

Hagamos un pacto
CUÍDATE CUÍDATE

LA TUBERCULOSIS (TB)

Sandra Victoria Galarza Arboleda
Odontóloga, especialista en gestión de proyectos, especialista administración de la salud
Referente del programa de tuberculosis en poblaciones vulnerables
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Consunción, tisis, mal del rey, peste blanca o plaga blanca son algunos de los términos con que se ha conocido a la TB a través de la historia, siendo considerada una de las primeras enfermedades humanas de las que se tiene constancia. Aunque se estima una antigüedad entre 15.000 y 20.000 años, se acepta que el microorganismo que la origina evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*.¹

Definición:

“La TB es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de Koch, bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, aunque se puede presentar en otros órganos denominándose extrapulmonar. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir. “

Para algunos países la TB se considera una epidemia y un problema de salud pública, hoy en día ese problema permanece.

Síntomas:

La infección se transmite de persona a persona a través del aire; cuando un enfermo de TB pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Cuando alguien desarrolla TB activa, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc.) pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, con el consiguiente riesgo de que la bacteria se transmita a otros sujetos. Una persona con TB activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo.

Tratamiento:

La TB es una enfermedad que se puede tratar y que tiene cura. La forma activa sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos que se administran durante seis meses y que debe ir acompañada de las pertinentes tareas de información, supervisión y atención del paciente a cargo de un agente sanitario o de un voluntario capacitado para tal efecto. Sin ese apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser

¹ https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_TB (consultado en octubre de 2018)/ Turco J, Byrd M. An interdisciplinary perspective: infectious diseases and history. Am Biol Teach. 2001; 63(5): 325-335. (consultada el 14 de diciembre de 2018)

difícil, lo que propiciaría la propagación de la enfermedad. La gran mayoría de los casos tienen cura, siempre que se disponga de los medicamentos necesarios y que estos se tomen correctamente.

Se calcula que entre 2000 y 2016 se salvaron unos 53 millones de vidas gracias al diagnóstico y el tratamiento de la TB.

Factores de riesgo

La OMS, estima que más del 95% de los casos y de las muertes por TB se concentran en los países en desarrollo. Cualquier persona puede contraer TB, pero ciertos factores pueden aumentar el riesgo de padecer la enfermedad. Estos factores incluyen:

1. **Sistema inmunitario debilitado.** La OMS, reporta que la TB afecta principalmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que no significa que los demás grupos de edad estén exentos de riesgo. Un sistema inmune sano tiene mayor probabilidad de defenderse contra las bacterias y en este caso contra la TB, pero si está debilitado su eficacia para defenderse disminuye.

La OMS ha determinado que las personas infectadas por el VIH tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar TB activa. Así mismo ese riesgo también es más elevado en las personas que padecen otros trastornos que dañan el sistema inmunitario como el abuso de sustancias nocivas, el tabaquismo, la silicosis, la diabetes mellitus, la enfermedad renal grave, el bajo peso corporal, la desnutrición, el tratamiento oncológico como la quimioterapia, el uso de medicamentos para evitar el rechazo de los órganos trasplantados, algunos medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide, la psoriasis o la enfermedad de Crohn, lo mismo que las edades extremas, entre otros²

2. **Viajar o vivir en ciertas áreas.** El riesgo de contraer tuberculosis es mayor para la gente que vive o que viaja a países que tienen índices altos de esta enfermedad y de TB resistente a los medicamentos, como son África, Europa Oriental, Asia y Latinoamérica.
3. **Pobreza y la inequidad social.** Tal como lo enuncia la OMS “La pobreza es un poderoso determinante de la tuberculosis. Los entornos de vida y de trabajo abarrotados y mal ventilados, a menudo asociados con la pobreza, constituyen factores de riesgo directos para la transmisión de la tuberculosis. La desnutrición es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una enfermedad activa. La pobreza también se asocia con un conocimiento deficiente de la salud en general y una falta de diligencia para actuar sobre el conocimiento de la salud, lo que conlleva a la exposición a varios factores de riesgo de tuberculosis, como el VIH, el tabaquismo y el abuso del alcohol.”
4. **Lugar de trabajo o residencia:** Quienes trabajan o residen en lugares con gran concentración de gente, hacinamiento, mala ventilación o condiciones insalubres,

