

PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE
CONTROL DE TUBERCULOSIS
SEDES LA PAZ



**IMAGINEMOS UN
FUTURO LIBRE DE
TUBERCULOSIS**

1. ANTECEDENTE.

La tuberculosis se encuentra entre las Enfermedades transmisibles crónicas prioritarias a ser reducida a nivel mundial y nacional.

Es una enfermedad de extrema gravedad que afecta al país en forma endémica; siendo las poblaciones económicamente deprimidas y marginales las más vulnerables por lo que se constituye en una enfermedad social.

Es considerada uno de los indicadores más patéticos de la pobreza, no sólo como consecuencia de la misma, sino como generadora de más pobreza, ya que el 83 % de los enfermos tuberculosos se encuentra en la edad productiva y reproductiva.

A pesar de ser una enfermedad prevenible, la tuberculosis no ha resultado de fácil control en Bolivia, por múltiples causas como la baja percepción de la enfermedad que tiene la comunidad (encuesta CAP 2001), la inaccesibilidad de las poblaciones vulnerables a una atención sanitaria de calidad y sostenible, acompañada de una alta sub-notificación, insuficiente apoyo político, económico y social.

Históricamente debemos mencionar que con el descubrimiento de la estreptomina (1944) y otros medicamentos como la isoniazida, Acido Paramino Salicílico, cicloserina, Etambutol, Rifampicina y Pirazinamida; la evolución terapéutica en Bolivia es de manera gradual, desde esquemas de monoterapia con solo estreptomina por un buen tiempo.

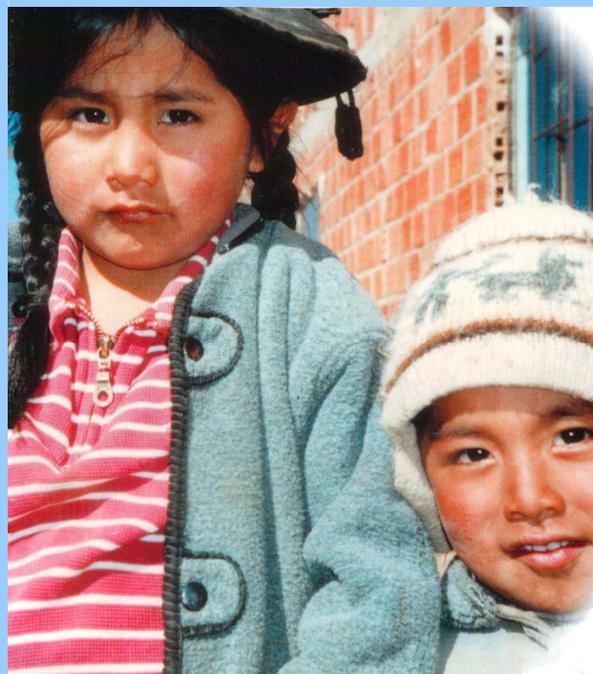
En 1971 ingresa en la quimioterapia, la estreptomina, isoniazida, El Acido Paramino Salicílico, Etambutol y la Thiazina por 12 meses.

En 1986 se incluye la Rifampicina y Pirazinamida a los esquemas de primera línea y se acorta a 7 meses de tratamiento (IRHSZ/6 R2H2).

En 1998 se maneja el esquema diferenciado, y se implementa el esquema de I de 7 a 8 meses (2RHZE/ 6 EH).

En agosto del 2007 se modifica el esquema I de Tratamiento para casos nuevos de 8 a 6 meses: 2RHZE/ 4RH, mismo que se implementa en el 2009.

En procura de revertir la actual situación de salud, el gobierno ha definido una nueva política social, en el cual la salud ocupa un punto central. El Ministerio de Salud enmarcado dentro de esta nueva visión, ha diseñado el Plan de Desarrollo Sectorial 2006 – 2010, planteando como Fin, Mejorar la calidad de Vida y Salud de los bolivianos, mediante el Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, mediante la estrategia de Universalización del acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) a través de los Proyectos de Extensión de coberturas, fortalecimiento de las Redes de Salud, Gestión de la calidad, carácter intercultural, enfoque de género y generacional y Vigilancia de la calidad, producción de bienes y servicios.



