



Gobierno de
CALDAS

**PRIMERO
LA GENTE**



Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Informe de evento Tuberculosis

Código 813

2022

Enfermedades Inmunoprevenibles
Vigilancia en Salud Pública
Dirección Territorial de Salud de Caldas

observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co



GCC
ISO 9001
CERTIFICADO
Certificate No.
LAT-0915



(6) 880 1620



Carrera 21 # 29-29



www.saluddecaldas.gov.co

Gobierno de
CALDAS**Territorial**
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Tuberculosis

Créditos

JORGE RUBIO JIMÉNEZ
Director General

NORBERTO LUIS SEPULVEDA
Subdirector Salud Pública

Elaboró

YESICA NATALIA MONCADA LARGO
Enfermera de Vigilancia en Salud pública
vigilancia.inmunoprevenibles@saluddecaldas.gov.co

Revisó

NATALIA ANDREA ALZATÉ BEDOYA
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Aprobó

CLAUDIA PATRICIA NARVÁEZ AVELLANEDA
Coordinadora Observatorio Social

Dirección Territorial de Salud de Caldas,
Manizales. Carrera 21 No. 29-29

1.INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite cuando las personas enfermas expulsan bacterias al aire y las personas que se encuentren cerca pueden inhalar estas bacterias e infectarse.

Si no se trata adecuadamente, la enfermedad de tuberculosis puede ser mortal. Constituye un problema de salud pública, hasta antes de la pandemia por el coronavirus (COVID-19) era una de las 10 primeras causas de mortalidad del mundo y la principal debida a un solo agente infeccioso (por encima del VIH/SIDA).

El 24 de marzo se celebra el Día Mundial de la Tuberculosis con el fin de generar conciencia sobre las consecuencias sociales, económicas y para la salud.

El lema del 2022 es: “Invirtamos para poner fin a la tuberculosis. Salvemos vidas”; con este, se transmite la necesidad de invertir recursos para intensificar la lucha contra la tuberculosis y cumplir con los compromisos para mitigar y poner fin a la enfermedad. La tuberculosis es curable y prevenible, y sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más mortales; por esto, es prioritario garantizar un acceso equitativo a la prevención y atención, ya que en el contexto de la pandemia de COVID-19, han aumentado las brechas para el cumplimiento de este objetivo. Es importante resaltar que cada día en el mundo, cerca de 30 000 personas enferman y más de 4 000 pierden la vida a causa de la tuberculosis. En las Américas, cada día 800 personas enferman y mueren más de 70 personas por esta enfermedad.

Comportamiento del evento en el mundo

La tuberculosis es prevenible y curable si se trata de manera adecuada, pero aún sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más mortales en el mundo. En el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2022, se menciona que 10,6 millones de personas fueron reportadas con tuberculosis, con un incremento del 4,5 % respecto al año anterior; para una tasa de incidencia de 134 casos por cada 100 000 habitantes y una disminución del 10 % de los casos para el periodo 2015 al 2021. En la mortalidad se reportó un total de 1,5 millones de fallecidos por tuberculosis con tasa de 17 muertes por 100 000 habitantes. Esto indica que no se han cumplido las metas de reducción del 20 % de la incidencia, reducción del 35 % de la mortalidad y de los costos catastróficos como se esperaba alcanzar para el 2020.

Geográficamente, la mayoría de las personas afectadas por tuberculosis están en las regiones de la OMS de Asia Sudoriental (45 %), África (23 %) y el Pacífico Occidental (18 %), las proporciones más bajas están en el Mediterráneo Oriental (8,1 %), América (2,9%) y Europa (2,2%). Los 30 países con alta carga representaron el 87 % de todos los casos



incidentes en el mundo y los ocho países que representaron más de dos tercios del total mundial son: India (28 %); Indonesia (9,2 %); China (7,4 %); Filipinas (7,0 %); Pakistán (5,8 %); Nigeria (4,4 %); Bangladesh (3,6 %) y República Democrática del Congo (2,9 %) (1).

Las nuevas estimaciones también ponen de relieve las vidas que las enfermedades transmisibles siguen cobrándose en los países de ingresos bajos: seis de las 10 principales causas de muerte en los países de ingresos bajos siguen siendo enfermedades transmisibles: paludismo (sexta causa), tuberculosis (octava) y VIH/sida (novena). Por su parte, en los últimos años, los informes de la OMS apuntan a una desaceleración o estancamiento general de los progresos contra enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis y el paludismo.”

“Antes de la pandemia de COVID-19 muchos países estaban consiguiendo sólidos progresos en la lucha contra la tuberculosis, lo que se tradujo en un 9% de reducción de la incidencia entre 2015 y 2020, y un 14% de disminución de las defunciones en el mismo período. Los compromisos políticos de alto nivel en los ámbitos mundial y nacional estaban dando frutos. Sin embargo, un nuevo informe de la OMS señala que el acceso a servicios de lucha contra la tuberculosis sigue planteando un reto, y que las metas mundiales relativas a prevención y tratamiento probablemente no se alcanzarán si no se adoptan medidas y se realizan inversiones de manera urgente.

En 2020, unos 1,4 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con la tuberculosis. De los 10 millones de personas que se calcula desarrollaron la tuberculosis ese año, unos 3 millones no tenían diagnosticada la enfermedad, o sus casos no se notificaron oficialmente a las autoridades nacionales.

La situación es aún más grave para las personas con tuberculosis farmacorresistente. En 2020 se diagnosticó esa forma de tuberculosis a unas 465 000 personas, de las que menos del 40% podían acceder al tratamiento. Los progresos han sido limitados también en lo que respecta a la ampliación del acceso al tratamiento preventivo de la tuberculosis.”. Factores de Riesgo: Siguiendo entonces con conceptos de la OMS sobre tuberculosis, esta organización informa sobre varios factores de riesgos relacionados con tuberculosis.

“Las personas con VIH tienen 20 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa que las VIH-negativas”.

“Las personas con desnutrición tienen 3 veces más probabilidades de desarrollar la enfermedad. De todos los nuevos casos de TB que se registraron en el mundo en 2018, 2,3 millones se atribuyeron a la desnutrición”.

“El abuso del alcohol y el tabaquismo multiplican el riesgo de desarrollar TB por 3,3 y 1,6, respectivamente. De los nuevos casos de TB que se produjeron en el mundo en 2018, 0,83 millones se atribuyeron al abuso del alcohol y 0,86 millones al tabaquismo” (OMS).