² <https://www.cdc.gov/tb/> Página revisada en octubre de 2018

umentan la probabilidad de exposición al bacilo de Koch, presentando un alto riesgo de contraer TB, por ejemplo, en instituciones como hospitales, albergues para personas desamparadas, centros correccionales, asilos de ancianos, residencias para personas con el VIH, hogares de paso, etc. Lo mismo que quienes conviven con personas que padecen la enfermedad de la TB.

TB y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Las personas con VIH tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar TB activa que las VIH-negativas.

La combinación de la infección por el VIH con la TB es letal, ya que la una acelera la evolución de la otra. En 2016 fallecieron en el mundo 374,000 personas por TB asociada al VIH según cifras de Onusida. Ese mismo año, aproximadamente un 40% de las muertes registradas en personas VIH-positivas se debieron a la TB. Se estima que en 2016 se registraron unos 1,4 millones de nuevos casos de TB en personas VIH-positivas, el 74% de ellos en África.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para reducir esas muertes un método de 12 componentes que prevé actividades de lucha conjunta contra la TB y el VIH basadas en la colaboración, en particular medidas de prevención y tratamiento de la infección y la enfermedad.”³

Vacuna

La OMS, refiere en su página que “la única vacuna existente contra la tuberculosis (TB), Bacille Calmette-Guérin (BCG), creada en 1921, tiene una eficacia protectora variable. La OMS recomienda vacunar a los bebés no infectados por el VIH con BCG, ya que proporciona protección contra las formas extrapulmonares graves (no pulmonares) de la TB pediátrica. Sin embargo, BCG no es confiable en la protección contra la tuberculosis pulmonar, que representa la mayor parte de la carga de la enfermedad en todo el mundo. Una vacuna contra la TB segura, efectiva y asequible representaría un gran avance en el control de la enfermedad”.⁴

LA TB EN EL MUNDO, LAS AMÉRICAS, COLOMBIA Y CALDAS

La TB es considerada una epidemia y una enfermedad reemergente. Sigue siendo la enfermedad infecciosa más mortífera del mundo, en el 2017, la OMS reporta que se llevó la vida de al menos 1,6 millones de personas. Ese mismo año, 10 millones de personas contrajeron la enfermedad.

La OMS en **El Reporte Mundial de la Tuberculosis 2018**, informa los siguientes datos:

³ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/TB> (consultada en diciembre de 2018)

⁴ <https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/en/> (consultada en diciembre de 2018)

La TB está presente en el mundo entero, se calcula que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial (23%) tiene TB latente, término este aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. Se estima que, de los 10 millones de personas que desarrollaron la enfermedad en 2017: 5.8 millones fueron hombres, 3.2 millones eran mujeres y 1.0 millón niños. Así mismo, de los 1,6 millones de personas que fallecieron en 2017 a causa de la enfermedad (incluidos 0,3 millones entre las personas con VIH), se estima que 230000 fueron niños (incluidos los niños con TB asociada al VIH).

A nivel mundial, en el 2017 se reportaron casos en todos los países y grupos de edad, pero en general alrededor del 87% de nuevos casos de TB se registraron en 8 de los 30 países considerados de alta carga de morbilidad por esta enfermedad, a saber, India (27%), China (9%), Indonesia (8%), Filipinas (6%), Nigeria (4%), Bangladés (4%) y Sudáfrica (3%), aportando el 61% de los nuevos casos de TB, (tabla 1). Así mismo se reportó un 3% en la región Europea y un 3% en la región de las Américas. (Tabla 2)

TABLA 1. PAÍSES DEL MUNDO CON MAYOR NÚMERO DE CASOS ESTIMADOS DE TB EN EL 2017

Nº	PAIS	% ESTIMADO DE CASOS NUEVOS
1	India	27%
2	China	9%
4	Indonesia	8%
5	Filipinas	6%
6	Nigeria	4%
7	Bangladés	4%
8	Sudáfrica	3%
	TOTAL	61%
*	Los 22 países restantes de mayor carga de TB	26%
*	Región Europea	3%
*	Región de las América	3%
*	Otros	7%
	TOTAL	100%

Fuente: Global TB 2018 REPORT Executive summary 2018.

