



**GOBERNACIÓN
VALLE DEL CAUCA**

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Salud Pública

INFORME DE EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA ENFERMEDADES POR MICOBACTERIAS

**Lepra
Tuberculosis Pulmonar
Tuberculosis Extrapulmonar
Tuberculosis Meníngea
Tuberculosis Farmacorresistente**

VALLE DEL CAUCA, 2018



INFORME DE EVENTO LEPROA VALLE DEL CAUCA, 2018

*María Eugenia Ortiz Carrillo
Referente evento Micobacterias
Subsecretaria de Salud Pública
Secretaria de Salud Departamental del Valle*

1. INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium leprae*, su manifestación es de tipo crónico y presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas en la piel y los nervios periféricos. “La patogenia de la lepra es multifactorial y depende tanto de factores genéticos determinantes de la resistencia o susceptibilidad, como de la virulencia del germen, el tamaño del inóculo, la frecuencia y duración de la exposición al *M. leprae*, entre otros” (1).

Esta enfermedad es de distribución mundial sin embargo en algunas partes del mundo se considera en erradicación, aunque existen zonas y países donde se considera endémica. Durante la última década, el control de la Lepra se ha enfocado en la detección oportuna de nuevos casos y el suministro de poliquimioterapia (PQT), la implementación de servicios especializados en la atención y manejo de discapacidades y en el seguimiento a los contactos.

En Colombia, la Lepra es un tema de preocupación debido a la drástica disminución de casos, generando en el personal de salud y la comunidad en general la premisa de que la enfermedad ya se encuentra erradicada o eliminada, por lo que se evidencia disminución o ausencia de actividades de búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico, dificultades en la identificación de casos sospechosos, falta de oportunidad en el diagnóstico y manejo de los casos.

En Colombia se cuenta con un plan denominado “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen 2016-2025” que tiene por objeto Disminuir la prevalencia de Enfermedad de Hansen para mantener el cumplimiento de los criterios internacionales de eliminación de la Enfermedad de Hansen hasta alcanzar indicadores que den cuenta de ninguna o una mínima transmisión



Para lograr el anterior resultado se establecen metas generales encaminadas a disminuir a 2021 la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes y lograr reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015. A 2025 disminuir la discapacidad grado dos por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,46 casos por un millón de habitantes y reducir la Enfermedad de Hansen infantil, en 100% con respecto a la línea de base 2015.

2. OBJETIVO GENERAL

Describir el comportamiento epidemiológico del evento Lepra en el Valle del Cauca durante el año 2018, con el fin Presentar información sobre las características clínicas y epidemiológicas y determinar los indicadores de vigilancia para el evento.

3. METODOLOGÍA

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de las variables en cuanto a persona, tiempo y lugar. Este informe se elaboró con base en datos suministrados por la notificación realizada al Sivigila durante el año 2018; se utiliza como herramientas para el análisis Microsoft Office Excel; previo al análisis de los datos se realizó una depuración de la base de datos con el fin de verificar la calidad de los mismos y eliminar los registros que se encuentren repetidos o duplicados.

El plan de análisis incluyó estadística descriptiva mediante análisis univariado del comportamiento y la tendencia del evento durante este año comparado con años anteriores. El análisis se realizó en términos de persona, tiempo y lugar en el territorio departamental con medidas de tendencia central, medidas de ocurrencia (proporción) y cálculo de frecuencias. Se analizó por municipio de residencia y para el cálculo de incidencia se usó la población DANE proyección 2018.

Se realizó análisis del comportamiento inusual de la notificación la cual utiliza un modelo de probabilidad de distribución de Poisson para determinar incremento y decremento con base en el promedio de la notificación de casos por municipio de residencia, se consideró comportamiento inusual cuando la probabilidad según la distribución Poisson fue inferior a 0,05 con aumento o disminución estadísticamente significativa de casos, para este cálculo se parte desde la notificación por semana epidemiológica desde el año 2013 al 2017 y lo notificado en el año 2018.



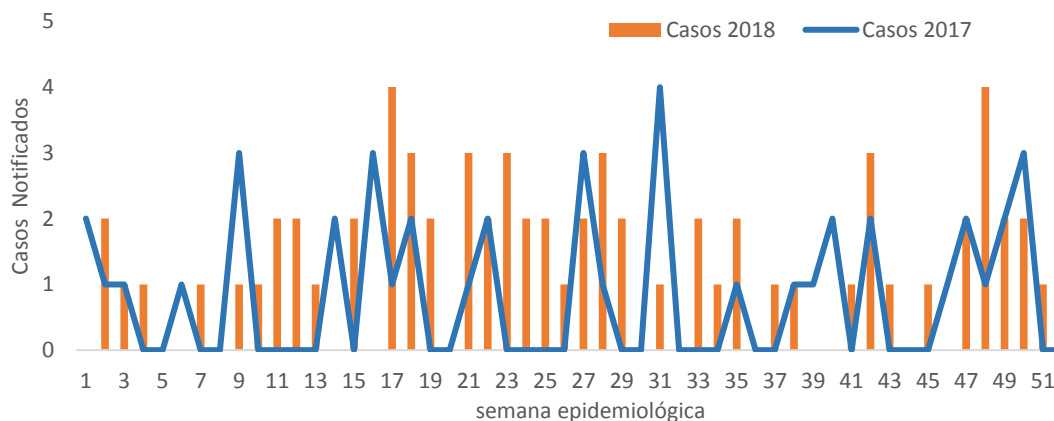
4. RESULTADOS

4.1 comportamiento y tendencia de la notificación

De acuerdo a la notificación a Sivigila, en el año 2018 se registró un total de 68 casos, con una proporción de casos nuevos de 83,8% (57), las semanas epidemiológicas con mayor notificación fueron 17, 18, 21, 23, 28, 42 y 48.

Comparado con el año 2017 se notificaron 42 casos, evidenciado un aumento de 62% posiblemente asociado a la búsqueda de sintomáticos de piel.

Gráfica 1. Tendencia de la notificación de lepra, Valle, 2018



Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

4.2 magnitud en lugar y persona

Los municipios que notificaron más casos de lepra durante el año 2018, fueron Cali, Palmira, Buga y Tuluá, con una proporción de casos nuevos de 82,4% para Cali, Tuluá con una proporción de 75% de casos nuevos, Cartago y El Cerrito de 66,7% cada uno, los restantes municipios tienen una proporción de casos nuevos de 100%. Con base a lo registrado al Sivigila en el año 2018, 16,2% fueron notificados como recidivas (11 casos) y ningún caso como retratamiento después de la pérdida de seguimiento.



Tabla 1. Casos de lepra por municipio de notificación, Valle del Cauca, 2018

Municipio de Residencia	Nuevos	Recidivas	Total	Proporción casos Nuevos (%)	Incidencia casos nuevos x 100.000 habs.
Cali	28	6	34	82,4	1,2
Palmira	8		8	100	2,6
Buga	4		4	100	3,5
Tuluá	3	1	4	75,0	1,4
Cartago	2	1	3	66,7	1,5
El Cerrito	2	1	3	66,7	3,4
Dagua		2	2	0,0	0,0
Florida	2		2	100	3,4
Roldanillo	2		2	100	6,2
Yumbo	2		2	100	1,6
Caicedonia	1		1	100	3,4
Ginebra	1		1	100	4,6
Jamundí	1		1	100	0,8
Obando	1		1	100	6,6
Total Valle	57	11	68	83,8	1,3

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

La tasa de detección de casos nuevos presentados para el Valle en el año 2018 es de 1,3 casos por 100.000 habitantes, por encima de la incidencia Nacional de 0,26 casos.

