

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN



SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

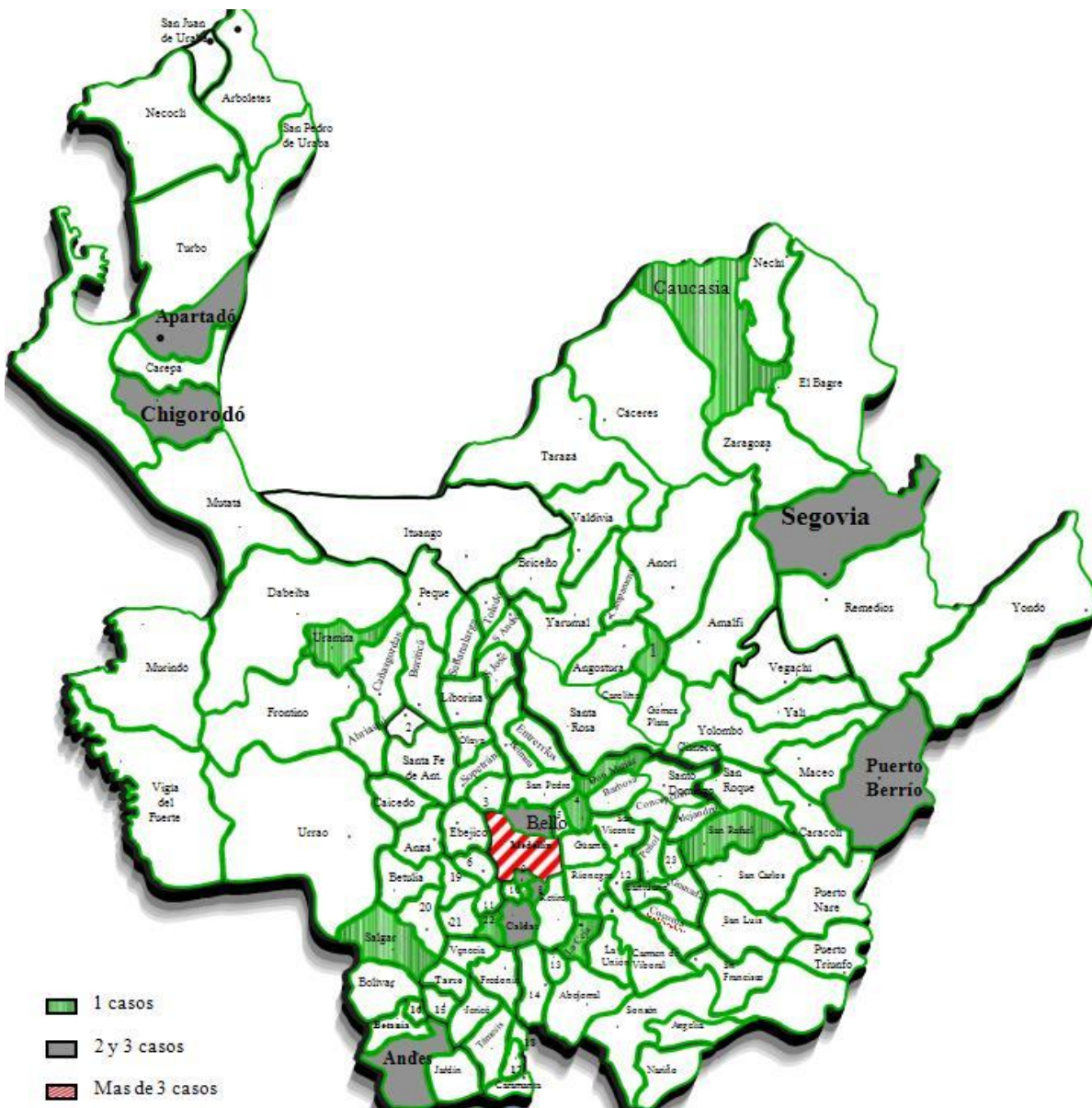
ANALISIS DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS ANTIOQUIA PRIMER SEMESTRE 2011

Por: Margarita Rosa Giraldo C. Bacterióloga epidemióloga. Dirección Atención a las Personas. Ivan Fernando Pardo, Profesional contratista, Yamile Rivas Bedoya practicante de sistemas de información en salud.