TABLA 2. REGIONES DEL MUNDO CON MAYOR NÚMERO DE CASOS ESTIMADOS DE TB EN EL 2017

Nº	REGION	TOTAL CASOS ESTIMADOS NUEVOS	% ESTIMADO SOBRE EL TOTAL CASOS NOTIFICADOS
1	Región Asia	2.965.311	44,1%
2	Región Pacífico	1.375.548	20,4%
3	Región Africana	1.323.255	19,7%
4	Región Mediterránea	536.185	8,0%
5	Región Europea	283.406	4,2%
6	Región de las Américas	243.064	3,6%
	TOTAL	6.726.769	100,0%

Fuente: Global TB 2018 REPORT Executive summary 2018. Anexo 4

En septiembre de 2018, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS presentaron el informe regional: **Análisis de la Incidencia de la TB en las Américas**, en el cual estimó la ocurrencia de TB para el 2017: 282.000 casos nuevos y recaídas de TB para la región de las Américas, equivalente a un 3% de la carga mundial de TB (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28 por 100.000 habitantes, la tasa de incidencia más alta se observó en el Caribe (61,2 por 100.000 habitantes), seguido de **América del Sur** (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3) y se estimó que el 87% de los casos de TB se encontraban en diez países. Colombia ocupando el quinto lugar con 16.000 casos se encuentra dentro de los países con mayor número de casos estimados de ocurrencia para el 2017. Un poco más de la mitad se concentran en Brasil, Perú y México. (Ver tabla 3)⁵

TABLA 3. PAÍSES DE AMERICA CON MÁS CASOS ESTIMADOS DE TB EN EL 2017

N°	PAIS	CASOS ESTIMADOS	%
1	Brasil	91.000	32%
2	Perú	37.000	13%
3	México	28.000	10%
4	Haití	20.000	7%
5	COLOMBIA	16.000	6%
6	Venezuela	13.000	5%
7	Argentina	12.000	4%
8	Bolivia	12.000	4%
9	Estados Unidos	10.000	4%
10	Ecuador	7.200	3%
*	Resto de América	35.800	13%
TOTAL		282.000	100%

Fuente: OMS. Informe Mundial Sobre La TB 2018

En Colombia la TB es considerada como un evento de interés en salud pública, siendo una de las enfermedades trasmisibles que aporta un número importante de casos al sistema de vigilancia (Sivigila). Para el año **2017**, en nuestro país se notificaron al Sivigila **13.055** casos nuevos, con una incidencia de TB de 26,5 casos por 100,000 habitantes, según lugar de residencia. Amazonas registró la mayor incidencia con 59,0 casos por 100,000 habitantes y la de menor tasa Boyacá con 8,5 casos por 100,000 habitantes. **Caldas** registró **34.1 casos por 100,000 habitantes** (tabla 4).

⁵ OMS. Informe Mundial Sobre La TB 2018-

TABLA 4. COMPORTAMIENTO DE LA TB EN COLOMBIA, SEGÚN TIPO POR TASA DE INCIDENCIA SEGÚN ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA EN EL AÑO 2017