A nivel mundial, la incidencia fue de 127 casos (IC 95% 114–140) por 100 000 habitantes y está disminuyendo en aproximadamente el 2% anual, y entre 2015 y 2020 la reducción acumulada fue del 11%. En la Región de las Américas de la OMS, la incidencia parece estar aumentando lentamente debido a una tendencia al alza en Brasil desde 2016. La consecuencia más inmediata de la gran caída en el número de personas recién diagnosticadas con TB en 2020 es un aumento en el número de personas que fallecieron por TB en 2020, en todos los niveles: mundial, regional y nacional. El número global de muertes clasificadas oficialmente como causadas por TB (1,3 millones) en 2020 fue casi el doble del número causado por el VIH/SIDA (0,68 millones), y la mortalidad por TB se ha visto más afectada por la pandemia de COVID-19 en 2020 que la mortalidad

Situación epidemiológica en las Américas

En la Región de las Américas de la OMS, la incidencia parece estar aumentando lentamente debido a una tendencia al alza en Brasil desde 2016.

La consecuencia más inmediata de la gran caída en el número de personas recién diagnosticadas con TB en 2020 es un aumento en el número de personas que fallecieron por TB en 2020, en todos los niveles: mundial, regional y nacional. El número global de muertes clasificadas oficialmente como causadas por TB (1,3 millones) en 2020 fue casi el doble del número causado por el VIH/SIDA (0,68 millones), y la mortalidad por TB se ha visto más afectada por la pandemia de COVID-19 en 2020 que la mortalidad

La tasa estimada de mortalidad por TB en la Región de las Américas ha disminuido de 2,20 defunciones por cada 100 000 habitantes en el 2010 a 1,70 en el 2019. La disminución de la tasa de mortalidad estimada en pacientes con coinfección TB/VIH ha sido menor, pasando de 0,68 a 0,58 por cada 100 000 habitantes en el mismo periodo. La letalidad estimada por TB es 7% en la Región de las Américas, frente a 14% a nivel mundial.

El tamizaje del VIH en pacientes con TB es inferior a 80% y solo 58% de los casos notificados con coinfección TB/VIH en el 2019 recibieron tratamiento antirretroviral. Es necesario fortalecer la coordinación entre los programas de TB y VIH y garantizar que se logre 100% en estos indicadores.

En el 2019, se estimó que hubo 29 700 casos de TB asociados a la infección por el VIH (11% del total de casos estimados de TB), de los cuales se notificaron 20 132 (68%).

Los países con mayor número de casos estimados de coinfección por TB/VIH fueron Brasil (11 000 casos), México (3500 casos), Haití (3000 casos) y Perú (2400 casos). La mayoría de los países no cuentan aún con información sobre el porcentaje de hogares que enfrentan costos catastróficos debidos a la TB.

Situación epidemiológica en Colombia



(6) 880 1620



Carrera 21 # 29-29

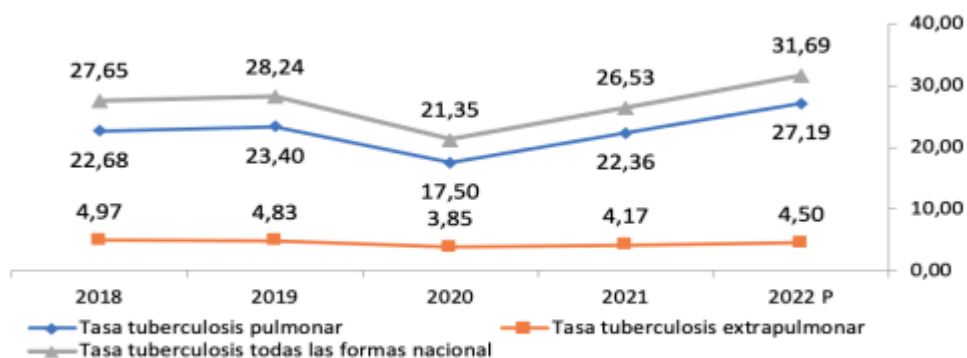


www.saluddecaldas.gov.co

En el país para el 2022 se notificaron 17 341 casos con una tendencia al incremento comparado con 14. 902 casos del 2019, y un incremento de 20,6 % de los casos con respecto a 2021 (14 383). En relación con la tasa de incidencia, el 2022 con 31,69 por 100 000 habitantes presentó un incremento comparado con la tasa de 28,24 por 100 000 habitantes en 2019 y un aumento de 19,4 % comparado con la tasa de 2021 (26,53 por 100 000 habitantes). En 2020 se presentó la mayor disminución para el período de 2018 a 2022 (figura 1).

En la línea de tiempo, es necesario tener en cuenta que en el 2020 se expidió la Resolución 227 con algoritmos diagnósticos para el país y en 2022 se entregaron 11 equipos de biología molecular; por lo cual se esperaba tener un incremento de casos debido al fortalecimiento en el diagnóstico (figura 1)

Figura 1. Incidencia de tuberculosis, Colombia, 2018 - 2022P



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018 a 2022P,
DANE, Proyecciones 2018 de población 2022

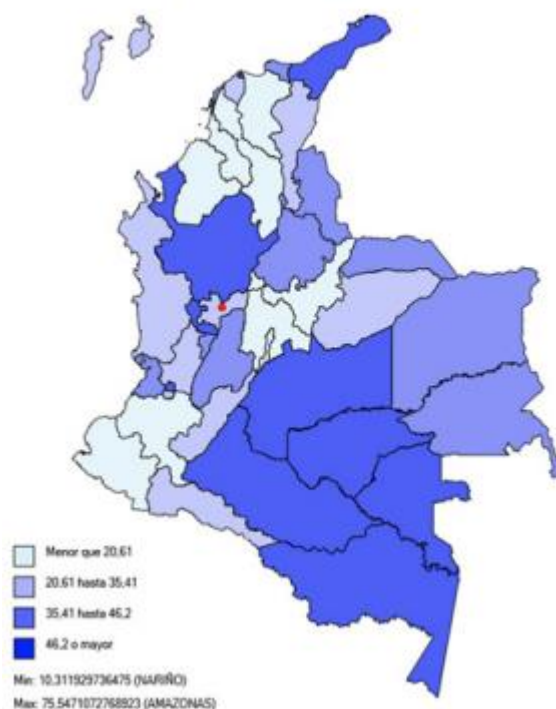
Para el 2022, en el sexo masculino se presentó mayor ocurrencia con una tasa de 44,8 por 100 000 habitantes. Los grupos de edad más afectados fueron el de 25 a 34 años con tasa de incidencia de 45,13 por 100 000 habitantes, seguido de los mayores de 65 años con 70,27 por 100 000 habitantes.

Según la configuración de caso, se evidenció en el país que el 77,4 % de los casos fueron confirmados por laboratorio. Por localización de la tuberculosis, se presentó la forma pulmonar en el 86,1 % de los casos y en el 13,9 % la forma extrapulmonar; en esta última las más frecuentes son la tuberculosis pleural, meníngea, ganglionar y peritoneal.