Teniendo en cuenta que Antioquia es uno de los departamentos del país que más carga de enfermos por tuberculosis (TB) aporta, y que las muertes por TB corresponden al 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo, se debe reforzar cada vez más la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, para lograr tener un diagnóstico y tratamiento oportuno evitando tantas muertes o secuelas a causa de esta enfermedad. En los últimos 5 años la incidencia por TB ha tenido leve incremento, comportamiento que registra en el 2010, 40 casos por cada 100.000 habitantes, y en el primer semestre del año 2011 una incidencia de 33 casos por 100.000 habitantes, indicador que ubica a Antioquia entre el grupo de los departamentos de alta incidencia en el país.

En el año 2010 se presentaron 131 muertes por esta causa y para este primer semestre del 2011, 97 muertes, lo que indica que la tuberculosis continua siendo un grave problema de salud pública, teniendo en cuenta que estas muertes están entre el grupo de las muertes evitables, y si queremos mantener el compromiso adquirido con el Plan estratégico Colombia Libre de tuberculosis (2006-2015), debemos reunir esfuerzos entre todos los actores del sistema y fortalecer el programa de control de la tuberculosis, para el logro del 85% de curación, indicador que mide el efectivo control del programa, que a la fecha solo lo logran muy pocos municipios del departamento.

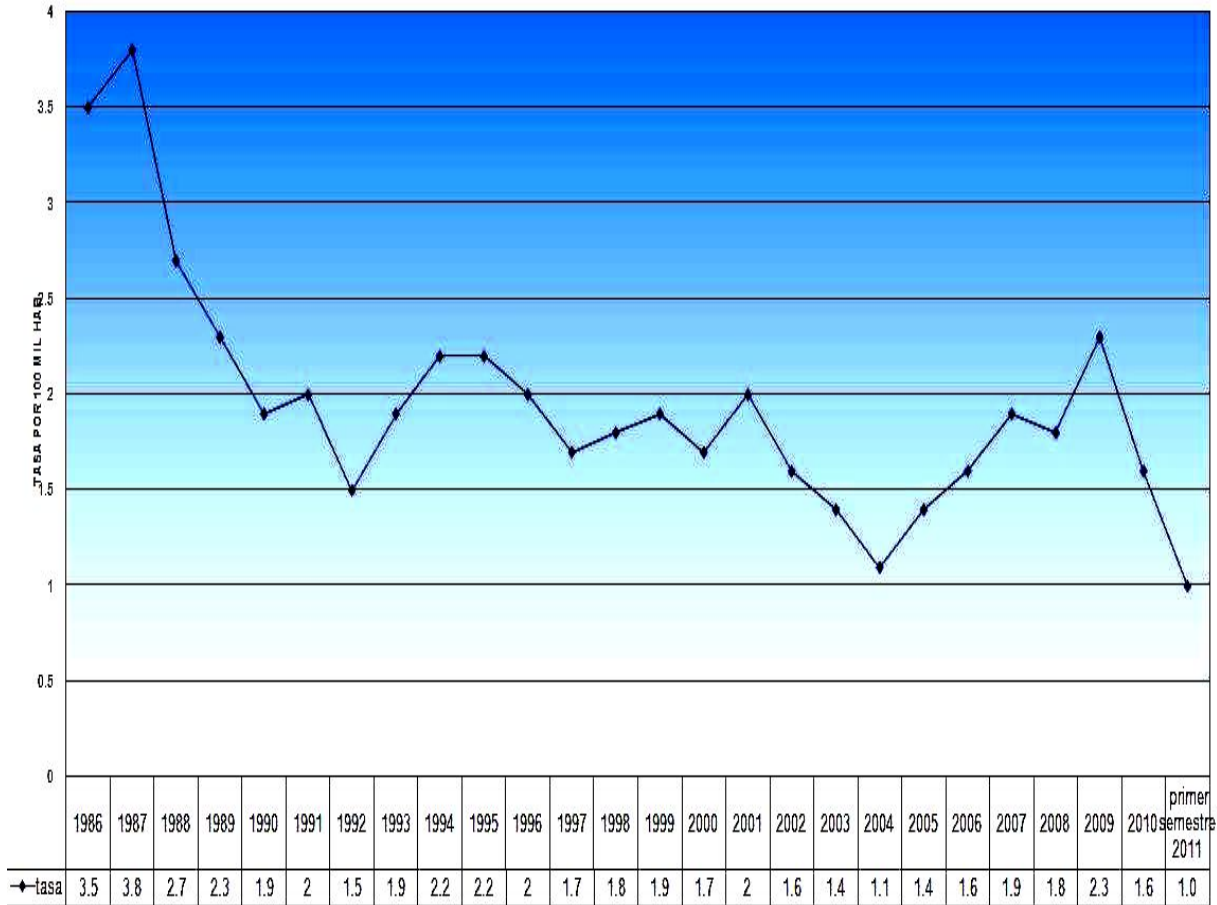
Figura 1: Casos Mortalidad Tuberculosis Por Municipios. Antioquia Primer Semestre 2011



