

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN



DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS 2007

DE LA ACCIÓN LOCAL A LA ELIMINACIÓN GLOBAL *TB AQUÍ ES TB EN TODAS PARTES*

Realizado por: Margarita Rosa Giraldo C., Hilda Beatriz Álvarez V., *Vanessa Gutiérrez, Profesionales Dirección de Salud Pública

*Contratista

PLAN MUNDIAL PARA DETENER LA TUBERCULOSIS - OMS-2006

La carga de sufrimiento y pérdidas económicas que causa la tuberculosis pesa en nuestras conciencias. La tuberculosis es una enfermedad curable y prevenible, y hay que tomar medidas urgentes para expandir los esfuerzos realizados para detenerla. La alianza Alto a la Tuberculosis ha desarrollado un Plan Mundial para Detener la Tuberculosis que abarca el periodo 2006-2015, basándose en el primer plan de la Alianza para 2001-2005.

Como Plan Global para acelerar la acción social y política encaminada a detener la propagación de la tuberculosis, se propuso la alianza Alto a la Tuberculosis, y contribuir a una campaña colectiva y concertada con organizaciones internacionales, países donantes del sector público y privado, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y organizaciones de pacientes e individuos.

Ahora bien, para que las actividades de los asociados rindan el máximo fruto en cuanto a eficacia y eficiencia se requiere de este plan, como parte de las medidas estratégicas de la Alianza para la próxima década. El plan describe las actividades que tendrán un impacto en la carga mundial de tuberculosis. Ese impacto se traducirá en una reducción de la incidencia de la enfermedad – en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – y en el logro de las metas de la Alianza, fijadas para 2015, de reducir a la mitad la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en comparación con los niveles de 1990.

La tuberculosis es una enfermedad que hay que

abordar con una perspectiva a largo plazo: el Plan representa un paso hacia la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública mundial para el 2050, y la materialización de la visión de la Alianza de un mundo libre de esta enfermedad.

El Plan servirá para estimular el compromiso político, el apoyo financiero, la eficacia de las intervenciones, la implicación de los pacientes, la participación de la comunidad y mostrar el potencial de los nuevos instrumentos en desarrollo contra la tuberculosis como: mejores medicamentos, nuevos medios diagnósticos, nuevas vacunas, la investigación y el desarrollo.

El Plan se basa en las contribuciones de los siete grupos de trabajo de la alianza Alto a la Tuberculosis dedicados a lo siguiente:

1. Expansión de la estrategia DOTS; 2. Inclusión del DOTS-Plus para la tuberculosis multirresistente; 3. Seguimiento y control de la asociación de tuberculosis/VIH; 4. Nuevos medios diagnósticos de la tuberculosis; 5. Nuevos medicamentos antituberculosos; 6. Nuevas vacunas contra la tuberculosis; y 7. Promoción, comunicación y movilización social.

Si se implementa el Plan: la estrategia Alto a la Tuberculosis trabajará hacia la expansión del acceso equitativo para todo el mundo, a medios de diagnóstico y tratamientos de calidad para los enfermos de tuberculosis.

• A lo largo de los diez años de este Plan, unos 50 millones de personas recibirán tratamiento antituberculoso, incluidos unos 800.000 pacientes con tuberculosis multirresistente, y unos 3 millones de pacientes afectados tanto por esa enfermedad como por el virus de la inmunodeficiencia humana (TB/VIH) se beneficiarán de tratamiento antirretroviral (en consonancia con los planes del ONUSIDA para el acceso universal).

• Entre 2006 y 2015 se salvarán unos 14 millones de vidas.

• En 2010 se introducirá el primer medicamento nuevo contra la tuberculosis en 40 años, y un nuevo régimen de tratamiento de corta duración (1–2 meses) poco después de 2015.

• En 2010, la realización de pruebas diagnósticas en el punto de atención hará posible una detección más rápida, económica y eficaz de los casos de tuberculosis activa. En 2012, un conjunto de medios diagnósticos permitirá identificar con precisión a las personas con infección latente y a las que sufran un alto riesgo de progresión a la enfermedad.

• Para 2015 se dispondrá de una nueva vacuna segura, eficaz y asequible que podría tener gran incidencia en el control de la tuberculosis en años posteriores.

El costo total del Plan – US\$56.000 millones – representa una triplicación de la inversión anual en control de la tuberculosis en comparación con el primer plan mundial. La financiación íntegra del Plan permitirá aplicar la estrategia Alto a la Tuberculosis y alcanzar las metas mundiales de la Alianza, como un paso más hacia nuestro gran objetivo de un mundo libre de tuberculosis.