El municipio de Obando presentó la mayor tasa de detección de casos nuevos con 6,6 x100.000 habitantes, seguido de Roldanillo 6,2 casos x 100.000 habitantes, Ginebra con 4,6 casos por 100.000 hab., Buga con 3,5 casos x 100.000 hab., los municipios de El Cerrito, Florida, y Caicedonia tienen una incidencia de casos nuevos de 3,4 x 100.000 habitantes.

De acuerdo al número de casos registrados durante el año 2018, la mitad de los casos son mujeres y la otra mitad hombres, el 51,5% de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el 47% al régimen contributivo. En cuanto a la caracterización por pertenencia étnica, solo 8 (12%) casos son de población afrocolombiana. Los grupos de edad con mayor número de casos fueron los mayores e iguales de 65 años que aportan el 35,3%, el rango de 50 a 54 años, y de 45 a 49 años aportan el 15% cada grupo, en menores de 15 años solo existe 1 caso notificado.



Tabla 2. Casos de lepra según características sociodemográficas, Valle del Cauca. 2018

Variable	Categoría	Casos de lepra	%
Sexo	Femenino	34	50
	Masculino	34	50
Grupos edad	< 5 años	0	0
	5 a 9 años	0	0
	10 a 14 años	1	1,5
	20 a 24 años	2	2,9
	25 a 29 años	4	5,9
	30 a 34 años	2	2,9
	35 a 39 años	4	5,9
	40 a 44 años	3	4,4
	45 a 49 años	10	14,7
	50 a 54 años	10	14,7
	55 a 59 años	5	7,4
	60 a 64 años	3	4,4
	≥ 65 años	24	35,3
Área de procedencia	Cabecera municipal	54	79,4
	Centro poblado	9	13,2
	Rural disperso	5	7,4
Tipo de régimen	Contributivo	32	47,1
	Especial	0	0
	No asegurado	1	1,5
	Excepción	0	0
	Subsidiado	35	51,5
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	8	11,8
	Otros	60	88,2
Poblaciones especiales	Indígena	1	1,5
	Otros	67	98,5
total		68	

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

4.3 Clasificación de los casos de Lepra

El objetivo de la clasificación de la lepra es reconocer y establecer las diversas formas de la enfermedad con el fin de conocer su diagnóstico, evolución y pronóstico (7). En Colombia adoptando la clasificación operativa de la OMS, con los resultados de la baciloscopia inicial los casos pueden ser clasificados como paucibacilares cuando no se observan bacilos en el frotis directo (Índice bacilar = 0) y multibacilares (MB) cuando se encuentran bacilos en el frotis (Índice bacilar > 0), esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnóstico inicial de la enfermedad (8).

El diagnóstico de la lepra es clínico donde se pueden presentar lesiones cutáneas



muy variadas e inespecíficas, que se complementa con una buena exploración neurológica y examen bacteriológico e histopatológico para su clasificación final y tratamiento (9). La lepra se puede clasificar de acuerdo al número de lesiones presentadas, como paucibacilares aquellos pacientes que presentan de una a cinco lesiones y como multibacilar mayor de cinco lesiones (10).

En el Valle del Cauca del total de 57 casos nuevos de Lepra notificados en el Sivigila para el año 2018, y de acuerdo a la clasificación inicial de estos, el 68,4% (39 casos) presentaban lepra multibacilar lo que indica que la mayoría no están siendo diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad. Los municipios con una proporción de 100% para lepra Paucibacilar son Jamundí y Roldanillo; contrario a los municipios de Buga, Caicedonia, Cartago, El Cerrito, Ginebra, Obando, Tuluá y Yumbo en los cuales han diagnosticado el 100% de sus casos como Lepra Multibacilar.

Tabla 3. Clasificación bacteriológica de los casos nuevos de lepra por municipio de residencia, Valle, 2018

Municipio de Residencia	casos Nuevos				Total
	Paucibacilar	% Paucib.	Multibacilar	% Multib.	
BUGA	0	0	4	100	4
CAICEDONIA	0	0	1	100	1
CALI	12	42,9	16	57,1	28
CARTAGO	0	0	2	100	2
EL CERRITO	0	0	2	100	2
FLORIDA	1	50	1	50	2
GINEBRA	0	0	1	100	1
JAMUNDI	1	100	0	0	1
OBANDO	0	0	1	100	1
PALMIRA	2	25	6	75	8
ROLDANILLO	2	100	0	0	2
TULUA	0	0	3	100	3
YUMBO	0	0	2	100	2
Total Valle	18	31,6	39	68,4	57

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

En el Valle del Cauca durante el año 2018 de acuerdo a la clasificación de los casos según grado de discapacidad, de los 57 casos nuevos notificados como Lepra, 39 casos fueron detectados con discapacidad grado cero, 14 casos (24,6%) con discapacidad grado uno y 4 casos (7%) presentaron grado dos de discapacidad. La evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnóstico, da cuenta de la capacidad de detección y diagnóstico oportuno de la lepra. El municipio de Cali que notifica el mayor número de casos, la mayoría fueron diagnosticados



oportunamente solo 1 (3,6%) tenía discapacidad grado dos, contrario a Tuluá que el 67% fueron detectados con discapacidad grado dos. El Valle del Cauca presenta una tasa de discapacidad grado dos de 0,09 casos x 100.000 hab., por encima de la nación de 0,08 x 100.000 habitantes.

Tabla 4. Clasificación de los casos nuevos de Lepra según grado de discapacidad por municipio de residencia de residencia, Valle, 2018

Municipio de Residencia	casos nuevos	casos con Discapacidad Grado 0	casos con Discapacidad Grado I	% con Discapacidad Grado I	casos con Discapacidad Grado II	% con Discapacidad Grado II
Buga	4	3	1	25,0		0
Caicedonia	1	1		0,0		0
Cali	28	18	9	32,1	1	3,6
Cartago	2	2		0,0		0
El Cerrito	2	2		0,0		0
Florida	2	2		0,0		0
Ginebra	1	1		0,0		0
Jamundí	1	1		0,0		0
Obando	1		1	100,0		0
Palmira	8	6	1	12,5	1	12,5
Roldanillo	2	2		0,0		0
Tuluá	3		1	33,3	2	66,7
Yumbo	2	1	1	50,0		0
Total Valle	57	39	14	24,6	4	7,0

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

4.4 Comportamiento inusual de los casos nuevos de Lepra

El Valle del Cauca es el primer Departamento en notificar casos nuevos de Lepra, aportando el 17,65% a la nación (323 casos en el País); con una tasa de detección de 1,3 casos x 100.000 habitantes.

En el Valle del Cauca de acuerdo con la notificación histórica de Lepra 2013 a 2017, la razón entre lo observado y lo esperado de casos notificados para el año 2018 por municipio de residencia, muestra que los municipios de Cali y Palmira notificaron por encima del valor esperado de manera estadísticamente significativa, mientras que los demás municipios están notificando dentro de lo esperado, sin embargo, existen 13 municipios que se encuentran en silencio epidemiológico dado que en 6 años no han notificado casos.