Las entidades territoriales de residencia con mayor frecuencia de casos fueron: Antioquia

(3 439), Cali (1 458) y Santander (949). Sin embargo; las entidades territoriales con mayor tasa de incidencia son: Amazonas (77,55 x 100 000); Risaralda (60,95 x 100 000) y Cali (60,33 x 100 000); adicionalmente, estas tres han tenido un incremento en el período de 2019 a 2022. Las entidades territoriales con menor tasa de incidencia fueron Nariño (10,31 x 100 000); Sucre (11,93 x 100 000) y Cundinamarca (12,79 x 100 000), lo cual pone el Departamento de Caldas en una segunda escala de alertas en notificación y propagación de la enfermedad (figura 2).

Figura 2. Incidencia de tuberculosis por entidad territorial de residencia, Colombia, 2022P



Fuente: Casos nuevos, Sivigila Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 DANE, Proyecciones 2018 de población 2022

2. OBJETIVOS

Describir el comportamiento y características con las que se presenta la tuberculosis, en el Departamento de Caldas durante el periodo 2022, con el fin de orientar las acciones y la toma de decisiones de manera oportuna y real para la prevención y control de la misma.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de tuberculosis y establecer situaciones de alerta, brote, emergencia o cambios en la tendencia de la enfermedad.
2. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos e incluidos en las metas del “Plan Estratégico Hacia el fin de la Tuberculosis” de Colombia.
3. Describir las características del comportamiento social, demográfico y epidemiológico en grupos de riesgo priorizados para tuberculosis, que sirva de insumo para la orientación de acciones individuales y colectivas tanto para la prevención como para el control de este evento.
4. Dar a conocer el comportamiento de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis todas las formas en Caldas durante el año 2022.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración del presente informe se revisó la base de datos departamental de la notificación individual del SIVIGILA evento código 813 – Caldas, en donde se incluye lo notificado por el departamento y la retroalimentación enviada por el Instituto nacional de Salud con corte a la semana epidemiológica 52 del año 2022.

A estos registros se les realizó la evaluación de calidad; se depuraron y eliminaron los casos repetidos o que no cumplían con la definición de casos y se finalizó con el análisis de los datos y la presentación de los resultados en tablas, gráficas y mapas. Para el análisis de la información se utilizaron los programas de Epiinfo y Excel.

Se realizó el análisis a partir de las variables: semana epidemiológica, edad, sexo, departamento, municipio y área de ocurrencia de los casos, ocupación del paciente, tipo de seguridad social en salud, pertenencia étnica, grupo poblacional, fueron obtenidos de las fichas epidemiológicas, datos básicos.

El informe se realizó de acuerdo al nivel de medición, los valores y la codificación establecido en las fichas de notificación.

Los datos se procesaron en el programa Microsoft Office Excel, utilizando frecuencias absolutas y relativas para la generación de un análisis descriptivo retrospectivo de la situación del evento, estimando la magnitud en tiempo lugar y persona; estableciendo su tendencia y detectando cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo.

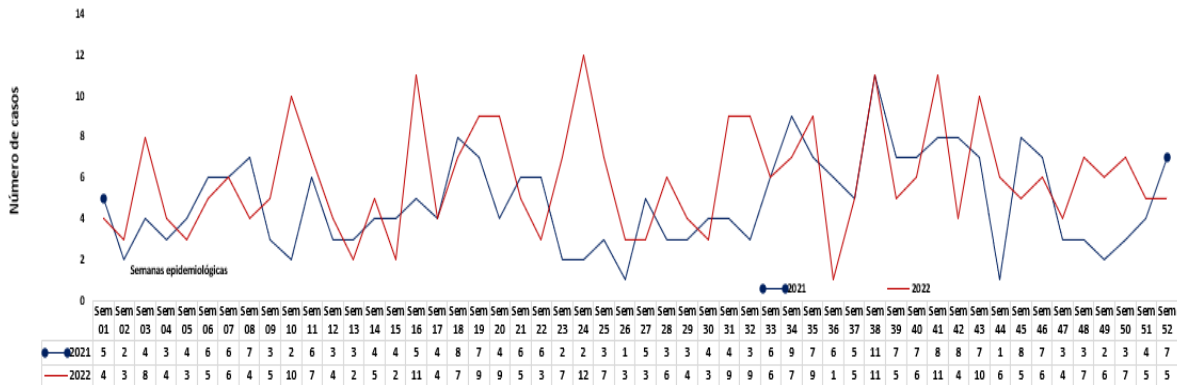
4. HALLAZGOS

En el departamento se observa en la tendencia 2000 a 2022 como a partir del año 2012 la tendencia del evento ha mostrado un incremento progresivo y solo en el año 2018 la curva



inicio un descenso sostenido, encontrando que en la vigencia 2020 se presentaron 192 casos, en el año 2021 se notifican 251 casos y en durante el 2022 con corte a semana epidemiológica 52, se notifican 309 casos. (gráfica 2)

Gráfica 2. Tendencia de la tuberculosis en Caldas años 2000 – 2022



Fuente- Sivigila Caldas

En la tabla 1, se evidencia que los municipios de La Dorada, Chichina y Palestina tienen una tasa de incidencia superior a 50 casos por 100.000 habitantes, de igual manera los municipios de Manizales, Anserma, La merced, Manizales, Marmato, Neira, Norcasia, Riosucio, San José, Supia y Villamaria presentan una tasa de incidencia entre 10 y 50 casos por 100.000 habitantes en.

En el 40% de los municipios del Departamento se observa una incidencia inferior a 10 casos por 100.000 habitantes.



(6) 880 1620



Carrera 21 # 29-29



www.saluddecaldas.gov.co

Tabla 1- Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para todos los municipios del Departamento de Caldas, año 2022

TASA DE INCIDENCIA X 100.000 HABITANTES							
Municipio	Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis Extrapulmonar	% Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis % Extrapulmonar	Total	Poblacion	Incidencia por 100,000 HB
AGUADAS	1		0,3	0,0	1	23452	4,3
ANSERMA	10	1	3,2	0,3	11	37335	29,5
BELALCAZAR	1		0,3	0,0	1	10837	9,2
CHINCHINA	35	2	11,3	0,6	37	53184	69,6
FILADELFIA	1		0,3	0,0	1	11600	8,6
LA DORADA	45	3	14,6	1,0	48	75319	63,7
LA MERCED		1	0,0	0,3	1	5985	16,7
MANIZALES	119	18	38,5	5,8	137	454077	30,2
MANZANARES	1		0,3	0,0	1	18106	5,5
MARMATO	3		1,0	0,0	3	9330	32,2
MARQUETALIA	1		0,3	0,0	1	13727	7,3
NEIRA	6	1	1,9	0,3	7	21484	32,6
NORCASIA	1		0,3	0,0	1	6235	16,0
PACORA	1		0,3	0,0	1	15593	6,4
PALESTINA	8	3	2,6	1,0	11	15956	68,9
PENSILVANIA	1		0,3	0,0	1	20102	5,0
RIOSUCIO	10	4	3,2	1,3	14	52878	26,5
RISARALDA	1		0,3	0,0	1	10753	9,3
SALAMINA	2		0,6	0,0	2	19733	10,1
SAMANA	2		0,6	0,0	2	20317	9,8
SAN JOSE	2		0,6	0,0	2	5002	40,0
SUPIA	8	2	2,6	0,6	10	29884	33,5
VICTORIA	1		0,3	0,0	1	10533	9,5
VILLAMARIA	10	1	3,2	0,3	11	68625	16,0
VITERBO	2	1	0,6	0,3	3	13078	22,9
Total general	272	37	88,0	12,0	309	1036455	29,8

Fuente- Sivigila Caldas

Tabla 2- Histórico de prevalencia de la Tuberculosis por 100,000 habitantes, municipios de procedencia.