En una resolución adoptada por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en 2005, acerca de la «Financiación sostenible de la prevención y el control de la tuberculosis», todos los países se comprometieron a velar por que se aporten los recursos nacionales y externos suficientes para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la tuberculosis. Gobiernos nacionales y donantes deben cumplir ese compromiso, movilizando los fondos necesarios para aumentar la actual financiación y enjugar el déficit de US\$ 31.000 millones.

Con voluntad, financiación y acción, unidos podemos detener la tuberculosis. Propósito de la OMS-UN.

EN ANTIOQUIA, una de las prioridades de salud pública definidas en el Plan Estratégico de Salud 2003 - 2007, es la prevención y control de la Tuberculosis. Por esta razón, LA Dirección Seccional de Salud de Antioquia, se ha propuesto incorporar el fortalecimiento de la gestión para la prevención, vigilancia, atención y control de esta enfermedad en las entidades territoriales y aportar así al cumplimiento de las metas del Plan de desarrollo una Antioquia nueva un Hogar para la vida, de Diagnosticar el

70% de los casos existentes de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, curar el 85% de los casos nuevos de tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva e implementar la estrategia "Tratamiento Acortado Supervisado", para el control de la tuberculosis en todo el territorio departamental.

En tal sentido, se ha considerado que la estrategia TAS-DOTS, (DOTS: del inglés Directly Observed Treatment Short: Tratamiento Acortado Directamente Supervisado) es la única estrategia eficaz para controlar la tuberculosis y garantizar que las personas que padecen la enfermedad reciban un diagnóstico y tratamiento correcto hasta que se curen. La estrategia DOTS/TAS que la OPS/OMS aplica en la Región, es un conjunto de Lineamientos claves para enfrentar la enfermedad, reduciendo su morbi mortalidad y previniendo la emergencia de la resistencia a los fármacos anti TB (MDR-TB).

ANÁLISIS DEL INFORME TRIMESTRAL DE TUBERCULOSIS. AÑO 2006 - ANTIOQUIA

Total consulta MD. De primera vez por todas las causas >15 años	Sintomáticos Respiratorios Captados	Sintomáticos Respiratorios Examinados	% de Captación	% Examinados	Baciloscopias Realizadas	Personas con Baciloscopia +	BK / paciente	% de Positividad	Personas con Cultivo Positivo al Cultivo	% Positividad Cultivo	
2.502.078	61.797	42.346	2.47	1.69	79.722	1.257	1.9	1.3	2.966	87	3.0

De acuerdo al total de consultas médicas en mayores de 15 años, el cual para este año fue de 2.502.078, se esperaría que los sintomáticos respiratorios captados sea del 5% o sea 120.000, de los cuales se realizo una captación de 62.000, lo que equivale al 2.5%, cifra que es bastante preocupante pues se requiere incrementar esta captación en el Departamento, más aun si contamos con el 30 % de los municipios con incidencias por encima de 25 por 100.000h, catalogados por la organización mundial de la salud como áreas de alto riesgo.

En cuanto al número de baciloscopias se esperaban un promedio de 154.000 según los sintomáticos respiratorios captados, y solo se realizaron el 50% estas, con un número de Baciloscopia por Paciente de 1.9, lo que nos

indica que no se les están tomando las 3 baciloscopias a los pacientes captados. Se recomienda implementar la estrategia de toma de baciloscopia en el momento de la captación del sintomático, para así asegurar el número indicado de Bk por paciente.

El 50% de los municipios solamente han logrado incrementar el numero de baciloscopias por pacientes, pero no todos estos han logrado la captación de sintomáticos esperados.

Se resaltan los siguientes municipios los cuales han logrado mantener la meta de captación de sintomáticos respiratorios en promedio del 5% y más de 2 baciloscopias por paciente: Pueblorrico, Segovia, Alejandría, Angelópolis, Caramanta, Tarso, Mutata, Yalí, Dabeiba.

Medellín, Cisneros, Necoclí y Venecia han logrado una captación del 3.5% de sintomáticos respiratorios y mas de 2 baciloscopias por paciente.

El porcentaje de positividad esperado en el departamento por ser área de alta incidencia, es de 4.0%, lo observado en el 2006 es de 1.3% y esto se ve reflejado de acuerdo al % de captación y al numero de Bk por paciente, sobre todo en los municipios de alta incidencia. Si esperamos que este número se nos incremente debemos aumentar la captación de sintomáticos y el número de baciloscopias por sintomático respiratorio, para lograr la meta propuesta del 70% de captación de enfermos.

El número de muestras procesadas por cultivo corresponde a 2.966 pacientes, con un porcentaje de positividad de 3.0, lo que nos indica que es recomendable realizarle cultivo a la tercera muestra de esputo, cuando las baciloscopias son negativas y se sospecha clínicamente la tuberculosis.