4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia de Lepra

A continuación, se muestra una tabla con el resumen de los indicadores más importantes para Lepra de acuerdo al protocolo de vigilancia en salud pública para el año 2018.

Tabla 5. Indicadores de Lepra, Valle del Cauca, 2018

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Proporción de casos nuevos Paucibacilares	18	57	31,6
Proporción de casos nuevos Multibacilares	39	57	68,4
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad Grado I	14	57	24,6
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad Grado II	4	57	7,0
Tasa de discapacidad Grado II	4	*4332066	0,092

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

*población DANE sin Buenaventura 2018

5. DISCUSIÓN

En el Valle del Cauca en el año 2018 se reportaron 26 casos más con respecto al año 2017, y un incremento de los casos nuevos detectados, posiblemente asociado a la búsqueda de sintomáticos de piel, con incremento en la detección de casos multibacilares (MB) y una reducción en los casos con discapacidad grado I.

A pesar de las estrategias empleadas para Lepra por los equipos de Programa y vigilancia en salud pública, existen dificultades en cuanto a su diagnóstico oportuno y clasificación, igualmente continúan 13 municipios en silencio epidemiológico en los últimos seis años, posiblemente por la baja sensibilidad de los médicos y el personal de salud para el diagnóstico de Hansen.

En el Valle del Cauca el mayor número de casos son detectados con lepra Multibacilar, por lo que es importante señalar que el riesgo de daño neural en estos pacientes es mucho mayor, por lo tanto, la clasificación es muy útil a la hora de evaluar el riesgo futuro y orientar el cuidado de los pacientes (6).



6. CONCLUSIONES

El Valle del Cauca es el primer Departamento en notificar casos de Lepra en el país. Los municipios que notificaron mayor número de casos de lepra durante el año 2018, fueron Cali, Palmira, Buga y Tuluá. La mayoría son casos nuevos multibacilares lo que indica que la mayoría no están siendo diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad. El municipio de Obando presentó la mayor tasa de detección de casos nuevos.

Con base a lo registrado al Sivigila para el año 2018, 7% de los casos presentaron discapacidad grado dos, esta evaluación del paciente al momento del diagnóstico, da cuenta de la baja capacidad de detección y diagnóstico de la lepra, escasa sensibilidad para este evento en las instituciones de salud.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda la inclusión en todos los espacios a la comunidad para facilitar el empoderamiento y apoyo fundamental como requisito indispensable para el control de la enfermedad, así como la sensibilización de todo el personal de salud frente a la enfermedad de Hansen. Por lo anterior, es importante continuar fortaleciendo las capacitaciones, talleres y asistencias técnicas al personal médico, también se busca promover la investigación operativa que permita establecer medidas o estrategias para el mejoramiento a nivel de las DLS, EAPB e IPS el cumplimiento del protocolo de vigilancia y la implementación de iniciativas y herramientas innovadoras que apoyen el control de la enfermedad.

Dado que existen 13 municipios en silencio epidemiológico en los últimos seis años, se deben realizar búsqueda activa institucional (BAI) de casos de lepra y realizando investigación epidemiológica de campo entre los contactos de los casos notificados de manera oportuna. Se recuerda que la investigación de campo para lepra debe efectuarse durante los ocho días siguientes a la notificación del caso.

Se debe asegurar la evaluación de la discapacidad al momento del diagnóstico y durante la investigación de campo se deben efectuar acciones de educación y canalización a servicios y programas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad en los casos que sea necesario.

Es importante vincular activamente a las aseguradoras en las acciones de búsqueda y prevención y rehabilitación de los enfermos de lepra.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dirección de Prevención y Control de Micobacterias. Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. México D.F. noviembre 2000.
2. Organización mundial de la salud OMS. Weekly epidemiological record, Global Leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. Septiembre 2016. No 35, 2016, 91, 405–420.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Día mundial de la lucha contra la lepra o enfermedad de Hansen, pensemos en lepra, 2015.
4. Organización Mundial de la Salud Estrategia mundial para la lepra 2016-2020, acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. 2016. ISBN 978-92-9022-519-5.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad (2006–2010):
6. Navarro, Norberto López et al. Lepra en el tercer milenio. A propósito de cuatro casos en Málaga, dos autóctonos y dos importados.
7. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud.
8. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Resolución 436 de 2000. Colombia año 2000
9. Navarro, Norberto López et al. Lepra en el tercer milenio. A propósito de cuatro casos en Málaga, dos autóctonos y dos importados. Cátedra y Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria”. Málaga. España.
10. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Primera edición 2000. Publicado en: http://www.who.int/lep/resources/Guide_S.pdf
11. Plan Estratégico Nacional de Prevención, y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen”. Publicado en :
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Plan-strategico-enfermedad-hansen-2016-2025.pdf>



**INFORME EVENTO TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS
Y TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE
VALLE DEL CAUCA, 2018**

*María Eugenia Ortiz Carrillo
Referente evento Micobacterias
Equipo vigilancia en salud pública
Subsecretaria de Salud Pública
Secretaria de Salud Departamental del Valle*

1. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es en la actualidad considerada un problema de salud pública a nivel mundial, siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la Región de las Américas y Colombia. Por su contexto causal, esta enfermedad requiere de un análisis con enfoque de determinación social que permita generar intervenciones efectivas para su control, por lo anterior el país cuenta con un sistema de vigilancia y programa nacional para el abordaje integral de los casos.

Es por ello que el Ministerio de Salud y Protección Social ha construido un marco legal que incluye la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) mediante Resolución 429 del 2016, así como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y 3202 de 2016 donde se adopta Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS, que son una herramienta que implica una articulación intersectorial entre los integrantes del sector salud (entidad territorial, EAPB, prestador) y otros sectores, con el fin de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Teniendo en cuenta lo anterior Colombia con el objeto de dar cumplimiento a las metas nacionales de eliminación de la tuberculosis y de responder a los compromisos adquiridos por los países para adoptar la Estrategia Mundial Fin de la Tuberculosis, cuenta con el Plan Estratégico: Hacia el Fin de la Tuberculosis, 2016 – 2025, esta estrategia se suma a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), una de cuyas metas es el fin de las epidemias de malaria, VIH y tuberculosis para el 2030 (ODS).

La tuberculosis (TB) y formas resistentes, entre ellas la multi y extremadamente resistencia, constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes debido a las características intrínsecas del mycobacterium tuberculoso como también las características



propias del sistema de salud para la implementación de los diferentes mecanismos propuestos que hacen que esta patología presente complejas condiciones para el control.

La multidrogorresistencia en el Valle se ha mantenido estable con un reporte entre 25 y 30 casos en los últimos 5 años y aunque es más frecuente en hombres, es una de las principales causas de muerte en personas con VIH (4).