Año 2009 al 2022

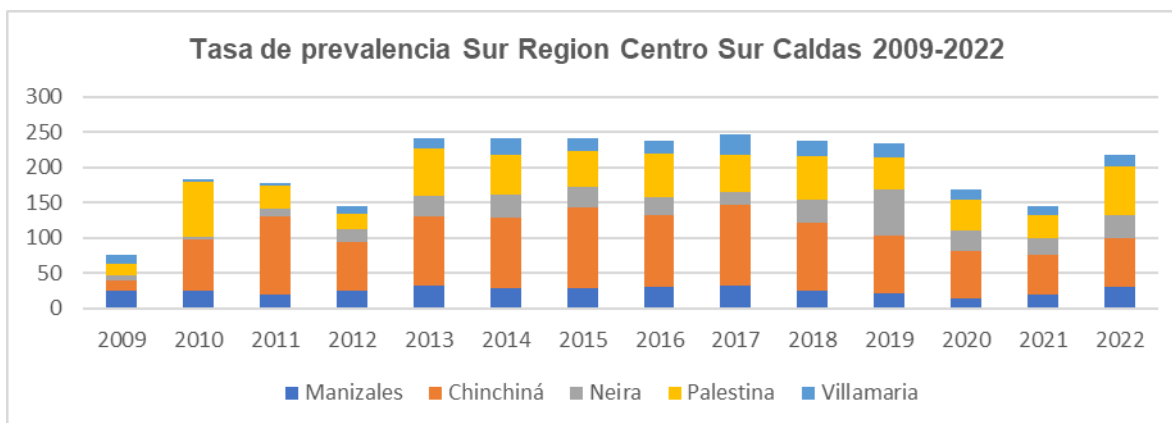
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Manizales	25,07	24,97	19,99	25,79	31,79	28,13	28,53	30,95	33,1	25,74	22,02	14,79	19,77	30,2
Aguadas	8,55	0	4,36	4,4	4,44	8,97	9,06	9,15	13,85	9,33	4,37	0	8,6	4,3
Anserma	8,68	11,61	8,74	14,63	29,37	17,69	11,84	20,79	14,91	11,98	16,48	10,9	18,92	29,5
Aranzazu	236,62	8,26	0	8,44	8,55	25,94	17,51	26,57	26,87	27,21	9,49	9,47	28,18	0
Belalcázar	0	8,8	0	8,96	18,08	9,12	36,82	9,29	18,78	18,94	9,4	28,17	9,31	9,2
Chinchiná	15,18	72,4	110,91	69,1	98,26	100,59	114,58	101,4	113,56	96,31	81,12	66,96	56,91	69,5
Filadelfia	8,3	8,42	0	34,67	17,6	8,93	18,13	9,2	18,67	0	26,32	0	8,7	8,6
La Dorada	53,61	57,32	42,43	30,34	24,94	56,15	90,95	107,3	84,9	97,27	75,37	54,05	83,05	63,7
La Merced	0	0	0	0	0	17,78	36,31	0	56,81	58	16,9	34	16,86	16,7
Manzanares	8,21	4,14	4,17	4,2	12,7	0	4,3	12,98	4,36	0	5,62	0	5,57	5,5
Marmato	0	0	0	22,46	22,3	22,16	32,98	10,91	0	10,76	11,07	10,91	10,81	32,5
Marquetalia	6,71	0	0	20,06	13,36	0	13,34	6,67	6,66	6,66	0	0	14,7	7,3
Marulanda	28,98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neira	6,87	3,41	10,14	16,76	29,95	33,02	29,5	26,02	19,38	32,07	66,54	28,42	23,48	32,6
Norcasia	0	15,06	15,18	0	0	0	31,38	15,82	0	0	16,46	0	16,18	16
Pacora	0	7,42	0	7,79	7,97	0	8,37	8,57	0	17,97	6,54	0	6,47	6,4
Palestina	16,71	78,12	33,54	22,39	67,29	56,2	50,68	62,09	50,92	62,36	44,88	44,64	31,62	68,9
Pensilvania	7,58	7,58	7,58	0	0	3,79	7,59	7,59	15,18	11,39	10,11	15,19	10,04	5
Riosucio	1,75	8,63	10,23	11,8	21,64	24,67	14,63	16,05	11,1	10,97	21,41	7,7	22,9	26,5
Risaralda	9,77	9,87	9,97	20,17	10,2	61,9	0	31,68	10,68	21,61	56,39	0	18,76	9,3
Salamina	32,08	10,9	27,79	17,01	17,35	11,79	12,02	12,26	18,74	19,11	5,16	10,31	10,23	10,1
Samana	0	7,77	7,77	7,77	11,65	3,88	0	11,64	19,39	0	14,91	5,01	4,97	9,8
San José	0	13,18	13,19	0	13,19	13,17	13,18	26,33	39,54	0	41,03	20,34	40,34	40
Supia	11,72	3,88	3,85	11,46	22,76	26,37	22,45	22,3	22,14	21,98	27,57	10,22	16,88	33,5
Victoria	22,46	0	0	11,53	0	35,27	35,65	24,04	24,32	49,24	9,75	19,32	19,16	9,5
Villamaria	11,97	3,91	3,84	11,3	14,77	23,54	17,76	17,43	30,78	21,81	19,64	14,83	13,23	16
Viterbo	23,44	7,86	7,9	7,93	15,93	8	24,06	24,12	24,17	16,13	0	7,78	15,43	22,9
Caldas	21,81	22,49	20,81	21,69	28,15	29,61	32,49	34,45	34,58	30,89	27,67	18,85	24,43	29,8

Fuente- Sivigila Caldas

En el análisis del evento por prevalencia retrospectiva del 2009, se puede observar que los

municipios de Chinchiná, La Dorada y Palestina presentan una cifra superior a la del departamento y esta información coincide con la tabla 1.