Se presentaron un total de 2.190 contactos, de los cuales 417 eran sintomáticos respiratorios y se investigaron 368, de estos contactos 9 personas fueron BK positivos, lo que nos representa el 2.5%.

Del total de municipios del departamento, se

obtuvo una notificación del 95%, de al menos un trimestral, el 5% restante se les envió notificación por escrito en cuanto a la falta del envío de los trimestrales, esperamos aumentar el porcentaje de notificación para el año 2007. No enviaron informes trimestrales: Carolina, Concepción, Murindo, Vigía del fuerte, Puerto Nare y Valdivia.

RESULTADOS DE LA COHORTE DE PACIENTES DEL PRIMER TRIMESTRE DE DEL AÑO 2006

CASOS NUEVOS BK (+)		CASOS NUEVOS CON BK (+)													
Con BK(-) Final 2 mes de TTO	Iniciaron TTO	Curados (min 85%)		Tratamiento Terminado		Fracasos		Abandonos		Fallecidos		Trasladados a otras IPS		Total Resultados del TTO	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
122	172	114	66	27	16	2	1	16	9	6	4	16	9	172	100

Observamos que para el análisis de cohorte correspondiente al primer trimestre del 2006 tenemos un total de 282 casos registrados, de los cuales solo se logró información completa para la evaluación del la cohorte de 172 pacientes, la mayoría de ellos pertenecen al municipio de Medellín.

El porcentaje de curación corresponde al 66%, el cual es un indicador bastante bajo, pues el ideal corresponde a un 85%. El porcentaje de tratamientos terminados ha disminuido, se observa en un 16%, lo que nos indica que el numero de pacientes que se les esta dejando de hacer las baciloscopias de control sigue siendo representativo, si lográramos que a estos pacientes se les realizara la baciloscopia de control de 6° mes, para verificar su negativización, obtendríamos el porcentaje de curación del 82%, muy cerca de la meta esperada.

El porcentaje de abandono corresponde al 9%, aunque es un porcentaje bajo, debemos seguir trabajando para bajar este indicador cada vez mas.

El porcentaje de fracasos en el seguimiento de las cohortes ha venido disminuyendo, este indicador es muy importante para evaluar la

eficacia del tratamiento, por lo cual se debe continuar promocionando la estrategia del tratamiento acortado y estrictamente supervisado.

En cuanto a las muertes tenemos un 4% de los pacientes que ingresaron a la cohorte. La importancia de este indicador es la evaluación de cada una de estas muertes para detectar que problemas se presentaron y plantear las estrategias de control. Recordemos que esta es una de las muertes evitables que se priorizaron en el departamento.

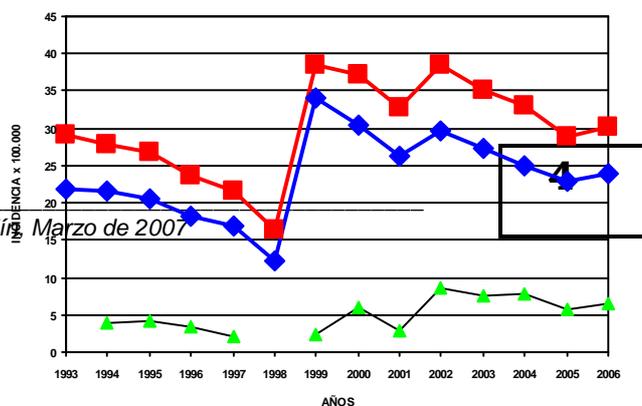
En lo relacionado con el porcentaje de notificación se observó que el 48%, de los municipios, están enviando el informe correctamente, el 47% restante enviaron los informes de al menos un trimestre y un 20% de estos municipios todavía tienen dificultades con la información, para mejorar esta situación se viene realizando asesoría y asistencia técnica directa a estos municipios para mejorar la calidad de la información y el manejo del programa.

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS ANTIOQUIA AÑO 2006.

En el año 2006 se reportaron un total de 1.740 casos de tuberculosis y una incidencia de 30 por 100.000h, colocando al departamento entre las regiones de alta incidencia del país, según reportes de la Organización Mundial de la Salud.

Del total de casos 1.354 corresponden a tuberculosis Respiratoria, equivalentes al 78% de los casos; para una incidencia de 24 por 100.000h. La tuberculosis respiratoria sigue siendo uno de los problemas de salud pública más significativos en el departamento, ya que se mantiene la circulación del bacilo incrementando el riesgo de infección en la población.