2. OBJETIVO GENERAL

Describir el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis de todas las formas y tuberculosis farmacorresistente en el Valle del Cauca durante el del año 2018, con el fin Presentar información actualizada sobre las características clínicas y epidemiológicas y determinar los indicadores de vigilancia para el evento, así como realizar seguimiento continuo y sistemático de casos de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, a fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

3. METODOLOGÍA

Análisis descriptivo a partir de la notificación de los casos de tuberculosis todas las formas y tuberculosis farmacorresistente que ingresaron al sistema de vigilancia en salud pública nacional mediante la ficha de evento código 813, teniendo en cuenta condición de tuberculosis, sensible y resistente. Las bases de datos fueron depuradas con el fin de identificar la notificación de casos repetidos, analizar calidad del dato en cuanto a casos descartados con código 6 y D, durante el periodo de estudio y posteriormente se realizó correlación con las bases de datos de Laboratorio Departamental de Salud Pública y Libro de Programa, además revisar RUAF para mortalidad por coinfección TB-VIH.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa Excel®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas, gráficos y mapas. Las variables de análisis fueron, edad, sexo, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, tipo de tuberculosis, tipo de caso, clasificación del caso, coinfección TB-VIH, poblaciones vulnerables, incidencias y mortalidades por municipio de residencia, entre otras.

Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de tasa de incidencia corresponden a las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2018 sin Buenaventura.

Se realizó análisis del comportamiento inusual de la notificación la cual utiliza un modelo de probabilidad de distribución de Poisson para determinar incremento y decremento con base en el promedio de la notificación de casos tanto para TB todas las formas como para TB



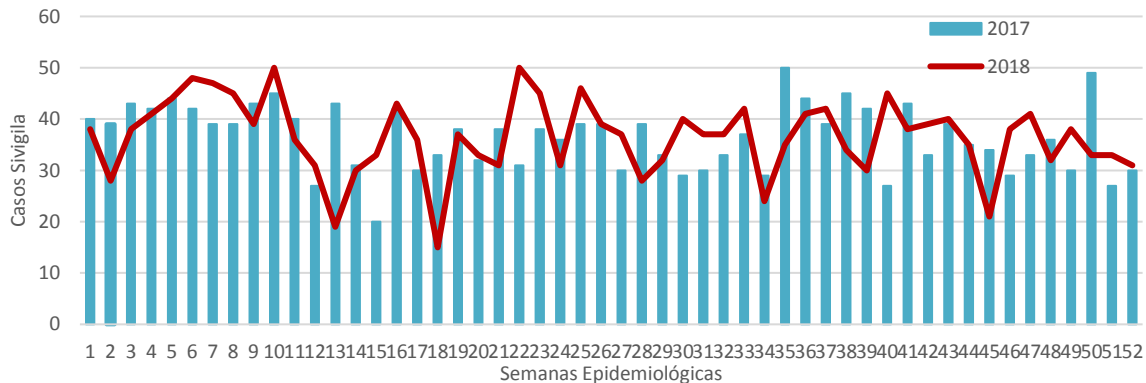
farmacorresistente por municipio de residencia, se consideró comportamiento inusual cuando la probabilidad según la distribución Poisson fue inferior a 0,05 con aumento o disminución estadísticamente significativa de casos, para este cálculo se parte desde la notificación por semana epidemiológica desde el año 2013 al 2017 y lo observado en 2018.

4. HALLAZGOS DE TUBERCULOSIS SENSIBLE

4.1 comportamiento y tendencia de la notificación

En el Valle del Cauca sin Buenaventura para el 2018 se notificaron 1896 casos de tuberculosis todas las formas (TBTF) residentes del Valle con mayor notificación en las semanas 10, 35, 38 y 50; comparado con el año anterior (1898) a igual semana epidemiológica hubo una reducción de 0,1% (2casos), y si se compara con 2016 (1720) incrementó un 10%.

Gráfica 1. Comportamiento de la tuberculosis todas las formas, Valle del Cauca, 2016-2018



Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

de 2018 de acuerdo a la notificación de los casos como TB todas las formas, la distribución por tipo de caso, el 86,4% (n=1638) fueron confirmados por laboratorio, siendo la baciloscopia el método diagnóstico más utilizado, 12,4% (n=235) ingresaron por clínica y no tienen pruebas confirmatorias o tiene resultados negativos de BK, 1,2% (n=23); según historia de tratamiento ingresaron como casos nuevos 87% (n=1648), y previamente tratados ingresaron el 13% (n=13%).

Tabla 1. Comportamiento casos de tuberculosis según tipo de caso e historia de tratamiento, Valle del Cauca, 2018

Variable	Tipo de caso	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis extra pulmonar	Total	%
Tipo de caso según ingreso	Confirmado por laboratorio	1414	224	1638	86,4
	Confirmado por clínica	144	91	235	12,4
	Confirmado por nexos epidemiológico	15	8	23	1,2



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

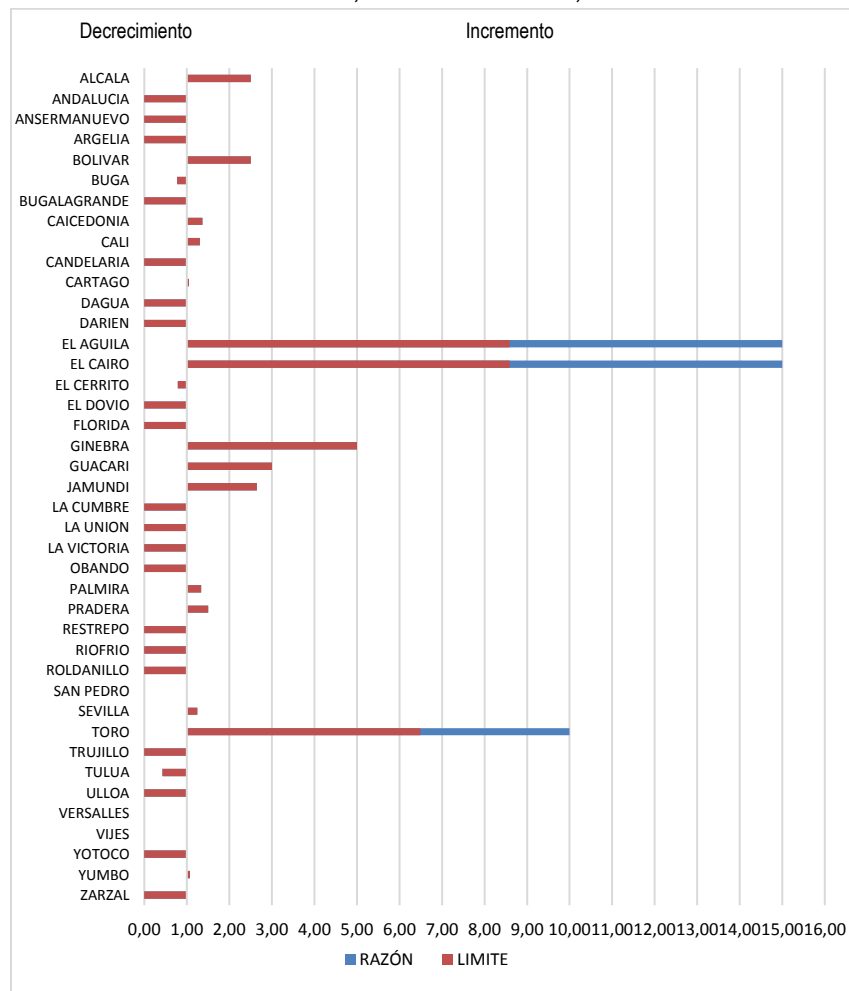
Secretaría de Salud
Subsecretaría de Salud Pública

Caso según historia de tratamiento	Nuevo	1346	302	1648	86,9
	Previamente tratado	227	21	248	13,1
Total		1573	323	1896	

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

Al realizar el seguimiento por municipio de residencia según lo notificado al Sivigila y su registro de los últimos cinco años se realizó un análisis de los comportamientos inusuales mediante un modelo de probabilidad de distribución de Poisson, a semana epidemiológica 52 los municipios El águila, El Cairo, y Toro, presentaron un incremento en la notificación estadísticamente significativo, mientras que los otros municipios tuvieron un comportamiento estable.