Fuente Datos: DANE 2011

De los 125 municipios del departamento en el 16%, de ellos, se han notificado muertes por esta enfermedad para este primer trimestre del 2011. Los municipios que registraron, al menos un caso de muerte por tuberculosis son: Caucasia, Uramita, Don Matías, Guadalupe, la Ceja, San Rafael, Amagá, Salgar, Girardota, Sabaneta, y los que registraron entre 2 y 3 casos son: Puerto Berrío, Apartadó, Chigorodó, Segovia, Andes, Bello, Caldas, Envigado e Itagüí, el municipio de Medellín registró un total de 47 casos, siendo este uno de los municipios de más alta incidencia de tuberculosis en el departamento.

Figura 2: Tendencia de la Mortalidad Por Tuberculosis Pulmonar Antioquia 1986- 2011 primer semestre.



Fuente Datos: DANE 2011

En el año 2010 se notificaron por SIVIGILA 2350 casos nuevos de tuberculosis en el departamento y para este año 2011, hasta la semana epidemiológica número 35 se han notificado 1999 casos, de los cuales 1543(78%) son TB pulmonar y 456, el 22% TB Extrapulmonar.

De los casos notificados en el 2011, el 4% han fallecido por TB, (79 pacientes), La forma de tuberculosis pulmonar aporta el 78% de los casos de mortalidad por tuberculosis, correspondiente a una tasa de 1.0 por 100.000 habitantes. Situación que debe ameritar un análisis de cada caso, evaluar la causalidad del evento y proponer el plan de mejora.

Si observamos la tendencia de mortalidad por tuberculosis pulmonar, en los últimos 20 años vemos un descenso significativo comparado con los años sesenta, pero en este siglo que contamos con las herramientas para el control se deben fortalecer las estrategias.

La tasa de mortalidad por TB todas las formas, para el año 2010 fue de 2.2% y en este primer semestre del año es de un 1.3%, de continuar con esta tendencia no lograremos la meta de disminución del 50% para el año 2015.

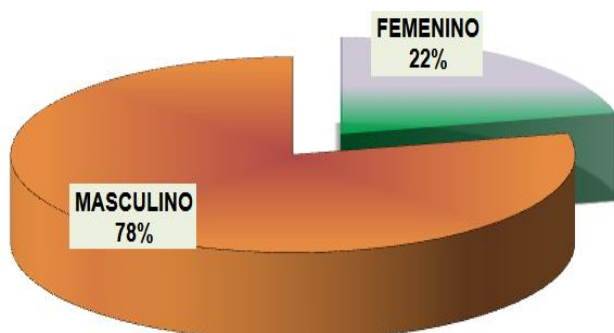
Tabla 1. Casos De Mortalidad Por Tuberculosis, Según Región, Antioquia Primer Semestre 2011

REGION	%	TB EXTRA PUL	TB PULMONAR
MAGDALENA MEDIO	3.79	0	3
BAJO CAUCA	1.27	0	1
URABA	3.79	3	1
NORDESTE	2.53	1	1
OCCIDENTE	1.27	1	0
NORTE	2.53	0	2
ORIENTE	2.53	1	1
SUROESTE	6.33	1	4
VALLE DE ABURRA	74.7	10	49
TOTAL	100	17	62

La mortalidad al igual que la morbilidad está distribuida por regiones posibilitando las acciones de intervención y localización de pacientes.