Entidad territorial de residencia	Casos nuevos de tuberculosis pulmonar	Incidencia *100 000 habitantes de tuberculosis pulmonar	Casos nuevos tuberculosis extrapulmonar	Incidencia *100 000 habitantes de tuberculosis extrapulmonar	Total Casos nuevos	Incidencia *100 000 habitantes
Amazonas	42	53,9	4	5,1	46	59,0
Antioquia	1854	28,0	468	7,1	2322	35,1
Arauca	84	31,3	10	3,7	94	35,1
Atlántico	281	21,8	55	4,3	336	26,1
Barranquilla	435	35,4	76	6,2	511	41,6
Bogotá	711	8,8	343	4,2	1054	13,0
Bolívar	106	9,4	20	1,8	126	11,2
Boyacá	84	6,6	25	2,0	109	8,5
Caldas	293	29,5	45	4,5	338	34,1
Caquetá	166	33,9	27	5,5	193	39,4
Cartagena	265	25,9	61	6,0	326	31,8
Casanare	147	39,8	21	5,7	168	45,5
Cauca	192	13,7	53	3,8	245	17,4
Cesar	309	29,3	60	5,7	369	35,0
Choco	185	36,3	25	4,9	210	41,2
Córdoba	187	10,6	50	2,8	237	13,4
Cundinamarca	320	11,6	92	3,3	412	14,9
La Guajira	253	25,0	41	4,0	294	29,0
Guaviare	41	35,9	5	4,4	46,0	40,3
Guainía	11	25,7	4	9,4	15,0	35,1
Huila	285	24,1	40	3,4	325	27,5
Magdalena	115	14,6	21	2,7	136	17,3
Meta	419	42,0	57	5,7	476	47,7
Nariño	128	7,2	29	1,6	157	8,8
Norte Santander	401	29,1	46	3,3	447	32,4
Putumayo	74	20,9	18	5,1	92	26,0
Quindío	163	28,5	33	5,8	196	34,3
Risaralda	374	38,9	111	11,5	485	50,4
San Andrés	11	14,1	2	2,6	13	16,7
Santander	526	25,3	86	4,1	612	29,4
Santa Marta	145	29,0	23	4,6	168	33,6
Sucre	75	8,6	11	1,3	86	9,9
Tolima	401	28,3	65	4,6	466	32,9
Valle del Cauca	1430	33,3	253	5,9	1683	39,2
Vaupés	13	29	3	7	16	36
Vichada	24	31,8	1	1	25	33,1
Buenaventura	173	41,6	10	2,4	183	44,0
Exterior	29	0	9	0	38	0
Total	10752	21,8	2303	4,67	13055	26,5

Fuente: BES SE 36 INS 2018

Ahora bien, el **Boletín Epidemiológico Semanal (BES)** del Instituto Nacional de Salud (INS) para la semana epidemiológica **(SE) 38 de 2018**, informa que se han notificado al Sivigila **9.706** casos de TB de todas las formas, al realizar el seguimiento de la notificación en la misma semana de 2017 se notificaron 9868 casos, mostrando un leve descenso; dichos casos se distribuyen, así: ⁶

⁶ BES SE 36 INS 2018

**TABLA 5. TB POR ENTIDAD TERRITORIAL
 COLOMBIA, POR TASA DE INCIDENCIA DE 2018 (SE 1-38)**

Entidad territorial de residencia	Incidencia por 100 000 habitantes de tuberculosis pulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes de tuberculosis extrapulmonar	Incidencia por 100 000 habitantes
Amazonas	42,3	9,0	51,3
Antioquia	18,1	4,7	22,8
Arauca	24,6	2,6	27,2
Atlántico	14,1	2,8	16,9
Barranquilla	22,5	3,7	26,2
Bogotá	5,7	2,4	8,2
Bolívar	7,2	1,4	8,6
Boyacá	6,9	1,6	8,5
Caldas	18,6	3,3	21,9
Caquetá	22,7	3,9	26,5
Cartagena	14,2	4,2	18,4
Casanare	24,9	3,5	28,5
Cauca	9,0	2,6	11,6
Cesar	17,0	2,6	19,6
Choco	22,4	2,9	25,3
Córdoba	7,3	1,7	9,0
Cundinamarca	8,4	2,6	10,9
La Guajira	21,7	1,4	23,1
Guaviare	14,0	0,0	14,0
Guainía	16,4	2,3	18,7
Hulla	16,5	3,1	19,6
Magdalena	10,6	1,0	11,6
Meta	24,3	4,1	28,5
Nariño	5,0	1,3	6,3
Norte Santander	21,1	3,6	24,7
Putumayo	18,1	2,8	20,9
Quindío	21,5	4,7	26,2
Risaralda	24,8	8,3	33,1
San Andrés	12,9	1,3	14,1
Santander	16,7	2,8	19,5
Santa Marta	19,6	4,0	23,6
Sucre	4,6	1,0	5,6
Tolima	17,2	4,0	21,3
Valle del Cauca	20,6	4,5	25,1
Vaupés	15,7	13,5	29
Vichada	10,6	2,7	13,3
Buenaventura	21,9	2,2	24,1
Total	14,5	3,2	17,7