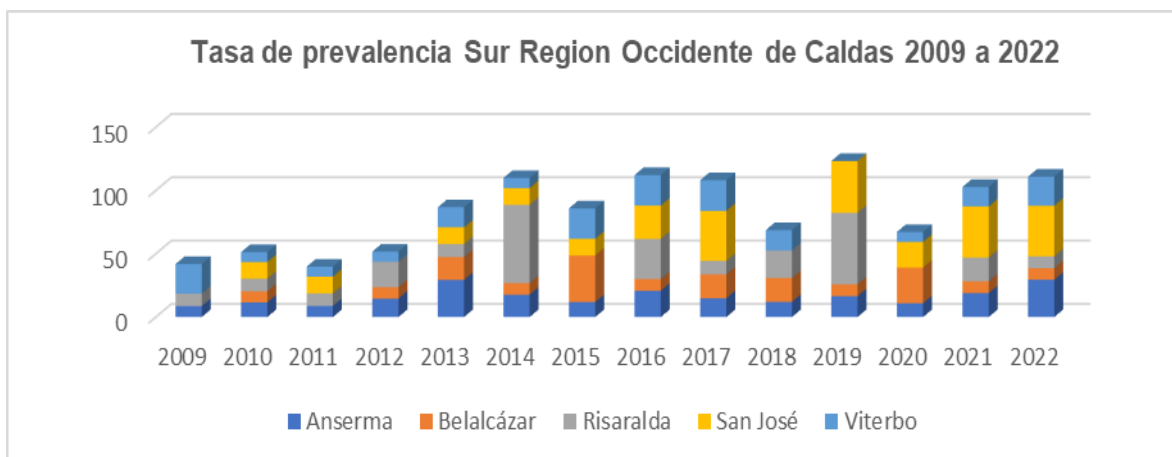
Grafica 3. Histórico de Prevalencia Región Centro Sur



Fuente- Sivigila Caldas

En la subregión centro sur, el municipio de Chinchiná presenta las cifras más elevadas del en el periodo, en el histórico registrado para los años 2014, 2015, 2016 y 2017 se observaron picos con un número de casos superior a 100 por 100.000 habitantes, para el año 2022 se observa una tasa de 69.6 eventos.

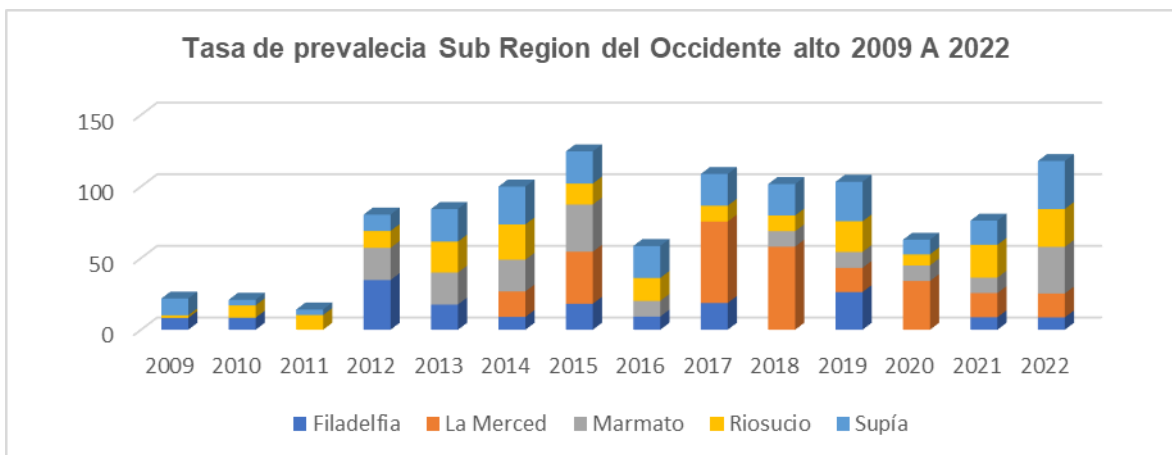
Grafica 4. Histórico de Prevalencia Región Occidente



Fuente- Sivigila Caldas

En la subregión occidente bajo, el municipio de Risaralda presenta la tasa de prevalencia más alta de la de la subregión en 2 de los 16 años analizados, siendo más elevada la del año 2014, con una cifra de 61,90 por 100,000 habitantes, en el año 2021 y 2022 el Municipio de San José ha presentado tasas superiores a 40.

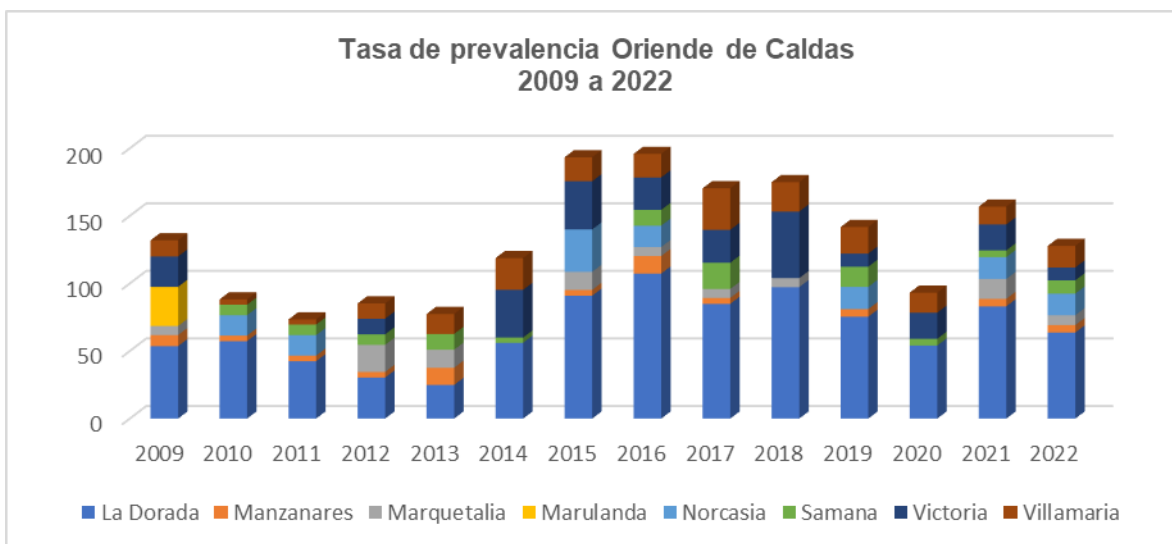
Grafica 5. Histórico de Prevalencia Región Occidente Alto



Fuente- Sivigila Caldas

En la subregión occidente alto, el municipio de La merced presenta la tasa de prevalencia más alta de la subregión en 4 de los 16 años analizados, siendo más elevada la del año 2018, con una cifra de 58 casos por 100,000 habitantes y en el año 2017 con 56,8. Para el 2022 el municipio de Supia r e presenta la cifra más alta con 33 casos por 100,000 habitantes.