Para este primer semestre la región que más muertes reportó es el Valle Aburrá con 75 casos por cada 100 habitantes., seguida por suroeste con 6 casos por cada 100 habitantes, y posteriormente por magdalena medio, uraba, bajo cauca, nordeste, occidente, norte, oriente con casos entre 1 y 4 muertes por cada 100 habitantes.

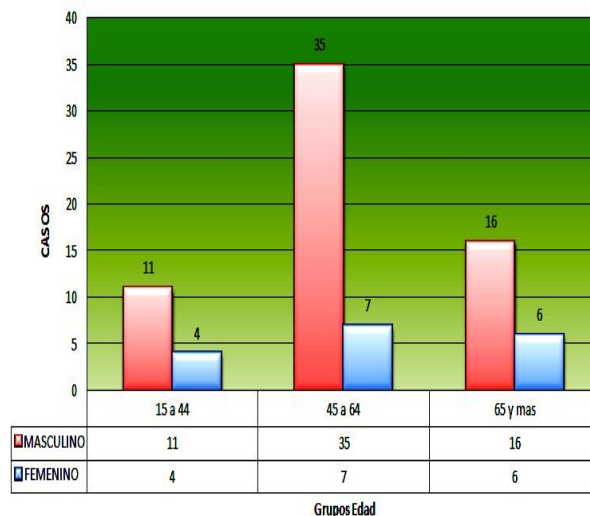
Figura 3: Distribución Porcentual de Casos Mortalidad TB Todas Las Formas, Según Sexo. Antioquia Primer Semestre 2011



■ FEMENINO ■ MASCULINO

Fuente Datos: DANE 2011 Las fallecidas en el primer semestre de 2011, 62 corresponden al sexo masculino (78%) y 17 al sexo femenino (22%). Situación que muestra una diferencia significativa, y al igual que para la incidencia; la mortalidad por tuberculosis se presenta más en los hombres que en las mujeres, Situación preocupante por ser estos, los que más tardan en consultar y se convierten en una de las formas de mantener el bacilo circulando en la población, lo que lleva a replantear las estrategias de captación para este grupo poblacional.

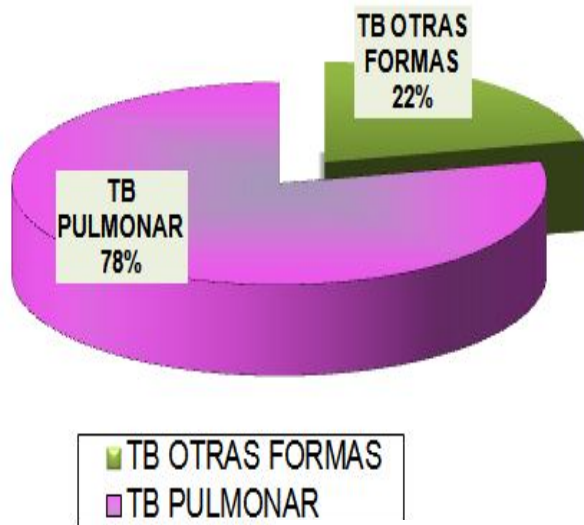
Figura 4: Distribución de Casos de Mortalidad TB Todas Las Formas, Según Grupos de Edad Y Sexo. Antioquia Primer Semestre 2011



Fuente Datos: DANE 2011

Los rangos de edad de las personas que fallecieron por tuberculosis en el primer semestre del 2011 oscilan entre 15 y 96 años, Siendo el grupo de 45 a 64 años el que más muertes presento con un total de 42 casos.

Figura 5: Porcentaje de Casos Mortalidad TB Según Tipo. Antioquia Primer Semestre 2011

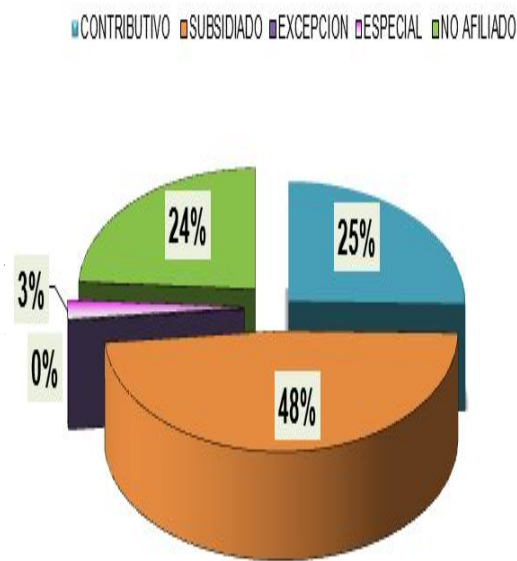


Fuente Datos: DANE 2011

Según la figura 5, la mortalidad representa un 78%, de los casos, con respecto a las demás formas de tuberculosis.