Fuente: BES SE 36 INS 2018

En el informe: **TB en el departamento de Caldas. Año 2017**, generado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), los casos de TB en Colombia, tienen una tendencia constante al incremento, Caldas no hace la diferencia, a excepción de algunos años donde se muestra una disminución de casos en Caldas por ejemplo en 2009 y 2011 cuando se registró un leve descenso. (Tabla 6).

TABLA 6. CASOS DE TB EN COLOMBIA, ANTIOQUIA, CALDAS, QUINDÍO Y RISARALDA, POR 100,000 HABITANTES, AÑOS 2007 A 2017

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Colombia	8267	6501	11845	11446	11519	12596	13223	12132	14025	14837	12999
Antioquia	702	250	3094	2367	2502	2287	2707	2290	2741	2705	2379
Caldas	193	245	213	220	204	213	277	292	321	341	343
Quindío	227	339	376	235	303	248	199	244	222	224	198
Risaralda	487	257	348	242	433	483	508	426	532	651	508

Fuente Sivigila, INS. Informe: TB en el Departamento de Caldas. Año 2017

“Los municipios de Caldas que aportan mayor carga de enfermedad desde el año 2000 al 2017 son **Manizales, 1516 casos** (36,55%), **La Dorada, 825 casos** (19,89%), **Chinchiná, 643 casos**, (15,50%), Palestina, 146 casos, (3,52%), Riosucio, 140 casos (3,37%), Villamaría 122 casos (2,94%), Anserma 99 casos (2,38%), Supía 84 casos (2,02%), en total estos municipios en el periodo analizado aportaron el 86% de los casos del departamento. (Tabla 7).

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB PULMONAR POR MUNICIPIOS DE RESIDENCIA. CALDAS AÑOS 2000 A 2017

MUNICIPIOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Manizales	25	35	52	80	52	60	72	65	98	97	97	78	101	125	111	113	123	132
Aguadas	0	1	1	2	4	1	3	1	1	2	0	1	1	1	2	2	2	3
Anserma	5	2	3	8	7	1	17	6	3	3	4	3	5	10	6	4	7	5
Aránzazu	1	2	2	1	1	1	0	2	1	29	1	0	1	1	3	2	3	3
Belalcázar	6	1	0	4	6	3	3	0	1	0	1	0	1	2	1	4	1	2
Chinchiná	17	19	25	36	27	19	23	31	34	8	38	58	36	51	52	59	52	58
Filadelfia	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	1	0	4	2	1	2	1	2
La Dorada	30	31	28	55	79	48	43	39	53	40	43	32	23	19	43	70	83	66
La Merced	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	3
Manzanares	1	0	2	0	2	0	0	0	1	2	1	1	1	3	0	1	3	1
Marmato	0	0	0	1	2	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	3	1	0
Marquetalia	0	0	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	3	2	0	2	1	1
Marulanda	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Neira	2	2	3	5	3	4	3	3	4	2	1	3	5	9	10	9	8	6
Norcasia	5	0	4	2	2	6	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	0
Pacora	1	2	2	0	0	2	1	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	0
Palestina	6	4	5	14	8	9	6	9	7	3	14	6	4	12	10	9	11	9
Pensilvania	2	1	0	8	2	4	1	5	3	2	2	2	0	0	1	2	2	4
Riosucio	10	7	7	6	14	6	6	5	6	1	5	6	7	13	15	9	10	7
Risaralda	3	0	2	2	1	4	0	2	2	1	1	1	2	1	6	0	3	1
Salamina	1	0	0	2	5	1	0	3	1	6	2	5	3	3	2	2	2	3
Samaná	3	4	3	2	2	1	2	0	0	0	2	2	2	3	1	0	3	5
San José	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	3
Supía	6	3	3	8	2	4	5	5	9	3	1	1	3	6	7	6	6	6
Victoria	0	2	2	6	4	2	0	0	3	2	0	0	1	0	3	3	2	2
Villamaría	6	1	3	7	4	1	8	10	7	6	2	2	6	8	13	10	10	18
Viterbo	2	3	5	8	3	4	2	3	3	3	1	1	1	2	1	3	3	3
TOTAL	134	123	154	259	234	184	197	193	245	213	220	204	213	277	292	321	341	343