INCIDENCIA DETUBERCULOSIS ANTIOQUIA, 1993-2006



INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS POR REGION Y MUNICIPIOS AÑO 2006

REGION	No. Casos	Tasa
BAJO CAUCA	61	24,3
Caucasia	18	19,6
Cáceres	4	13,5
El Bagre	5	10,9
Nechí	6	27,1
Tarazá	18	52,7
Zaragoza	10	37,0
MAGDALENA MEDIO	36	35,9
Puerto Berrío	21	53,6
Caracolí	3	64,4
Maceo	1	13,4
Puerto Nare	1	5,9
Puerto Triunfo	5	30,0
Yondó	5	32,4

NORDESTE	41	24,1
Yolombó	1	4,9
Amalfi		0,0
Anorí		0,0
Cisneros	3	31,3
Remedios	7	30,2
San Roque	3	16,8
Santo Domingo	1	8,8
Segovia	26	73,6
Vegachí		0,0
Yalí		0,0

REGION	No. Casos	Tasa
NORTE	16	6,8
Yarumal	4	9,6
Angostura	2	16,3
Belmira		0,0
Briceño		0,0
Campamento		0,0

Carolina del príncipe		0,0
DonMatías	1	5,6
Entreríos		0,0
Gómez Plata		0,0
Guadalupe		0,0
Ituango	3	12,4
San Andrés de Cuerquia	1	14,4
San José de la Montaña		0,0
San Pedro de Los Milagros		0,0
Santa Rosa de osos	1	3,2
Toledo		0,0
Valdivia	4	22,5

OCCIDENTE	30	15,4
Santa Fé de Antioquia	2	8,7
Abriaquí	1	47,3
Anzá		0,0
Armenia		0,0
Buriticá		0,0
Caicedo		0,0
Cañasgordas	2	12,3
Dabeiba	9	40,0
Ebejico		0,0
Frontino	1	5,2
Giraldo		0,0
Heliconia		0,0
Liborina	4	43,0
Olaya		0,0
Peque		0,0
Sabanalarga	1	12,3
San Jerónimo		0,0
Sopetrán	7	52,3
Uramita	3	41,8

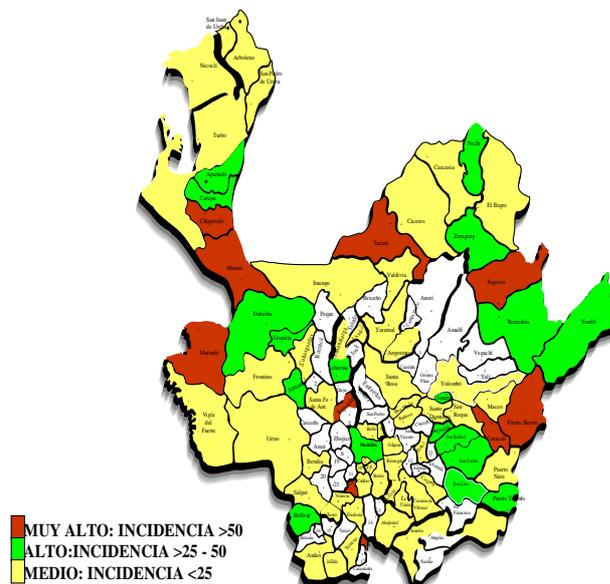
ORIENTE	40	7,5
Rionegro	5	4,9
Abejorral	2	10,2
Alejandro	1	27,3
Argelia		0,0
Cocorná	1	6,9
Concepción		0,0

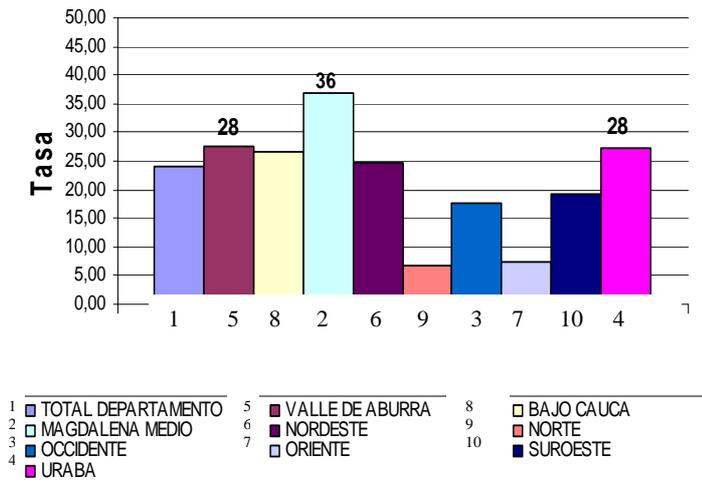
REGION	No. Casos	Tasa
El Carmen de Viboral	3	7,3
El peñol	2	12,4
El Retiro	3	17,5
El santuario		0,0
Granada		0,0
Guarne	2	5,0
Guatapé		0,0
La Ceja	2	4,3
La Unión	2	11,1
Marinilla	4	8,6
Nariño		0,0
San Carlos	5	39,7
San Francisco		0,0
San Luis	3	28,3
San Rafael	4	30,9
San Vicente		0,0
Sonsón	1	2,6
SUROESTE	61	16,4
Ciudad Bolívar	9	32,2
Amagá	14	51,4
Andes	9	21,7
Angelópolis		0,0
Betania		0,0
Betulia	2	12,0
Caramanta		0,0
Concordia	4	19,0
Fredonia	3	13,8
Hispania	1	20,8
Jardín	1	7,0
Jericó		0,0
La Pintada	4	56,1
Montebello		0,0
Pueblo Rico		0,0
Salgar	4	22,2
Santa Bárbara	4	17,2
Támesis	1	6,2
Tarso	1	11,6
Titiribí		0,0
Urrao	2	5,1
Valparaiso	1	16,8
Venecia	1	8,0
URABA	141	27,2
Apartadó	49	35,4
Arboletes	2	6,4
Carepa	16	35,7
Chigorodó	30	49,5