Figura 1. Comportamiento inusual de la tuberculosis todas las formas según municipio de residencia, Valle del Cauca, 2018



Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018



4.2 Comportamiento demográfico y social de los casos de tuberculosis

El Valle del Cauca en el año 2018 respecto al comportamiento del evento según variables sociales y demográficas, 68,5% (n=1298) de los casos se registró en el sexo masculino, 55% (n=1044) pertenecen al régimen subsidiado y hay 114 casos que registran sin ninguna afiliación a salud; por pertenencia étnica, existen 178 casos en población afro, 15 casos en indígenas, 8 en Gitanos y 3 Raizales; según área de ocurrencia de los casos la mayoría (93,4%) son de la cabecera municipal y 72 casos son del área rural (3,8%); por rangos de edad el 23% de los casos se encuentran entre el rango de 25 a 34 años, el 16% (n=298) corresponden a mayores de 65 años y existen 39 casos en menores de 15 años, de los cuales 5 son menores de 1 año.

Tabla 1. Comportamiento demográfico y social de los casos de tuberculosis, Valle del Cauca, 2018

Variable	Categoría	TB todas las formas pulmonar	TB todas las formas extra pulmonar	Total	%
sexo	Femenino	486	112	598	31,5
	Masculino	1087	211	1298	68,5
Tipo de régimen	Contributivo	501	139	640	33,8
	Especial	79	6	85	4,5
	Indeterminado	1	1	2	0,1
	No afiliado	105	9	114	6,0
	Excepcional	10	1	11	0,6
	Subsidiado	877	167	1044	55,1
Pertenencia étnica	Indígena	13	2	15	0,8
	Rom. Gitano	6	2	8	0,4
	Raizal	2	1	3	0,2
	Palenquero	2		2	0,1
	Negro, Mulato, Afro	138	40	178	9,4
	otro	1412	278	1690	89,1
Grupos de edad	< 1 año	5		5	0,3
	1 a 14 años	27	7	34	1,8
	15 a 24 años	270	53	323	17,0
	25 a 34 años	369	67	436	23,0
	35 a 44 años	229	64	293	15,5
	45 a 54 años	207	51	258	13,6
	55 a 64 años	214	35	249	13,1
	65 y más años	252	46	298	15,7
área	cabecera municipal	1471	299	1770	93,4
	centro poblado	44	10	54	2,8
	Rural disperso	58	14	72,0	3,8
Total		1573	323	1896	100

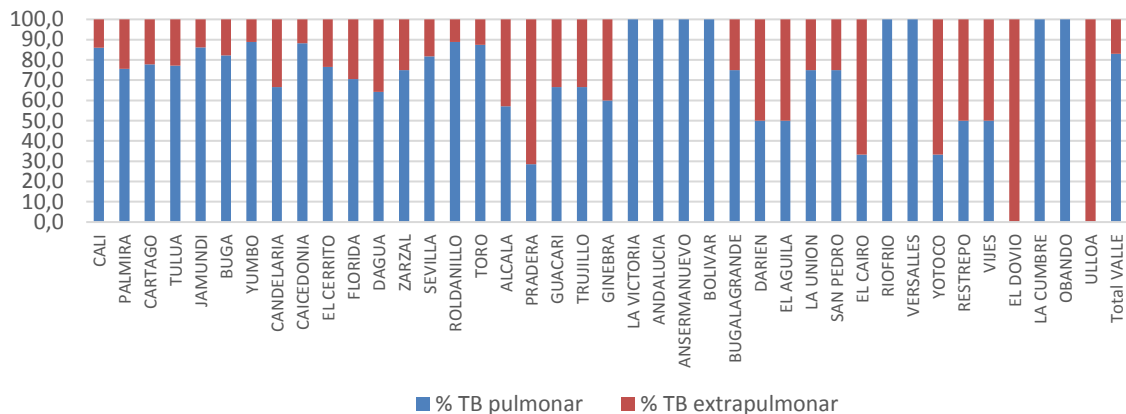
Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018



La tuberculosis se clasifica en dos tipos, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar; donde la pulmonar se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial que corresponde al 83% de los casos notificados y la TB extrapulmonar hace mención a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis que involucra otros órganos que no sean los pulmones que corresponde al 17%, donde el mayor porcentaje están localizada en: Pleural (42%), meníngea (22%), Ganglionar (15%), osteoarticular (4,3%), peritoneal (3,7%) otras TB (12,4%).

El municipio de Cali aporta al Valle el 65,6%, de los cuales 86% son TB pulmonar, seguido de Palmira que aporta el 7,5% de los casos notificados, de los cuales el 75,5% son TB pulmonar. En los municipios de La Victoria, Andalucía, Ansermanuevo, Bolívar, Riofrio, Versalles, La Cumbre, Obando el 100% de los casos son TB pulmonar; contrario a los municipios El Dovio y Ulloa que son TB extrapulmonar.

Grafica 1. Distribución según tipo de tuberculosis, Valle del Cauca, 2018



Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

4.3 Caracterización de población en condiciones de vulnerabilidad

El 22,4% de los casos notificados como TB todas las formas es población en condiciones de vulnerabilidad, de los cuales presenta su mayor proporción los privados de la libertad con el 70,4% (299), seguido de los habitantes de calle en un 16% (67), trabajadores de la salud son el 8% (34), seguido de población procedente del exterior 4% (17).



Tabla 6. Distribución de casos de tuberculosis por grupo poblacional
Valle del Cauca, 2018

Grupo Poblacional	casos nuevos	casos previamente tratados	Total	%
Población privada de la Libertad	243	56	299	70,4
Habitantes de calle	51	16	67	15,8
Trabajadores de salud	29	5	34	8,0
Desplazados	7	1	8	1,9
Pob. procedente del exterior	13	4	17	4,0
Total	343	82	425	100

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

4.4 Indicadores

Para el 2018 en el Valle sin Buenaventura la incidencia de tuberculosis de todas las formas es de 44 casos por 100.000 habitantes, por encima de la incidencia nacional para el año 2018 de 25,4; las mayores incidencias de TB todas las formas por encima del Departamento la tienen los municipios de Cartago con 60 casos x100.000 hab., Caicedonia con 58 casos, Cali con 51, Toro con 48, Palmira con 46 y Jamundí con 46 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 4. Comportamiento de la incidencia de tuberculosis todas las formas por municipio, Valle del Cauca, 2018