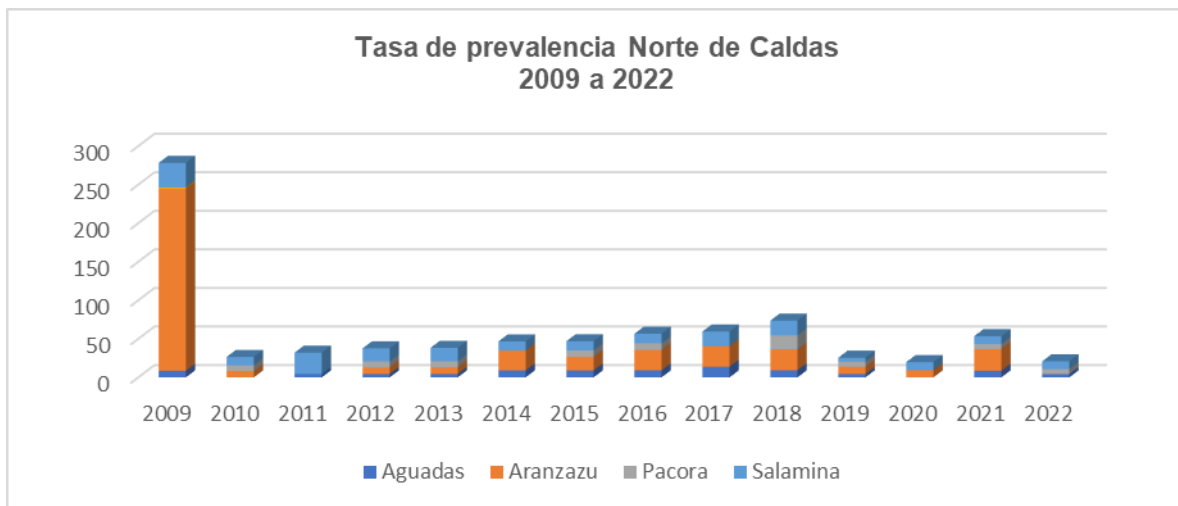
Grafica 6. Histórico de Prevalencia Región Oriente



Fuente- Sivigila Caldas

En la subregión del Oriente Caldense, solo el municipio de La Dorada presenta de forma continua en los 15 años analizados tasas superiores a la de la subregión, siendo la más elevada la del año 2016 con una cifra de 107,30 por 100,000 habitantes y para el 2022 presenta una incidencia del 63,7 por 100,000 habitantes

Grafica 7. Histórico de Prevalencia Región Norte



Fuente- Sivigila Caldas

En la subregión Norte, el municipio de Aránzazu presenta la tasa de prevalencia más alta de la subregión en 10 de los 16 años analizados, siendo la más elevada la del año 2009, con una cifra de 236,62 por 100,000 habitantes y para el año 2022 observamos que los municipios de esta región se encuentran por debajo de los 10 casos x 100.000 habitantes, y que Aránzazu no reporta casos para el periodo.

Tabla 3. Variables demográficas y sociales de los casos de tuberculosis
Caldas, 2022

Durante el año 2022 se notificaron 309 casos de tuberculosis todas las formas, respecto al comportamiento del evento según variables sociales y demográficas, el 67,3,1% (n=208) de los casos se registró en el sexo masculino; el 20,7% (n= 64) corresponden a mayores de 65 años, el 48,5% (n=150) pertenecen al régimen subsidiado, según área de ocurrencia de los casos el 83,2% (n=257) se presentaron en cabecera municipal.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	101	32,7
	Masculino	208	67,3
Tipo de régimen en salud	Contributivo	121	39,2
	Excepción	25	8,1
	Indeterminado/Pendiente	5	1,6
	No Asegurado	8	2,6
	Subsidiado	150	48,5
Grupos de edad	< 1 Año	2	0,6
	01 a 4 Años	4	1,3
	05 a 9 Años	4	1,3
	10 a 14 Años	6	1,9
	15 a 19 Años	7	2,3
	20 a 24 Años	19	6,1
	25 a 29 Años	26	8,4
	30 a 34 Años	27	8,7
	35 a 39 Años	25	8,1
	40 a 44 Años	26	8,4
	45 a 49 Años	16	5,2
	50 a 54 Años	27	8,7
	55 a 59 Años	30	9,7
	60 a 64 Años	26	8,4
	65 y más Años	64	20,7
Area de Ocurrencia	Cabecera Municipal	257	83,2
	Centro Poblado	17	5,5

Tabla 3- Fuente Sivigila

Tabla 4. Distribución de casos de Tuberculosis por grupo poblacional- Población Privada de la Libertad, Caldas 2022

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	22	88,0
	Femenino	3	12,0
Pertenencia étnica	Rom Gitano	1	4,0
	Otro	24	96,0
Grupo de Edad	20-24	1	4,0
	25-29	7	28,0
	30-34	4	16,0
	35-39	7	28,0
	40-44	4	16,0
	45-49	2	8,0
Clasificación	Variable	Casos	Porcentajes
Tipo de Tuberculosis	Pulmonar	24	96,0
	Extrapulmonar	1	4,0
Tipo de caso	Laboratorio	25	100,0
	Clinico	0	0,0
	Nexo	0	0,0
Según antecedente de tratamiento	Nuevo	23	92,0
	Previamente tratado	2	8,0

Tabla 4 - Fuente Sivigila

Privados de la libertad: La OMS, menciona “que las condiciones de encarcelamiento pueden propiciar la propagación de enfermedades infectocontagiosas, debido al hacinamiento y a la escasez de ventilación, lo cual hace que en las cárceles del país el riesgo de adquirir tuberculosis sea hasta 100 veces mayor que entre la población civil”.

En el año 2022 en Caldas se presentaron 25 casos confirmados en población privada de la libertad por laboratorio clínico, el 96% corresponden a TB pulmonar y solo 1 de los casos fue diagnosticado con TB extrapulmonar. De igual manera encontramos que en el 8% de los casos se encontró antecedente de tratamiento farmacológico previo para la enfermedad.

Tabla 5. Distribución de casos de Tuberculosis por grupo poblacional-Habitante de Calle, Caldas 2022

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	5	100,0
	Femenino	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	0	0,0
	Otro	5	100,0
Grupo de edad	20-24	1	20,0
	30-34	1	20,0
	35-39	1	20,0
	45-49	1	20,0
	55-59	1	20,0
Clasificación	Variable	Casos	Porcentajes
Tipo de Tuberculosis	Pulmonar	5	100,0
	Extrapulmonar	0	0,0
Tipo de caso	Laboratorio	4	80,0
	Clinica	1	20,0
Según antecedente de tratamiento	Nuevo	5	100,0
	Previamente tratado	0	0,0

Tabla 5 - Fuente Sivigila

Habitante de calle: Tal como lo expresa el INS, en el informe de tuberculosis del 2021, “los habitantes de calle viven en extremas condiciones de pobreza lo que aumentan el riesgo de ser infectados por el bacilo tuberculoso, por ello se estima que el habitante de la calle tiene de 10 a 85 veces más riesgo de contraer la enfermedad a comparación con la población general”.