Fuente Sivigila, INS. Informe: TB en el Departamento de Caldas. Año 2017

Para la SE 47 de 2018, en **Caldas**, se reportaron **329*** casos de TB al Sivigila y a la **SE 47** en el libro de programa se reportaron **343*** casos. La diferencia se asocia a la falta de concordancia

COMPARACIÓN CASOS DE TB TODAS LAS FORMAS ENTRE COLOMBIA Y CALDAS EN EL PERIODO 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	Semana 47 de 2018
Total casos de TB todas la formas en Colombia	12132	14025	14837	12999/ 13055*	SD
Total casos de TB todas la formas en Caldas	336	325	306	380	329* 343*

Fuentes: Libro de Programa para Caldas, y los datos de Colombia según el Sivigila.

Podemos evidenciar que la TB es una enfermedad que no es ajena a nuestra región, y según los reportes generados por el programa de TB y lepra de la DTSC, vivimos la misma problemática mundial, relacionada esta con el control y finalización de tratamientos exitosos. Entre la población que se encuentra con mayor deserción del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) encontramos: la vulnerable como los habitantes de la calle y los indígenas.

“Para mejorar urgentemente las tasas de detección, diagnóstico y tratamiento, **la OMS, la Alianza Alto a la Tuberculosis y el Fondo Mundial** presentaron en 2018 una nueva iniciativa —*Find. Treat. All. #EndTB* n— que establece la meta de brindar atención de calidad a 40 millones de personas con tuberculosis entre 2018 y 2022”.

El 26 de septiembre de 2018, en Nueva York, se celebró la 73° sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los dirigentes mundiales, incluidos los de Colombia, reunidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas se han comprometido a garantizar que 40 millones de personas que padecen TB reciban la atención que necesitan desde ya, hasta finales de 2022. Además, han decidido ofrecer tratamiento profiláctico a 30 millones de personas para evitar que contraigan la enfermedad.

La declaración política propuesta para esta reunión, fija una hoja de ruta a fin de actuar más rápidamente y poner fin a la TB, de conformidad con la previsión y los objetivos establecidos para 2030. ⁷

La Dirección Territorial de Salud de Caldas, no ha escatimado sus esfuerzos para prevenir y controlar este flagelo en el departamento, y en respuesta a esta necesidad, unido a las estrategias mundiales, ha mantenido conformado un grupo de trabajo comprometido con las metas de la estrategia hacia el fin de la TB, de la mano con las ESE y las EAPB, brindándoles asesorías, asistencias técnicas y seguimientos a los casos de TB en nuestro

⁷ WHO / CDS / TB / 2018.33 <https://www.who.int/tb/publications/2018/PPMlandscape/en/>

departamento de manera permanente, y ha realizado una invitación seria a la articulación y necesidad del trabajo intersectorial con las diferentes secretarías de despacho, para cumplir con las metas propuestas y ser líderes a nivel regional y nacional para el control de la misma.

Además, participa desde años atrás de manera activa en el comité regional de casos especiales de TB del Quindío (CERCET), donde se analizan los casos de pacientes multidrogo resistentes.

En el 2018 gestionó la unión *ad honorem* del referente nacional doctor Oscar Jaramillo Robledo al programa de TB de la DTSC, quien junto con el grupo de investigación GRAM aportan sus conocimientos en beneficio del programa de TB.