MISION.- Vigilar y controlar la tuberculosis con atención integral de Calidad con equidad y eficiencia a la población del Departamento de La Paz.

Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el marco de la nueva política integral de salud ha enmarcado sus funciones y actividades dentro del Modelo de Atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) y de la Estrategia Mundial “Alto a la Tuberculosis” para lograr el control de la tuberculosis en el país, como parte fundamental del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis 2008 – 2010, con una Bolivia Digna, que permita reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis.



Muchos creen que la tuberculosis es una enfermedad del siglo XIX, pero en realidad, nunca ha desaparecido.

La epidemia de Tuberculosis es ahora peor que en cualquier otra época de la historia.

VISION.- La tuberculosis no representara un problema severo de Salud Pública para el Departamento

2.- METAS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Las metas establecidas como compromiso del Programa Departamental de Control de Tuberculosis basados en el Plan Global Alto a la Tuberculosis son:

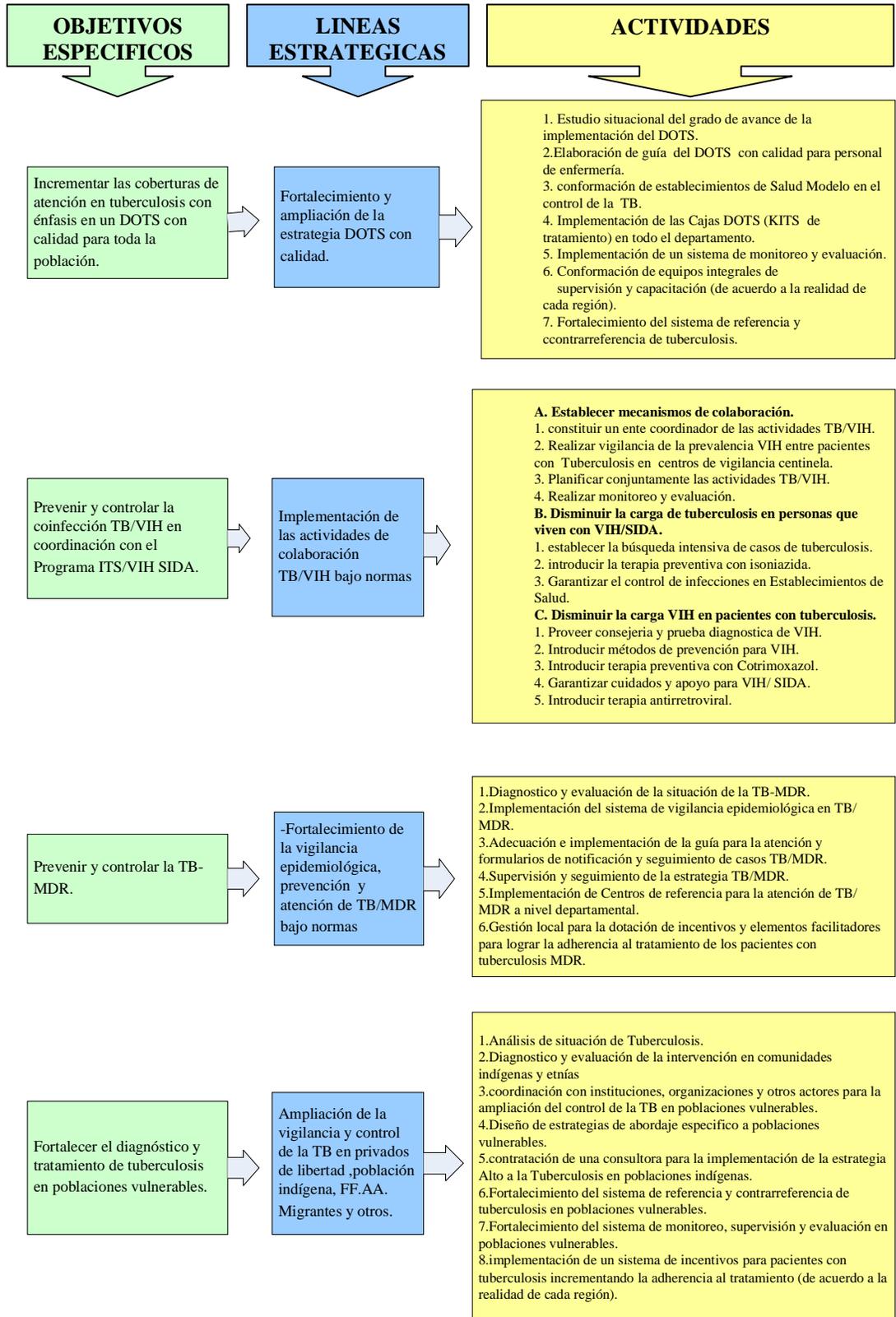
- Detectar el 70% de los casos estimados de TBP BAAR (+).
- Tratar exitosamente al 85% de los mismos.
Lograr una cobertura de estrategia DOTS del 90%
- Reducir a la mitad la prevalencia y mortalidad por tuberculosis al 2015 con respecto a 1990.
- Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública

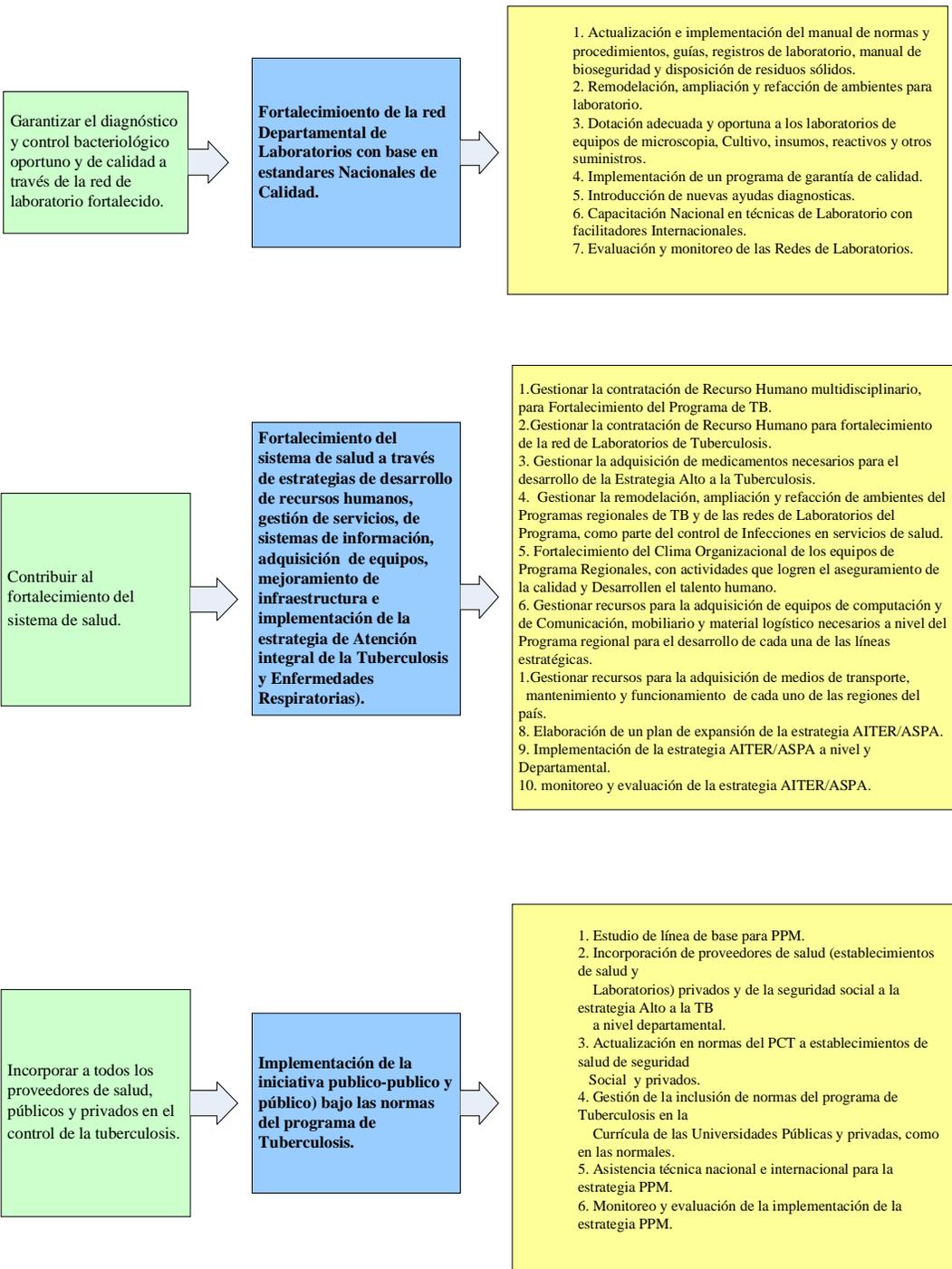
De acuerdo al Plan estratégico del Programa de Control de Tuberculosis del SEDES La Paz debe cumplir los siguientes objetivos y líneas estratégicas:

