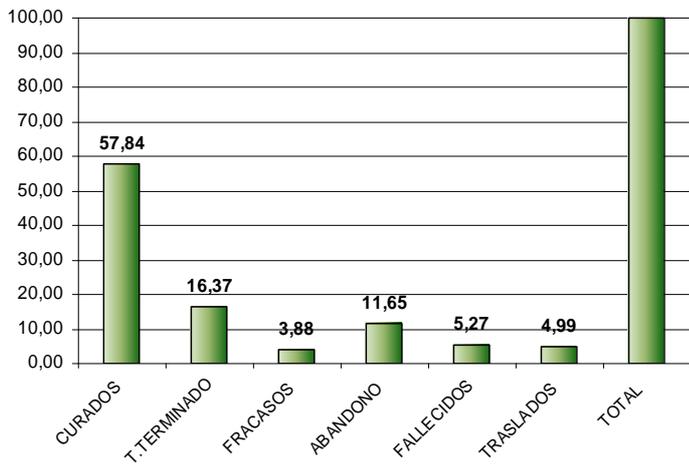
**COINFECCION DE TUBERCULOSIS y VIH-SIDA ANTIOQUIA 2000-2005**



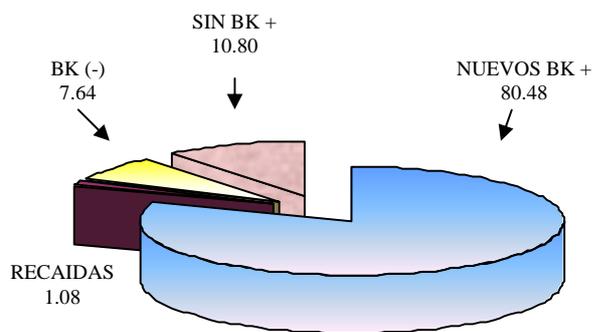
**INCIDENCIA DE MUERTES POR TUBERCULOSIS SEGÚN REGIONES ANTIOQUIA, 2005**



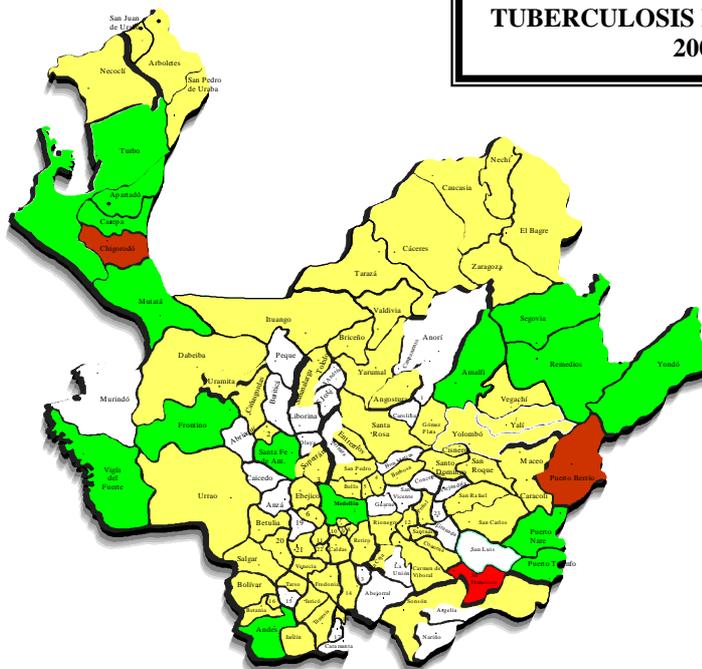
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE TB PULMONAR SEGÚN CRITERIO DE EGRESO ANTIOQUIA, 2004**



**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE INGRESO SEGÚN BACILOSCOPIA PARA TB PULMONAR ANTIOQUIA, 2005**



**MUNICIPIOS DE ANTIOQUIA SEGUN RIESGO PARA TUBERCULOSIS RESPIRATORIA, 2005**



La meta de curación esperada para el departamento es del 85%, equivalente a los pacientes que terminan el tratamiento en los seis meses con un control de baciloscopia del sexto mes negativa. Solo hemos logrado el 57.8% de la cohorte analizada. Si sumamos el 16.3% de los tratamiento terminados esperamos que el 74% de los pacientes se hallan curado.

## INDICADORES SEGÚN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

De la información obtenida de las actividades del programa se calculó para el departamento:

1. Porcentaje de Captación de los sintomáticos respiratorios del 3%, el promedio esperado es del 5%
2. Promedio de Baciloscopia por paciente es de 1. El promedio esperado es de 2.5
3. Porcentaje de Positividad de las Baciloscopias es de 1.6 %, lo esperado es de 4%
4. Porcentaje de Positividad de los cultivos es de 3%

## ESTUDIO DE PRUEBAS DE SENSIBILIDAD

Recordemos que esta prueba se realiza totalmente gratis para todos los pacientes independiente del régimen de afiliación al sistema en el Laboratorio Departamental de Salud Pública.

De los 1665 pacientes diagnosticados solo a 266 pacientes se les solicitó la prueba de sensibilidad al LDSP. De estos solo al 41% (109) de los pacientes se les realizó la prueba de sensibilidad, la mayoría de los que no se realizó fue por contaminación del cultivo debida a la mala remisión de las muestr

El 57% de los cultivos fueron negativos, porcentaje que se debe tener en cuenta para repetición según el seguimiento del paciente.

El 48% de los pacientes ( 52 ) fueron sensibles a todos los medicamentos.

El 15% de los pacientes ( 16 ) fueron multidrogoresistentes, porcentaje similar al

obtenido en estudios de Resistencia a nivel nacional.

El 70% de esta MDR corresponde a pacientes del grupo de edad entre 25 – 50 años, grupo de edad laboralmente activos.

## PLAN DE ACCION PARA EL AÑO 2006

La Campaña de tuberculosis va encaminada a la Captación de los sintomáticos respiratorios como medida de control para garantizar el tratamiento oportuno y cortar la cadena de transmisión.

2º Como estrategia para la búsqueda activa y control del la tuberculosis en las regiones de mayor riesgo el Departamento tiene por contratos la asesoría y asistencia técnica en terreno con personal entrenado para tal fin. En la actualidad las zonas beneficiadas son: Urabá, Suroeste, Nordeste, Valle de Aburra (Medellín, Bello, Itagui y Caldas).

3º La DSSA en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Protección Social establecen como Metas para el trienio 2004-2007 la designación de áreas estratégicas en el Departamento como áreas demostrativas para el programa de Tuberculosis que garantice la curación del 85% de los pacientes, con la estrategia del tratamiento acortado y supervisado (TAS) para lo cual, se inició como área demostrativa el Municipio de Envigado en el año de 2004 y para el año 2005 en este Municipio se garantizó la curación del 95% de los pacientes.

- En el año 2005 se inició como área demostrativa para el programa la zona de Buenos Aires (promedio 100 casos), del Municipio de Medellín y el Municipio de Bello (promedio de 84 casos) áreas en las que se logró pasar de una curación del 51 a 67%
- En el 2006 entran como áreas demostrativas Itagui (60 casos ) y Caldas por ser Municipio silencioso en el Valle de Aburrá (9 casos). El criterio de selección tenido en cuenta son los Municipios del Valle de Aburrá con mayor incidencia de casos de TB.