El reporte de casos al Sivigila para el 2022, fue de 5 casos de tuberculosis en población habitante de calle, el sexo masculino aporta el 100% de los casos (n= 5), el comportamiento según grupo de edades para el año 2022 fue muy disperso, según pertenecía étnica, todos los casos se presentaron en otros grupos poblacionales. El 100% de los casos son casos nuevos de tuberculosis pulmonar.

Tabla 6. Distribución de casos de Tuberculosis Menores de 14 años
Caldas 2022

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	8	50,0
	Femenino	8	50,0
Pertenencia étnica	Indígena	2	12,5
	Rom Gitano	1	6,3
	Otro	13	81,3
Grupo de edad	< 1 año	4	25,0
	5 a 9 Años	4	25,0
	10 a 14 Años	8	50,0
Clasificación	Variable	Casos	%
Tipo de Tuberculosis	Pulmonar	10	62,5
	Extrapulmonar	6	37,5
Tipo de caso	Laboratorio	8	50,0
	Clinico	7	43,8
	nexo	1	6,3
Según antecedente de tratamiento	Nuevo	14	87,5
	Previamente tratado	2	12,5
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	3	18,8
	Ganglionar	3	18,8

Tabla 6 - Fuente Sivigila

Menores de catorce años: para el año 2022 se notificaron al Sivigila 16 casos de tuberculosis en población menor de catorce años, según el comportamiento demográfico y social el sexo aporta proporciones iguales, el grupo de edad más afectado fue el de 10 a 14 años con el 50 %, pero se observa un alto porcentaje de casos en menore de 5 años.

En cuanto al tipo de tuberculosis el 62,5% fue de origen pulmonar y el 37.5 fue extrapulmonar (n=6) localizada anatómicamente a nivel pleural y ganglionar, el 50 % de los casos se diagnosticaron por laboratorio, el 43,8 por clínica y un caso aislado por nexa epidemiológico.

Tabla 7. Comportamiento casos de tuberculosis según hospitalización, Caldas 2022

Municipio de Hospitalización	Casos Hospitalizados	Casos	Porcentaje
AGUADAS		1	0,0
ANSERMA	6	11	54,5
BELALCAZAR	1	1	100,0
CHINCHINA	18	37	48,6
FILADELFIA		1	0,0
LA DORADA	22	48	45,8
LA MERCED	1	1	100,0
MANIZALES	55	137	40,1
MANZANARES		1	0,0
MARMATO	2	3	66,7
MARQUETALIA	1	1	100,0
NEIRA	6	7	85,7
NORCASIA		1	0,0
PACORA	1	1	100,0
PALESTINA	7	11	63,6
PENSILVANIA		1	0,0
RIOSUCIO	5	14	35,7
RISARALDA		1	0,0
SALAMINA	1	2	50,0
SAMANA	1	2	50,0
SAN JOSE	1	2	50,0
SUPIA	5	10	50,0
VICTORIA		1	0,0
VILLAMARIA	5	11	45,5
VITERBO	1	3	33,3
Total general	139	309	45,0

Tabla 7 - Fuente Sivigila

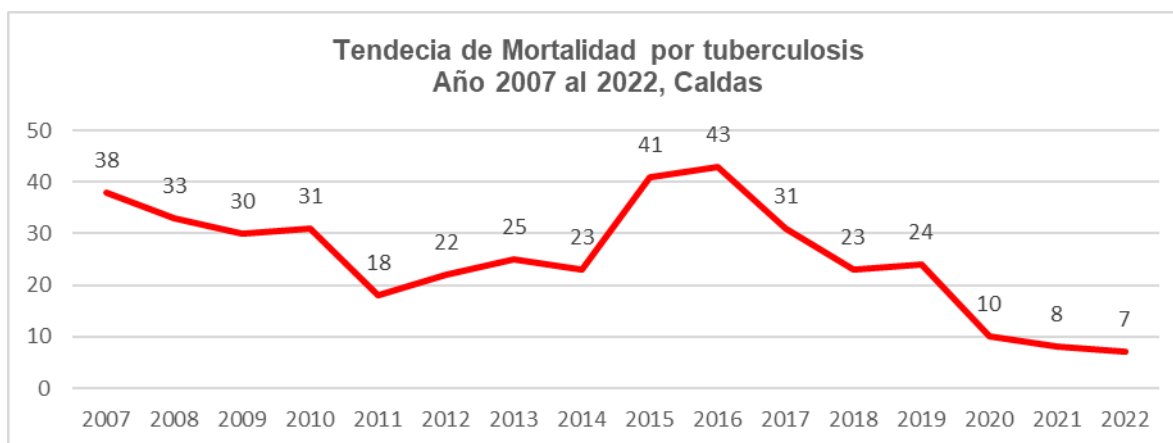
Observamos que del total de pacientes notificados en el Departamento el 45% estuvo hospitalizado por la exacerbación de la sintomatología clínica. Sin embargo los municipios con mayor número de pacientes hospitalizados fueron: Chinchina, La Dorada, Manizales y Palestina.

Tabla 8. Comportamiento casos de tuberculosis con coinfección VIH, Caldas 2022

Municipio de Procedencia	Total casos de Tuberculosis	Casos Coinfección TB-VIH	Porcentaje
LA MERCED	1	1	100,0
NEIRA	7	2	28,6
SUPIA	10	2	20,0
VILLAMARIA	11	2	18,2
CHINCHINA	37	6	16,2
MANIZALES	137	19	13,9
ANSERMA	11	1	9,1
PALESTINA	11	1	9,1
RIOSUCIO	14	1	7,1
LA DORADA	48	2	4,2
AGUADAS	1		0,0
BELALCAZAR	1		0,0
FILADELFIA	1		0,0
MANZANARES	1		0,0
MARMATO	3		0,0
MARQUETALIA	1		0,0
NORCASIA	1		0,0
PACORA	1		0,0
PENSILVANIA	1		0,0
RISARALDA	1		0,0
SALAMINA	2		0,0
SAMANA	2		0,0
SAN JOSE	2		0,0
VICTORIA	1		0,0
VITERBO	3		0,0
CALDAS	309	37	12,0

Tabla 8 - Fuente Sivigila

Grafica 8. Comportamiento de Mortalidad por tuberculosis, Caldas 2007 a 2022



Fuente Sivigila

En relación a la mortalidad por tuberculosis se observa en la tendencia, 2 picos los años 2015 y 2016 respectivamente, sin que a la fecha se determine la causa de estos, cuando se revisa la mortalidad de tuberculosis, tiene factores en común, la edad, más del 70% de los casos se dan en población de 50 años y más con alguna comorbilidad, y entre un 10 a 15% de los casos tienen confección con VIH, lo anterior se ha apreciado en las unidades de análisis de la mortalidad por este evento, para el año 2022 la tasa de mortalidad tiene una tendencia la baja y es 0,88 por 100000 habitantes.