REGION	No. Casos	Tasa
Murindó	3	77,8
Mutatá	9	93,9
Necoclí	8	16,1
San Juan de Urabá	2	9,5
San Pedro de Urabá	5	17,3
Turbo	16	12,9
Vigía del Fuerte	1	19,3
VALLEDE ABURRA	928	27,7
Barbosa	2	4,7
Bello	81	21,4
Caldas	11	15,9
Copacabana	10	16,1
Envigado	13	7,3
Girardota		0,0
Itagüí	56	23,9
La Estrella	9	16,6
Sabaneta	4	8,7
Medellín	742	33,0

Fuente: SIVIGILA.

MUNICIPIOS DE ANTIOQUIA SEGUN RIESGO PARA TUBERCULOSIS RESPIRATORIA - 2006





INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR- POR REGIONES

Las regiones con mayor incidencia son Magdalena Medio, Valle de Aburrá, Urabá, Bajo Cauca y Nordeste. Los municipios de mas alta incidencia de tuberculosis en su orden : Mutata, Muridó, Segovia, Caracolí, La Pintada, Puerto Berrío, Taraza, Sopetrán, Amaga, Chigorodó, Carepa, En el área metropolitana la situación más grave se presenta en Medellín, Itagüí y Bello.

Es de resaltar que en las regiones de suroeste y nordeste donde para los años anteriores eran zonas silenciosas, con el trabajo de asesoría y asistencia técnica en terreno por parte de la DSSA, y de la búsqueda y seguimiento se han encontrado casos y se han logrado altos porcentajes de curación.

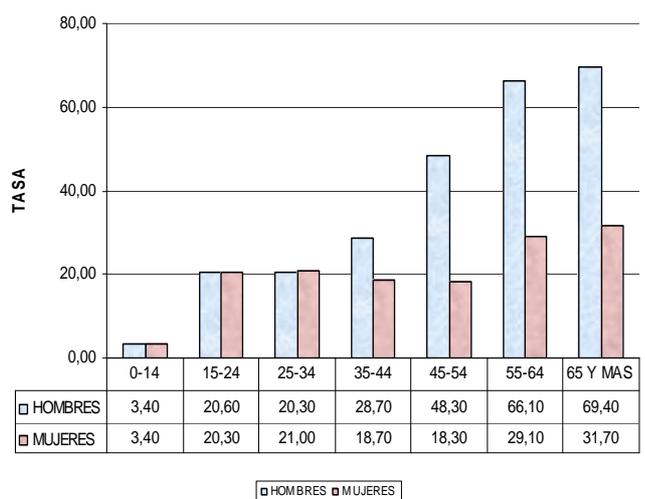
La DSSA en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Protección Social establecen como Metas para el trienio 2004-2007 la designación de áreas estratégicas en el Departamento como áreas demostrativas para el programa de Tuberculosis que garantice la curación del 85% 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 94% de los pacientes, y en el primer trimestre del 2006 se logró el 100% de curación.

En el año 2005 se inició como área demostrativa para el programa la zona de Buenos Aires del municipio de Medellín, con un promedio 100 casos por año, y el Municipio de Bello con un promedio de 84 casos, áreas que lograron alcanzar pasar de una curación del 51 a 67% Buenos Aires y Bello al 80%, en el total de la cohorte del 2005.