Se deben fortalecer las estrategias de atención en estos casos pulmonares, por ser de las formas con mayor probabilidad de curación, siempre que se apliquen las acciones de control incluidas en las guías de atención de salud pública, como son, una buena captación de sintomáticos respiratorios, un tratamiento oportuno y debidamente supervisado, acciones que disminuyen el riesgo de propagar el bacilo en la población, y contribuyen al logro del Plan Colombia libre de tuberculosis.

Figura 6: Distribución Porcentual de Casos Mortalidad TB Según Tipo de Régimen De Seguridad Social. Antioquia Primer Semestre 2011



Fuente Datos: DANE 2011

De los 79 casos de mortalidad por tuberculosis, un 48% corresponden a afiliados al régimen subsidiado, un 25% eran del régimen contributivo, un 24% no afiliados y un 3% régimen especial. Lo que nos deja ver un panorama de salud donde sigue siendo la población de régimen subsidiado la que más muertes presenta por esta y muchas otras causas.

la notificación de la mortalidad y ajuste del caso en el SIVIGILA.

ANÁLISIS DE CASOS DE MUERTE POR TUBERCULOSIS

OBJETIVO

Evaluar los casos de tuberculosis en los cuales el estado final sea muerte, mediante una metodología basada en las “cuatro demoras”, que permita revisar de manera integral la ruta de atención del caso y establecer los factores determinantes individuales y colectivos entorno a la mortalidad, para la formulación de acciones de mejoramiento.

INSUMOS NECESARIOS PARA LA UNIDAD DE ANÁLISIS

- Certificado de defunción completamente diligenciado o impresión del documento digitalizado. (Recurso no indispensable)
- Ficha epidemiológica, en la que, una vez realizado el comité de análisis, se corregirán datos errados y se complementarán los datos ausentes; se deben enviar de inmediato al SIVIGILA los ajustes de esta información.
- Historia clínica completa diligenciada en la Red Prestadora de Salud tanto donde se manejo el caso, como donde ocurrió la muerte.
- Informe de investigación de campo – Autopsia verbal

TIEMPO DE LA REUNIÓN PARA LA UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis debe realizarse dentro de los 5 días hábiles a partir de

INTEGRANTES DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS:

IPS que atendieron el caso	Gerente o representante del área administrativa (tomador de decisiones) Responsable de la vigilancia en salud pública Un médico especialista (neumólogo o medicina interna) o medico general (para IPS de primer nivel) Un representante del área de calidad de prestación de servicios Representante Comité Infecciones intrahospitalarias.
Asegurador a (EPS-S o EPS-C)	Médico Auditor de Calidad Coordinador de Promoción y Prevención
Secretaría de Salud Municipal, ó DLS.	Secretario de Salud Pública o Responsable de la vigilancia en salud pública. Responsable del Programa de Control de la tuberculosis

CONVOCATORIA A LA REUNIÓN:

La logística y convocatoria de la reunión estará a cargo de la Aseguradora (EPS-S o EPS-C) a la cual se encuentra afiliado el caso, para las personas no afiliadas al régimen subsidiado o contributivo, la convocatoria la hará la Secretaria de Salud Municipal.

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN:

En el análisis de los casos de

tuberculosis en los cuales su estado final sea muerte, estriba en importancia la calidad de los servicios de salud desde las características de oportunidad, eficacia y eficiencia de la atención, además del acceso al servicio de salud, lo cual debe ser objeto de evaluación a fin de identificar las barreras o demoras presentes en el proceso y establecer las medidas correctivas pertinentes.