Tabla 9. Comportamiento de Mortalidad por Tuberculosis por municipio, Caldas 2022

Municipio	Casos Mortalidad	%	Tasa de Mortalidad por 100,000 HB	Poblacion
ANSERMA	1	0,3	2,7	37335
BELALCAZAR	1	0,3	9,2	10837
CHINCHINA	5	1,6	9,4	53184
LA DORADA	2	0,6	2,7	75319
MANIZALES	6	1,9	1,3	454077
MARMATO	1	0,3	10,7	9330
PALESTINA	2	0,6	12,5	15956
RIOSUCIO	1	0,3	1,9	52878
VILLAMARIA	2	0,6	2,9	68625
CALDAS	21	6,8	2,0	1036455

Tabla 9 - Fuente Sivigila

Para el año 2022, los municipios con mayor letalidad son Marmato, Palestina, Chinchiná y Belalcazar, el municipio con una letalidad inferior a la del departamento es Manizales.

Del total de muertes reportadas para el periodo 33,3% (n=7) corresponde a procesos patológicos con comorbilidad con VIH.

5. DISCUSIÓN

El comportamiento de tuberculosis todas las formas según grupos de edad y sexo muestra que los grupos de edad de 65 años y más, aportan igual número de casos que otras edades, a diferencia del año 2020 donde se aportó más por parte de este grupo poblacional, en relación al sexo, es el sexo masculino quién más reporta casos, así mismo el informe del INS de tuberculosis del año 2017, indica que varios estudios establecen que el sexo masculino tiene un mayor para contraer la tuberculosis, por hábitos como de consumo como el tabaco, el alcohol, la drogadicción, también por el mayor desarrollo social, esto se describe en los estudios de Gonzales R, et al (9); Blanco y .Zambrano.

Estos estudios también afirman que los adultos mayores constituyen un riesgo para la tuberculosis por la comorbilidad como EPOC, Diabetes Mellitus, Enfermedades cardiovasculares, Demencia y malnutrición, Por lo tanto, se concluye que la tuberculosis en Caldas al igual que en el país y otros lugares del mundo, es más frecuente en el sexo masculino y la población de 65 años y más.

Por población vulnerable, los privados de la libertad, habitante de calle, y pertenencia étnica indígena, afrocolombiano y ROM gitano entre otros contribuyen un porcentaje importante de casos de la carga de tuberculosis en el departamento al igual que como de observa en el país y en el mundo.

6.CONCLUSIONES

Se presentó incremento en la incidencia tuberculosis y el número de casos a nivel nacional en el 2022, comparado con el año anterior y se logró superar el nivel de incremento que se tenía en 2019. El incremento de casos era esperado por la implementación de las pruebas de laboratorio con mayor sensibilidad y especificidad (cultivo en medio líquido y prueba molecular) en el país con la Resolución 227 de 2020 y la entrega de 11 equipos de laboratorio de biología molecular.

La Coinfección del VIH es del 15,6% (n=30), los municipios de Manizales 13,6 (n=9) y Chinchina 11,4 (n=4) aportan mayor número de casos, lo que muestra una búsqueda activa de casos de tuberculosis en población con VIH, que es importante reforzar en todos los municipios.

En cuanto a cifras de prevalencia e incidencia los municipios de La Dorada y Chinchiná



mostraron una cifra superior a la del departamento, por lo que es recomendable seguir trabajando en búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y la captación temprana de los pacientes con tuberculosis, en el departamento y especialmente en estos dos municipios.

7.RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta el incremento en la incidencia y el número de casos de tuberculosis, comparando el año 2022 (preliminar) con los años 2021 y 2019, es necesario fortalecer la correspondencia entre las fuentes de información principales como son los laboratorios de salud pública, el programa de prevención y control de tuberculosis territorial, programa de VIH, el Sivigila (códigos de eventos: 813 y 850) y estadísticas vitales.

La búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis es la principal estrategia para la identificación de casos nuevos, se debe realizar en el entorno laboral, hogar, educativo, comunitario e institucional; esta actividad está bajo la responsabilidad de las entidades territoriales del orden municipal y distrital, en el marco de las acciones de vigilancia en salud pública durante la investigación epidemiológica de campo y de las intervenciones colectivas a cargo del Programa de Tuberculosis. Además, debe ser coordinada con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y los prestadores de servicios de salud para asegurar la canalización efectiva de sintomáticos respiratorios y garantizar la oportunidad en los diagnósticos microbiológicos.

Es fundamental articular la gestión colaborativa Inter programática de TB y VIH para lograr el abordaje y el manejo integral de las dos enfermedades.



8. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud
http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/consultado_05_mayo_de_2023.
2. World Health Organization. WHO Report Global Tuberculosis Control 2022.
3. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral de la Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
4. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Circular 001 de 2021. Lineamientos para el manejo programático de los medicamentos de segunda línea para el manejo de tuberculosis farmacorresistente en Colombia
5. Consenso de los laboratorios supranacionales (LSN), centros colaboradores (CC) y laboratorios nacionales de referencias (LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA) de “países priorizados” para la aplicación del Xpert-MTB/Rif en las Américas, Guatemala, 11-12 abril de 2011.
5. Bermúdez Pinzón LA, informe de evento (tuberculosis) periodo XIII de 2021, Instituto Nacional de Salud.
6. TUBERCULOSIS Periodo epidemiológico XIII. Colombia, 2022
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20PE%20XIII%202120.pdf>
7. López M, informe de evento (tuberculosis) año 2017, Instituto Nacional de Salud.
8. González Rodríguez Noris Thais, Di Vasto Cuellar Gaetano, Rodríguez Heredia Odalys, Barranco Pedraza Leonor. Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis pulmonar. AMC [Internet]. 2010 Ago [citado 2016 Abr 15]; 14(4): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000400015&lng=es
9. Blanco Zambrano, Gladys Leidis, Arias del Castillo, Ana María, Marrero Rodríguez, Haideé, Quintero Salcedo, Sahily, & Serra Valdes, Miguel A. (2015). Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en el Municipio Manzanillo de 1990 al 2010. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 53(1) Recuperado el 04 de mayo de 2023, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100005&lng=es&tlng=es
9. Fernández Fernández Mireya, Jané Lara Alfredo, Rodríguez Vargas Liana, Carreras Corzo Libertad, García Castañeda Hilda. Tuberculosis, comportamiento de la mortalidad en pacientes de 60 años de edad o más. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Jun [citado 2016 Abr 15]; 28(2): 55-64. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200006&lng=es.