En el año 2018, desde el programa de TB y lepra de la DTSC, teniendo en cuenta la necesidad de un abordaje diferenciado de la TB para la población habitante de la calle y población indígena que reside en nuestro departamento, y para culminar exitosamente el tratamiento, inició un proyecto que permitió conocer más de cerca la problemática relacionada con esta población, para el diagnóstico oportuno y la adherencia al tratamiento una vez diagnosticado.

Este proyecto inició su desarrollo en agosto de 2018 con las siguientes estrategias:

Para población indígena con TB:

- Iniciar la construcción de la ruta de atención integral étnico-cultural, que permita visibilizar la problemática de la tuberculosis en 11 municipios del departamento de Caldas (Risaralda, Riosucio, Supía, Marmato, Belalcázar, Anserma, San José, Palestina, Neira, Filadelfia y Viterbo) con asentamientos indígenas, considerados población vulnerable y de riesgo, acorde al plan estratégico **Hacia el fin de la tuberculosis Colombia 2016-2025**.
- Presentar borrador del módulo de educación en el marco de las acciones interculturales en salud y articulado con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los municipios de Risaralda, Belalcázar, Riosucio y San José, con énfasis en tuberculosis y, la articulación que se propone dar desde la medicina tradicional y occidental en el tratamiento de la tuberculosis en las comunidades indígenas.
- Realizar mecanismos de gestión y coordinación bimestral con las direcciones locales de salud, empresas administradoras de planes de beneficio e instituciones prestadoras de servicios de salud, que atienden población indígena, garantizando la canalización, evaluación y monitoreo de la tuberculosis.

Para población habitante de calle con TB:

- Realizar gestiones con las administraciones municipales para la construcción de la mesa de habitante de calle y TB, en los municipios de Chinchiná, La Dorada y Manizales, mediante reuniones bimestrales.
- Iniciar la caracterización de la población habitante de calle con diagnóstico de tuberculosis en el departamento de Caldas, conforme a las directrices dadas por la DTSC.

Para el 2019 dentro del programa de TB, con la población vulnerable (como los habitantes de la calle y población indígena), se realizará entre otros, la búsqueda de pacientes “perdidos” con diagnóstico de TB, esta actividad se realizará de la mano con los programas municipales de TB y se analizará la nueva hoja de ruta lanzada en septiembre de 2018, por la OMS en la sesión 73° de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

RESUMEN CASOS DE TUBERCULOSIS NIVEL NACIONAL Y REGIONAL PERIODO 2014 – 2018.

	2014	2015	2016	2017	Semana 47 de 2018
Total casos de TB todas la formas en Colombia	12132	14025	14837	12999/ 13055*	SD
Total casos de TB todas la formas en Caldas	336	325	306	380	329* 343*
Total casos de TB todas la formas en Caldas en población habitante de calle	4	22	12	5	10
Total casos de TB todas la formas en Caldas en población indígena	22	9	4	12	14

Fuentes: Libro de Programa para Caldas, y los datos de Colombia según el Sivigila.

Referencias Bibliográficas

1. Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006,35).
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS, 2006. ISBN 92 75 32673 8.
3. World Health Organization. Stop TB Partnership. Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: a handbook for country programmes. Washington, D.C: OPS, 2007. ISBN 978 92 4 159618 3.
4. World Health Organization Global Tuberculosis Control Who Report 2009. ISBN 978 92 4 156380 2.
5. World Health Organization. Stop TB Dept. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. WHO/HTM/TB/2008.401.
6. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. WHO/HTM/TB/2008.402.
7. Organización Panamericana de la Salud. Involucrar a todos los proveedores en salud en el control de la Tuberculosis. Orientación para la implementación del abordaje público-privado – APP. WHO/HTM/TB/2005.360.
8. World Health Organization. Stop TB partnership. The global MDR-TB & XDR-TB Response Plan 2007 – 2008. (WHO/HTM/TB/2007.387).
9. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2008 ISBN: 978-92-75-32937-5.
10. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia de Tuberculosis. 2007.
11. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral de Tuberculosis. Resolución 412 de 2000.
12. Observatorio Social de Caldas. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Manizales, Caldas, Colombia: http://190.14.226.29/#sub_menu_paginas