Municipios	TB pulmonar	Incidencia x 100 mil hab. TB pulmonar	TB extra pulmonar	Incidencia x 100 mil hab. TB extra pulmonar	TB todas las formas	Incidencia x 100 mil hab TBTF
Alcalá	4	18	3	13	7	31
Andalucía	4	23	0	0	4	23
Ansermanuevo	4	21	0	0	4	21
Argelia	0	0	0	0	0	0
Bolívar	4	31	0	0	4	31
Buga	37	32	8	7	45	39
Bugalagrande	3	14	1	5	4	19
Caicedonia	15	51	2	7	17	58
Cali	1071	44	173	7	1244	51
Calima-Darién	2	13	2	13	4	25
Candelaria	14	16	7	8	21	25
Cartago	63	47	18	13	81	60
Dagua	9	24	5	14	14	38
El Águila	2	18	2	18	4	36
El Cairo	1	10	2	20	3	29
El Cerrito	13	22	4	7	17	29
El Dovio	0	0	1	12	1	12
Florida	12	20	5	9	17	29
Ginebra	3	14	2	9	5	23
Guacarí	4	11	2	6	6	17
Jamundí	50	39	8	6	58	46
La Cumbre	1	9		0	1	9



GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Salud Pública

La Unión	3	8	1	3	4	10
La Victoria	5	38		0	5	38
Obando	1	7		0	1	7
Palmira	108	35	35	11	143	46
Pradera	2	3	5	9	7	12
Restrepo	1	6	1	6	2	12
Riofrio	3	21		0	3	21
Roldanillo	8	25	1	3	9	28
San Pedro	3	16	1	5	4	21
Sevilla	9	20	2	5	11	25
Toro	7	42	1	6	8	48
Trujillo	4	22	2	11	6	33
Tuluá	61	28	18	8	79	36
Ulloa	0	0	1	19	1	19
Versalles	3	43		0	3	43
Vijes	1	9	1	9	2	18
Yotoco	1	6	2	12	3	18
Yumbo	24	19	3	2	27	21
Zarzal	9	19	3	6	12	26
Mpo.desconocido	4		1		5	
Total	1573	36	323	7	1896	44

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

de 2018 en el Valle presentó una proporción de coinfección de tuberculosis todas las formas de 12,2%, con mayor proporción en los municipios de El Cairo, Vijes, Roldanillo, Alcalá, y Riofrio. Se identifican por SIVIGILA 141, de los cuales 32 son casos de coinfección menores a 49 años, sumando los casos por RUAF 21 casos, para un total de 53 casos que cumplían para análisis de los casos, con un % de entrega de unidad de análisis en la nación de 96%, faltando 2 casos de Cali.

Tabla 5. Distribución de casos de tuberculosis según coinfección TB-VIH y mortalidad por municipio de residencia y procedencia, Valle del Cauca, 2018

Municipio residencia	TB todas las formas	Coinfección TB-VIH	Proporción coinfección	No. Muertes TB notificados al Sivigila	Fallecidos TB-VIH < 49 años SIVIGILA	Fallecidos TB-VIH < 49 años Otras fuentes	Total coinfección TB-VIH Mortalidad < 49años
Alcalá	7	3	42,9	2	0		0
Andalucía	4	0	0,0				0
Ansermanuevo	4	0	0,0	2			0
Bolívar	4	0	0,0				0
Buga	45	7	15,6	2	1	1	2
Bugalagrande	4	0	0,0				0
Caicedonia	17	2	11,8				0
Cali	1244	141	11,3	107	23	11	34
Candelaria	21	0	0,0	1			0
Cartago	81	14	17,3	4	1		1
Dagua	14	3	21,4	2	1		1
Darién	4	0	0,0				0
El Águila	4	0	0,0	1			0
El Cairo	3	2	66,7	1	1		1

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 · Piso: 10 y 11 · Teléfono: 6200000
Correo: mvictori@valledelcauca.gov.co · www.valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia





El Cerrito	17	3	17,6	1			0
El Dovio	1	0	0,0			1	1
Florida	17	0	0,0				0
Ginebra	5	0	0,0				0
Guacarí	6	0	0,0			1	1
Jamundí	58	8	13,8	2		1	1
La Cumbre	1	0	0,0				0
La Unión	4	0	0,0				0
La Victoria	5	0	0,0				0
Obando	1	0	0,0				0
Palmira	143	20	14,0	3	1	4	5
Pradera	7	1	14,3	1	1		1
Restrepo	2	0	0,0				0
Riofrio	3	1	33,3	1			0
Roldanillo	9	4	44,4	1	1		1
San Pedro	4	1	25,0				0
Sevilla	11	0	0,0	2			0
Toro	8	1	12,5				0
Trujillo	6	0	0,0	1			0
Tuluá	79	15	19,0	3			0
Ulloa	1	0	0,0				0
Versalles	3	0	0,0				0
Vijes	2	1	50,0				0
Yotoco	3	0	0,0			1	1
Yumbo	27	2	7,4	2		1	1
Zarzal	12	3	25,0	2	2		2
*Municipio Desconocido	5	0	0,0		0		0
Total VALLE	1896	232	12,2	141	32	21	53

Fuente: Sivigila SDS Valle, 2018

5. RESULTADOS DE TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE 2018

5.1. Comportamiento y tendencia de la notificación de tuberculosis farmacorresistente (TB FR)

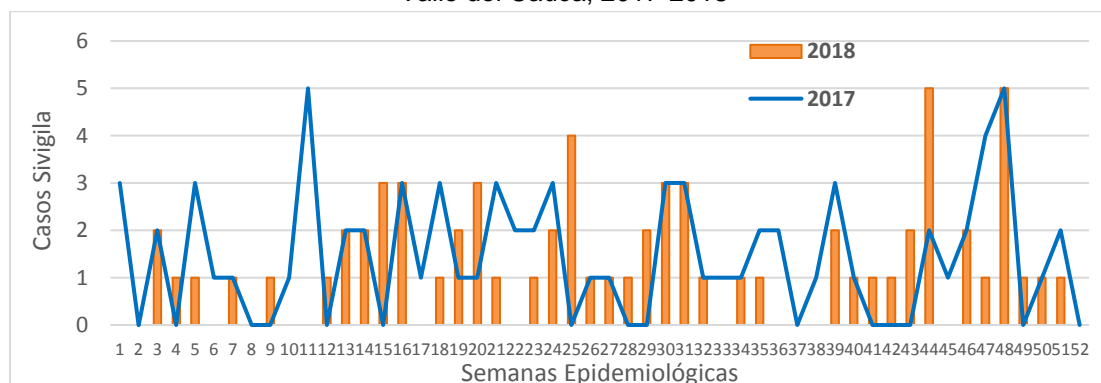
de 2018 en el Valle del Cauca se notificaron al Sistema de vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 104 casos de TBFR, 2 casos como Error de Digitación, de los cuales 1 caso lo ajustó y notificó de manera incorrecta una IPS de Buenaventura y el otro caso fue notificado nuevamente de manera correcta por una IPS de Candelaria; de los 102 restantes hay 9 duplicados quedando 93 casos, de estos hay 25 de Buenaventura; por lo anterior el siguiente análisis se realiza con 68 casos del Valle sin Buenaventura.

Al realizar un comparativo entre el número de casos notificados de tuberculosis farmacorresistente de 2018 con igual semana a 2017, se observa un decremento en la



notificación del 10,5% con respecto al año anterior en el que fueron notificados 76 casos. El mayor número de casos de TBFR fueron reportados para las semanas epidemiológicas 25, 44 y 48 de 2018 con 5 casos cada una, sin embargo, es importante tener en cuenta que la semana epidemiológica de notificación es con fecha de confirmación del caso TBFR, con un promedio de notificación semanal de 1,3 casos.