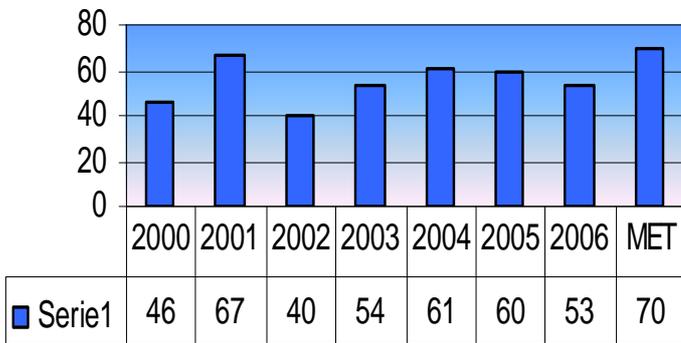
En el 2006 entran como áreas demostrativas los municipios de Itagüí (60 casos por año) y Caldas por ser un municipio silencioso en el Valle de Aburrá (9 casos). Lograron pasar de 40% a 62% de curación en el 2005 Itagüí y Caldas logró en el 2005 un % de curación del 86% y en el primer trimestre del 2006, con 5 pacientes tiene 100% de curación.

Para el 2007 la DSSA tiene programado tener en cada región del departamento un profesional del área de la salud con experiencia en el programa, para la asesoría y asistencia técnica en terreno para acompañar a todos los prestadores de servicios de salud de las IPS públicas y privadas y a las direcciones locales de salud, en la captación de sintomáticos respiratorios, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los casos de TB que se captan.

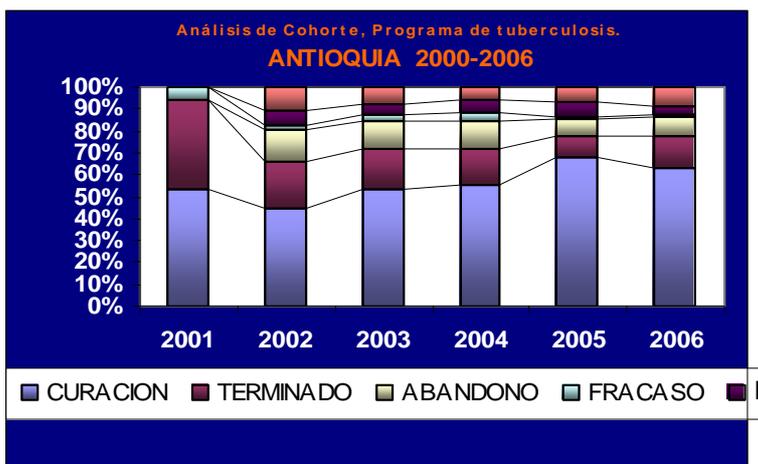
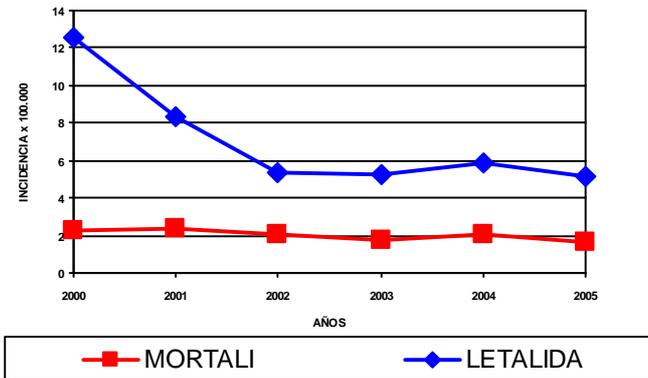
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR POR GRUPOS DE EDAD Y GENERO - ANTIOQUIA, 2006



PORCENTAJE DE CAPTACIÓN DE S.R. ANTIOQUIA 2000- 2006



MORTALIDAD - LETALIDAD POR TUBERCULOSIS ANTIOQUIA, 2000-2005



CONCLUSIONES

Este trabajo que se ha venido haciendo en estos 5 municipios, como áreas demostrativas, sigue validando la estrategia TAS – DOTS, tratamiento acortado y supervisado como una de las estrategias que funciona para la población antioqueña. Por tal razón debemos continuar extendiendo esta estrategia en los 125 municipios del departamento para lograr la meta propuesta de curar el 85% de los pacientes captados.

RECOMENDACIÓN

En los municipios en los cuales se han venido captando pacientes y se ha logrado realizar las baciloscopias tanto de diagnóstico como de control; se observa que en la mayoría de ellos se requiere realizar búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, incrementar en ellos el estudio con baciloscopia y cultivo. Es importante hacer promoción de esta captación con todo el personal de salud de las IPS y DLS, tanto en consulta regular como en la atención a la población en los programas de promoción y prevención y evaluar estos indicadores encontrados frente a los esperados, proponer estrategias de búsqueda activa y lograr la meta propuesta de captar el 70% de los pacientes de tuberculosis que se encuentren en la población, como una de las estrategias para cortar la cadena de transmisión y lograr el control de esta enfermedad en el departamento..