SÍNTESIS DE LA ATENCIÓN DEL CASO						
VARIABLES / DIAS	0	1	2	3	4	5
Antecedentes						
Signos y síntomas presentados (Descripción de la enfermedad actual)						
Manejo (ambulatorio/hospitalización)	CAUSAS MÉDICAS					
Diagnóstico(s) Médico(s)						
Evolución médica						
Manejo instaurado - ordenes médicas						
Ayudas diagnósticas (BK, cultivo, ADA, Rayos X, biopsia – Estudio histopatológico , otros laboratorios)						

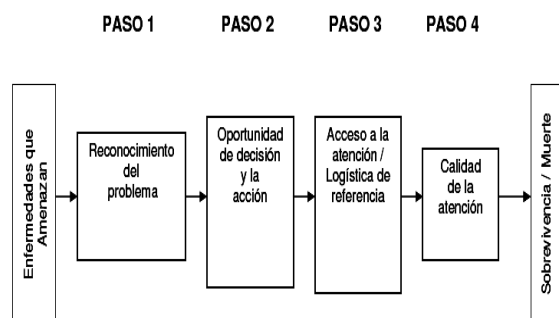
Esta síntesis de la atención se debe levantar por cada IPS donde atendieron el caso y donde ocurrió la muerte.

Metodología “la ruta de la vida - camino a la supervivencia”¹

Es un modelo analítico que permite planear intervenciones en diferentes momentos para reducir la mortalidad por tuberculosis; allí se abordan barreras traducidas en demoras que están relacionadas con las **causas no médicas** que intervienen en el estado final del caso.

A continuación se relacionan las posibles demoras que se pueden detectar durante el proceso que condujo a la muerte del caso de tuberculosis:

- Demora 1. Oportunidad del reconocimiento del problema
- Demora 2. La toma de decisión y la acción
- Demora 3. El acceso a la atención médica y a la red de referencia.
- Demora 4. La calidad de la atención médica (deficiencias de los servicios de salud)



CAUSAS NO MÉDICAS R/C LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Ejemplos:

DEMORA 1. Reconocimiento del problema a nivel individual o familiar:

- Reconocimiento del problema con prontitud.
- Reconocimiento de los factores de riesgo, signos y síntomas de alarma.
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud.

DEMORA 2. Oportunidad de la decisión de solicitar la atención:

- Presencia de inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica o para continuar en tratamiento.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención.

DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia.

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos que dificultan el traslado.
- Falta de acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.
- Remisión oportuna.

DEMORA 4. Calidad de la atención.

- Tratamiento médico adecuado y oportuno.
- Personal suficiente y capacitado en protocolo y guía de manejo.
- Evaluación y cumplimiento de protocolos.
- Deficiencia en recursos para la atención.
- Programas de promoción y prevención ineficientes.
- Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la persona.
- Atención en niveles no acordes a su gravedad.
- Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc).
- Deficiente historia clínica.
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.

Cada una de las IPS que atendieron el caso deben realizar el análisis de la situación, buscando identificar las demoras en el proceso de atención, para su respectiva intervención.

curación del 85% y disminuir la mortalidad a causa de esta enfermedad.

CLASIFICACIÓN FINAL:

CAUSAS MÉDICAS	CAUSAS NO MÉDICAS
(Relacionar...)	(Relacionar...)

- **MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS** (caso de tuberculosis en el cual el estado final sea muerte, debido a la tuberculosis como causa fundamental)
- **CASO DE TUBERCULOSIS – MORTALIDAD POR OTRA CAUSA** (caso de tuberculosis en el cual el estado final sea muerte, debido a otra causa fundamental diferente a tuberculosis - **Mortalidad con tuberculosis debida a / por otra causa**)

(Elaborar y anexar Plan de Mejoramiento – Modelo sugerido por subdirección de vigilancia y control en salud pública del Instituto Nacional de Salud).

CONCLUSIONES

Una vez más se hace énfasis en la intensificación de la búsqueda activa de los sintomáticos respiratorios, SR, a nivel departamental para lograr, la detección de casos esperados, mantener el tratamiento estrictamente supervisado, y lograr la meta de

RECOMENDACIONES

Mantener la estrategia DOTS/TAES a nivel de los municipios para aportar al Plan mundial de Detención de la Tuberculosis al año 2015.

A las IPS municipales se les hace un llamado, a Notificar oportunamente los casos un diligenciamiento completo de la información en el SIVIGILA, realizar análisis y seguimiento de los casos con un plan de mejoramiento continuo.