Grafica. Casos de tuberculosis farmacorresistente notificados por semana epidemiológica en el Valle del Cauca, 2017-2018



Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2017-2018

5.2 Magnitud en lugar y persona

Del total de casos notificados durante el año 2018, el 73.1% (19 casos) se registraron en el sexo masculino y 26.9% (7 casos) en el sexo femenino. Según tipo de régimen de seguridad social en salud 60,3% pertenecían al régimen subsidiado y un 20,6% al régimen contributivo. En cuanto a la pertenencia étnica, la categoría otros grupos concentra el 78% de los casos, la población afrocolombiana aporta el 20,6% y hay un caso notificado de población Rom o Gitano. La distribución por grupo de edad muestra mayor frecuencia el grupo ≥ 65 y de 50 a 54 años aportando el 13 % de los casos cada uno, se identifica un caso en menor de edad notificado por una IPS de Yumbo.

Tabla 12. Comportamiento demográfico y social de los casos de TB FR, Valle del Cauca, 2018

Variable	Categoría	Casos	%
sexo	Femenino	26	38,2
	Masculino	42	61,8
Tipo de régimen	Contributivo	14	20,6
	Especial	7	10,3
	No afiliado	6	8,8
	Excepcional	0	0,0
	Subsidiado	41	60,3
Pertenencia étnica	Rom, Gitano	1	1,5
	Negro, Mulato, Afro	14	20,6



	otro	53	77,9
Grupos de edad	15 a 19 años	1	1,5
	20 a 24 años	7	10,3
	25 a 29 años	8	11,8
	30 a 34 años	6	8,8
	35 a 39 años	6	8,8
	40 a 44 años	8	11,8
	45 a 49 años	5	7,4
	50 a 54 años	9	13,2
	55 a 59 años	4	5,9
	60 a 64 años	5	7,4
	65 y más años	9	13,2
área	cabecera municipal	68	100,0
	centro poblado	0	0,0
	Rural disperso	0,0	0
	Total	68	100

Fuente: Sivigila Secretaría Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

Por grupos poblacionales se registraron de TB FR s7 casos (10,3%) en población en condición privada de su libertad, 3 (4,4%) casos en habitantes de calle y 1 caso trabajador de la salud previamente tratado.

Tabla 13. Distribución de casos de TB FR por grupo poblacional en el Valle del Cauca, 2018.

Grupo Poblacional	casos nuevos	casos previamente tratados	Total	%
Población privada de la Libertad	1	6	7	10,3
Habitantes de calle	1	2	3	4,4
Trabajadores de salud	0	1	1	1,5
Desplazados	1	0	1	1,5
otros	24	32	56	82,4
Total	27	41	68	100

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

5.3 Distribución de casos de TB FR por entidad territorial

La proporción de casos nuevos de tuberculosis farmacorresistente en el Valle es de 40% y de casos previamente tratados es de 60%, Cali es el municipio que aporta el casi el 68% (46casos) de los casos notificados como TB FR, con una proporción de casos nuevos de TB FR de 37% y de previamente tratados de 63%. De acuerdo a la clasificación de casos notificados con TB-FR según el antecedente de tratamiento, se espera que sea mayor la resistencia en casos previamente tratados que en casos nuevos.



Tabla 14. Distribución de casos de TB-FR por entidad territorial,
Valle del Cauca, 2018

Municipio Residencia	casos nuevos	% casos nuevos	casos previamente tratados	% casos previamente tratados	Total	%
Cali	17	37,0	29	63	46	67,6
Buga	2	40	3	60	5	7,4
El Cerrito	1	33,3	2	66,7	3	4,4
Andalucía	1	50	1	50	2	2,9
Tuluá		0	2	100	2	2,9
Yotoco	2	100		0	2	2,9
Yumbo	1	50	1	50	2	2,9
Candelaria		0,0	1	100	1	1,5
Cartago		0,0	1	100	1	1,5
Florida	1	100		0,0	1	1,5
Jamundí	1	100		0,0	1	1,5
La Unión		0	1	100	1	1,5
Palmira	1	100		0	1	1,5
Total Valle	27	39,7	41	60,3	68	100

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

5.4 Comportamiento Inusual de TB FR

En el Valle del Cauca para el año 2018, 5 municipios presentaron un incremento significativo en la notificación de los casos: Andalucía, Buga, El Cerrito, Florida y Yotoco. Para el análisis del comportamiento inusual del evento se está utilizando el sistema de Incremento y decremento que permite determinar cuáles son los municipios con aumento o disminución de casos estadísticamente significativa comparado con cinco años anteriores.

5.5 Comportamiento de otras variables de interés

Condición final

En relación con la condición final 7 casos registran fallecidos, de los cuales 2 tenían coinfección TB FR+VIH.

Comorbilidades asociadas

El 44% de los pacientes con TB FR tienen una comorbilidad, casi el 15% tienen VIH/SIDA, el 12% desnutrición, el 8,8% tienen diabetes.



Tabla 15. Distribución de casos de TB FR por presencia de comorbilidad, Valle del Cauca, 2018

Comorbilidad	Frecuencia	%
VIH SIDA	10	14,7
Desnutrición	8	11,8
Diabetes	6	8,8
Enfermedad renal	3	4,4
EPOC	2	2,9
Cáncer	1	1,5
Total comorbilidades	30	44,1

Fuente: Sivigila SDS, Valle del Cauca 2018

Tipo de caso

Todo caso de tuberculosis farmacorresistente debe ingresar al sistema nacional de vigilancia en salud pública como confirmado por laboratorio con pruebas positivas de susceptibilidad a fármacos que confirma diagnóstico de TB FR. Teniendo en cuenta las definiciones operativas para la configuración del caso corte año 2018, el 95,6% (65 casos) ingresaron confirmados por laboratorio o posteriormente fueron ajustados con pruebas positivas, el 2,9 % (2) confirmados por clínica y un caso por nexo epidemiológico. Los municipios que ingresaron casos no confirmados por laboratorio fueron: 1 caso de Cali y 2 de El Cerrito.

Tabla 17. Distribución de casos de TB FR por tipo de caso, Valle del Cauca, 2018

Municipio residencia	Confirmación por Laboratorio	%	Confirmación por clínica	%	Confirmación por Nexo epidemiológico	%	Total casos
Andalucía	2	100	0	0	0	0	2
Buga	5	100	0	0	0	0	5
Cali	45	97,8	1	2,2	0	0	46
Candelaria	1	100	0	0	0	0	1
Cartago	1	100	0	0	0	0	1
El Cerrito	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Florida	1	100	0	0	0	0	1
Jamundí	1	100	0	0	0	0	1
La Unión	1	100	0	0	0	0	1
Palmira	1	100	0	0	0	0	1
Tuluá	2	100	0	0	0	0	2
Yotoco	2	100	0	0	0	0	2
Yumbo	2	100	0	0	0	0	2
Total Valle	65	95,6	2	2,9	1	1,5	68

Fuente: Sivigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2017-2018



Tipo de tuberculosis farmacorresistente

De acuerdo al tipo de TB FR el 94,1% (64) de los casos fueron diagnosticados con TB pulmonar, de estos según tipo de resistencia el 65,6% (42) son Monorresistentes, 22% (14) son MDR y un 12,5% (8) son resistentes a Rifampicina. Mientras que 5,9% (4) casos fueron notificados como TB FR extrapulmonar, y de acuerdo al tipo de resistencia se observa que el 50% son resistentes a Rifampicina, un 25% son MDR, al igual que 25% para Monoresistentes, de 1 caso cada uno.