EVALUACION PRUEBAS DE SENSIBILIDAD REALIZADAS EN EL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA ANTIOQUIA 2004 -2006

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el Plan de Atención Básica Departamental priorizó en el Programa Control de Tuberculosis la vigilancia epidemiológica de la multidrogorresistencia (MDR), para evaluar la circulación de las cepas resistentes, poder identificar la situación de la MDR en el departamento y plantear medidas de intervención. Para esta vigilancia se tiene subsidiado para toda la población del departamento independiente del régimen de afiliación, las pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti TB a través del Laboratorio Departamental de Salud Pública el cual está inscrito en el programa de control de calidad con el Instituto Nacional de Salud para estas pruebas.

El Departamento de Antioquia cuenta con un total de 380 laboratorios clínicos públicos y privados, los cuales hacen parte de la red de laboratorios quienes participan directamente en este programa con el envío de los cultivos para la identificación de las cepas y realización de la prueba de sensibilidad.

Entre los años 2004 a 2006 se recibieron en el LDSP, 548 muestras para pruebas de sensibilidad. Los laboratorios de la red Metrosalud son la institución que más muestras envía, con un promedio de 100 muestras por año, en los dos últimos años explicable por ser Medellín el municipio que aporta el 70% de los casos de Tuberculosis del Departamento.

ESTADO FINAL DE LOS CULTIVOS ENVIADOS PARA ESTUDIO DE PRUEBAS DE SENSIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS ANTI-TUBERCULOSOS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA AÑOS 2004 AL 2006

Año	Cultivo Contaminado	Cultivo Negativo	Menos 20 colonias	Cultivo Positivos	Total General
2004	4	30	3	54	91
2005	12	71	7	146	236
2006	13	94	6	108	221
Total General	29	195	16	308	548

Del total de 548 muestras recibidas en el Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, se obtuvo un 57% de cultivos positivos. Cultivos con menos de 20 colonias, el 3% muy importantes para el diagnóstico, pero con dificultades para las pruebas de sensibilidad por no ser representativa la población bacilar para las pruebas de sensibilidad, Además se observa que un 5% de las muestras procesadas se contaminaron, parámetro que se debe revisar en el procesamiento técnico en los laboratorios de la red ya que es un factor causante de la no oportunidad para el diagnóstico del paciente.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LAS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD EN LOS AÑOS 2004 AL 2006 EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

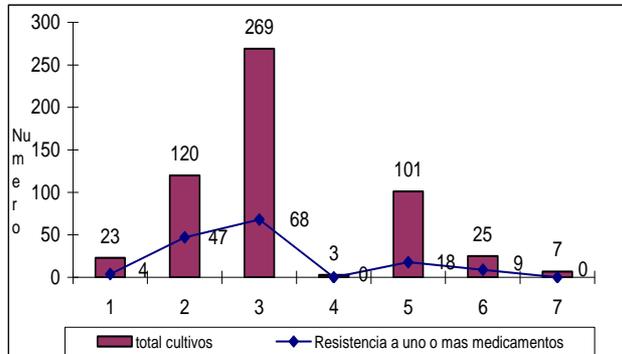
	2004	2004	2005	2005	2006	2006
	FEM	MASC	FEM	MAS	FEM	MAS
TOTAL-548	27	64	80	156	75	146
PORCENTAJE	29.6%	70.4%	33.8%	66.2%	33.9%	66.1%

De acuerdo a la información, la distribución por género, fue mayor en el masculino, con un comportamiento similar en todos los grupos de edad. Encontrando el mayor número de pacientes entre los 35 a 54 años, esto relacionado con el comportamiento normal de la enfermedad en el Departamento.

TIPO DE PACIENTE SEGÚN CRITERIO PARA PRUEBAS DE SENSIBILIDAD EN EL LDSP EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2004 - 2006

Parámetro	1	2	3	4	5	6	7
Total	23	120	269	3	101	25	7
Resistencia a uno o + medicamentos	4	47	68	0	18	9	0
% resistencia	17.4	39.1	25.2	0	17.8	36.0	0

- 1. Pte VIH (+) .
- 2. Pte 4to mes de Tto Bk+
- 3. Antecedente Historico.
- 4. Trabajador de la Salud
- 5. Extrapulmonar.
- 6. Contacto MDR
- 7. Abandono.



En relación al tipo de paciente se tienen los criterios de ingreso de acuerdo a los parámetros establecidos en el programa y relacionados en el formulario de Solicitud de pruebas de sensibilidad a los medicamentos Anti-tuberculosos.

Los parámetros son los siguientes:

1. Paciente con HIV ó SIDA a quien se le haya diagnosticado una Tuberculosis
2. Paciente que al cuarto mes de tratamiento continúa con baciloscopia positiva
3. Paciente con antecedente histórico y de tratamiento para Tuberculosis que desarrolle un nuevo episodio.
4. Todo trabajador de la salud a quien se le diagnostique una Tuberculosis
5. Todo paciente con diagnóstico de una Tuberculosis extrapulmonar
6. Contacto de paciente con resistencia o multi-resistencia demostrada.
7. Abandono de tratamiento

En la información procesada podemos apreciar que el paciente con antecedente histórico de tuberculosis es a quien mas se le solicitan el estudio de resistencia, cumpliendo con los parámetros establecidos en el programa.

Es importante resaltar que en este grupo de pacientes, no se presenta el mayor % de resistencia, hay un 75% de estos que posiblemente tuvieron dificultad en el tratamiento lo que los llevó a un reingreso en el programa.

Los mayores porcentajes de resistencia se encontraron en los pacientes que al cuarto mes de tratamiento continúan con Bk+, y los pacientes contactos de enfermos con MDR. Por esto es tan importante continuar evaluando los pacientes con los controles bacteriológicos que garantizan la evaluación de la respuesta al tratamiento con estos fármacos.

TIPO DE MUESTRA PROCESADA PARA EL MONTAJE DE LOS CULTIVOS DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE SENSIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS ANTI. TB. LDSP

Antioquia en los 2004 a 2006

Tipo de Muestra	2004	2005	2006	%	Total
Biopsia	3	14	9	4.7	26
Espuito	63	186	183	78.8	432
Ganglio	6	6	5	3.1	17
Jugo Gástrico	5	0	2	1.3	7
LCR.	4	6	4	2.6	14
Lavado Bronquial	1	5	2	1.5	8
Otros Líquidos Estériles	4	10	11	4.6	25
Orina	3	4	3	1.8	10
Secreciones	2	5	2	1.6	9
Total	91	236	221	100	548

La muestra de espuito, sigue siendo la más utilizada para el montaje de cultivos para el estudio de pruebas de sensibilidad, representando el 79% del total de cultivos recibidos, seguido de las biopsias y otros líquidos estériles con un 4.7%.

PREVALENCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS - LDSP -ANTIOQUIA 2004-2006

Medicamento	2004		2005		2006		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Isoniacida (H)	1	1.1	17	7.2	4	1.8	22	4.0
Rifampicina (R)	1	1.1	1	0.4	5	2.3	7	1.3
Etambutol (E)	0		1	0.4	2	0.9	3	0.5
Estreptomina (S)	4	0.7	22	9.3	13	5.9	39	7.1
Monoresistencia	6	6.6	41	17.3	24	10.8	71	12.9
(MDR) H+R	4	0.7	27	11.4	12	5.4	43	7.8
Resistencia Global	10	10.9	68	28.8	36	16.3	114	20.8

La resistencia a los medicamentos fue analizada de acuerdo a los medicamentos utilizados en el esquema de tratamiento de la guía de tuberculosis del Ministerio de la Protección Social.

El total de pacientes evaluados en el departamento durante estos tres años corresponden según los criterios la mayoría de ellos a pacientes con algún antecedente de tuberculosis. Las cepas MDR se presentaron en el 7.8% en el total de los pacientes evaluados, se puede observar que el año 2005 fue el porcentaje mas alto, con un 11.4%, cabe anotar que este fue el año de mayor captación por la participación de Antioquia en el estudio nacional.

La monoresistencia de *M. tuberculosis* esta en un 12.9%, observando el % mas alto a la estreptomina (S) con un 7.1%, seguida de la Isoniacida (H) con 4%.

medicamentos. Colombia 2004 – 2005, se observa que la resistencia en el país no ha aumentado de manera significativa y la MDR presenta una ligera tendencia al aumento. En el estudio nacional en casos no tratados la MDR fue e 2.38%, porcentaje que aún está por debajo del esperado a nivel mundial, (mayor de 3%).

En Antioquia no contamos con este estudio en pacientes sin antecedentes de tratamiento, pero el estudio nacional es representativo para Antioquia.

Además la monoresistencia en el país es baja. De igual manera en Antioquia no vemos un cambio significativo en los parámetros evaluados.

Esperamos continuar realizando esta evaluación en el departamento y mantener la Estrategia TAS y la vigilancia a la multidrogorresistencia para el control del programa.

CONCLUSIONES

En el ultimo estudio de Vigilancia de la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a los