Tabla 16. Clasificación de casos de TB FR según tipo de resistencia. ,
Valle del Cauca, 2018

Tipo de resistencia	TB FR pulmonar	%	TB FR extrapulmonar	%	Total TB FR
Monoresistencia	42	65,6	1	25	43
MDR	14	21,9	1	25	15
Resistencia a Rifampicina RR	8	12,5	2	50	10
Total casos	64	100	4	100	68

Fuente: Siviigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2018

5.6 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Porcentaje de casos por entidad territorial de residencia:

A continuación, se muestra una tabla con el resumen de los indicadores más importantes para el evento TB FR de acuerdo al protocolo de vigilancia en salud pública para el año 2018.

Tabla 18. Indicadores del evento TB FR Valle del Cauca,
Valle del Cauca, 2018

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de casos de TB farmacorresistente, de acuerdo al antecedente de tratamiento para tuberculosis (nuevos)	27	68	39,7
Porcentaje de casos de TB farmacorresistente, de acuerdo al antecedente de tratamiento para tuberculosis (Previamente tratados)	41	68	60,3
Porcentaje de coinfección con TB farmacorresistente / VIH-SIDA	10	68	14,7

Fuente: Siviigila Secretaria Departamental de Salud, Valle del Cauca 2017-2018



6. DISCUSIÓN

El comportamiento de tuberculosis todas las formas según grupos de edad y sexo muestra que los grupos de edad de 15 a 34 años, aportan el mayor número de casos de tuberculosis, así como el sexo masculino tanto para TB sensible como para TB Resistente, de igual manera la OMS en un reporte titulado “ tuberculosis y género” menciona que la tuberculosis afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva, de igual manera González R, el cual; menciona que el sexo masculino es el que más se asocia a factores de riesgo de padecer la enfermedad; datos que son consistentes con los resultados del Departamento del Valle de 2018.

El número de casos de tuberculosis farmacorresistente en el departamento del Valle del Cauca, se ha mantenido constante durante los últimos 5 años, con una tendencia al aumento debido a una mayor oferta de pruebas de susceptibilidad moleculares, incluso en el último año se detectaron casos de TB MDR. Es necesario continuar fortaleciendo el acceso a las pruebas de susceptibilidad en todo el departamento y garantizar en cumplimiento a los Lineamientos Nacionales de manejo programático, la integralidad de la atención, lo cual implica la articulación de un equipo multidisciplinario de profesionales sensibilizados que con adecuados procesos de referencia - contrarreferencia y una articulación con aseguradores y responsables de los programas de control de tuberculosis consideren al paciente un individuo bio-psico-social.

En relación con el comportamiento demográfico y social de la Tuberculosis farmacorresistente durante el año 2017 se observa que 15.4 % de los casos se encuentran en el grupo de edad de 30 a 34 años, siendo este un comportamiento habitual de la tuberculosis que continúa afectando la población en edad productiva.

Durante el año 2018 la mayoría de los casos fueron confirmados por laboratorio, sin embargo, no se alcanza la meta en la que se establece que debe ser superior al 95%, y en algunos casos reposan los resultados en laboratorios o en Programa, pero no se hacen de manera sistemática los ajustes correspondientes, siendo necesario realizar un seguimiento continuo al cumplimiento de esta actividad por parte la EAPB.

En cuanto a la clasificación por poblaciones especiales, es alta la proporción de TB todas las formas en población privada de la libertad y en habitantes de Calle, aunque no es un número elevado de casos sus condiciones de desnutrición, comorbilidades asociadas, hacinamiento en el caso de la PPL, hacen que se dé prioridad a la implementación de estrategias intersectoriales para el control de la enfermedad en poblaciones especiales.



7. CONCLUSIONES

El municipio de Cali sigue aportando como en años anteriores la mayor carga de TB todas las formas y de TB FR para el Departamento, seguido del municipio de Palmira, sin embargo es importante fortalecer la articulación entre municipio y Departamento, entre Tuberculosis y VIH, al igual que continuar fortaleciendo las correlaciones entre vigilancia, Programa y Laboratorio.

Debido a que la principal causa de farmacorresistencia es la exposición inadecuada a medicamentos, se espera que sea mayor el porcentaje de casos previamente tratados que de casos nuevos, sin embargo en el Valle del Cauca durante los últimos años este comportamiento ha sido diferente, situación que evidencia la necesidad de mayor acceso a las pruebas moleculares para una rápida detección e inicio oportuno del tratamiento que permita cortar oportunamente la cadena de transmisión de cepas resistentes así como el fortalecimiento de actividades como la Investigación Epidemiológica de Campo y seguimiento a contactos que permite la identificación de pacientes en riesgo de TB FR.

8. RECOMENDACIONES

Fortalecer la correspondencia de caso entre vigilancia, Laboratorio de Salud Pública y Programa de prevención y control de TB, para lograr correlaciones de 100%

Continuar con la retroalimentación a las Direcciones Locales de Salud, UPGD y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios acerca de los casos que requieren ajustes en la calidad del dato, de esta forma será útil la información que ofrece el sistema de Vigilancia en salud pública a estas instituciones, lo cual podrá contribuir al seguimiento de la población afectada.

Continuar con la asistencia técnica a las entidades territoriales municipales, UPGD, EAPB para el mejoramiento continuo en el cumplimiento a las acciones de vigilancia.

Dada las múltiples acciones de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública como son unidades de análisis de morbilidad y mortalidad, informes, IEC y ajustes al sistema entre otros, las direcciones locales deben reforzar y mejorar la capacidad de respuesta.

Es importante garantizar capacitación para el desarrollo de las unidades de análisis de mortalidad y en el diligenciamiento de los formatos lo cual permitirá determinar la causa básica de la muerte y la evitabilidad.

Las acciones Interprogramáticas deben continuar fortaleciéndose para promover un mejor control de la coinfección TB/VIH y garantizar un manejo integral en la región con



participación conjunta de responsables de ambos programas.

Se recomienda la inclusión en todos los espacios de la comunidad para facilitar el empoderamiento y apoyo fundamental como requisito indispensable para el control de la enfermedad tuberculosa. Así como también promover la investigación operativa que permita conocer la dinámica propia y establecer medidas o estrategias para el mejoramiento a nivel de cada localidad y la implementación de iniciativas y herramientas innovadoras que apoyen el control de la enfermedad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial tuberculosis, 2017.
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública tuberculosis.2018.
3. Minsalud-OPS-OMS. Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025.
4. Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca. Boletín epidemiológico, semana epidemiológica 52 de 2017, Vigilancia en Salud Pública. 2017
5. Sanchez A, Massari V, Gerhardt G, et al. X ray screening at entry and systematic screening for the control of tuberculosis in a highly endemic prison. BMC Public Health. 2013;13:983.
6. Ranzani, Otavio T, Carvalho,C, Waldman, E, Rodriguez, L. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. BMC Medicine201614:41,
7. González Rodríguez Noris Thais, Di Vasto Cuellar Gaetano, Rodríguez Heredia Odalys, Barranco Pedraza Leonor. Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis pulmonar.