3.- OBJETIVO, LINEAS ESTRATEGICAS Y ACTIVIDADES

3.1.- GENERAL

Disminuir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis en la población Boliviana en el marco del Modelo de Atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) y de la nueva estrategia “Alto a la Tuberculosis”.





Reducir el estigma e incrementar el acceso a los servicios de control de tuberculosis, con el desarrollo de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS), incluyendo la participación de la comunidad.

Aplicación de estrategias de ACMS y participación comunitaria que facilite el empoderamiento de los afectados y la comunidad acordes al nuevo modelo SAFCL.

1. Implementación de estrategias y directrices de comunicación.
2. Producción y adaptación, publicación y distribución de instrumentos de comunicación adecuada para los diferentes grupos receptores del programa.
3. Implementación de estrategias de abogacía a nivel nacional y regional con diferentes actores y sectores de la población pública y privada.
4. Capacitación y asistencia técnica en abogacía, comunicación y movilización Social.
5. Implementación de la estrategia de movilización social.
6. Implementación de la estrategia del DOTS comunitaria.

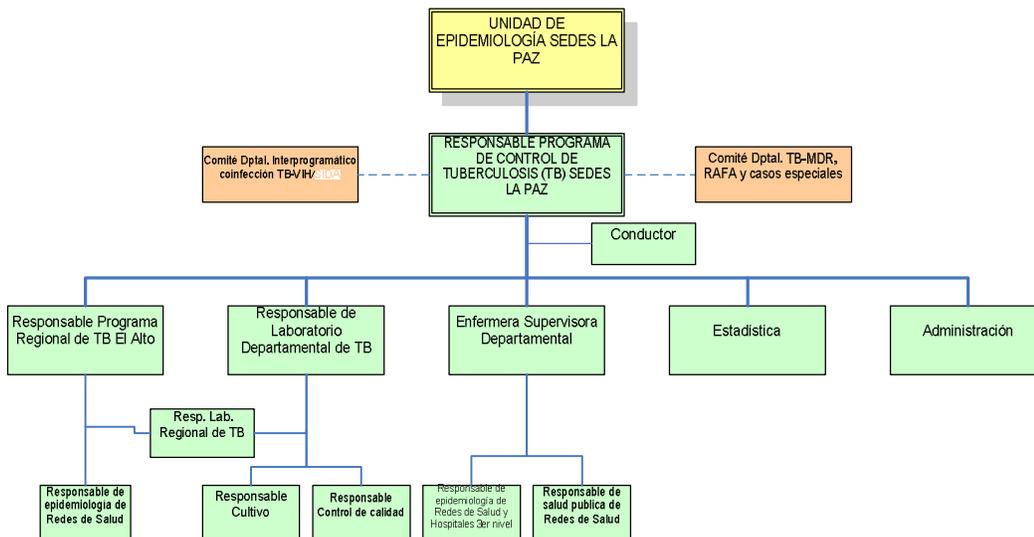
Desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación en tuberculosis

Diseño y ejecución de investigación operativas, clínicas y epidemiológicas en Tuberculosis

1. Diseñar el plan de investigaciones operativas para el programa a nivel nacional y departamental.
2. Estudio de tipo y costo de los estudios de investigación.
3. Diseño y ejecución de investigaciones operativas, clínicas y epidemiológicas en Tuberculosis.
4. Seguimiento y evaluación a las investigaciones operativas.
5. Publicación y difusión de las investigaciones realizadas.

4.- DESARROLLO ORGANIZACIONAL

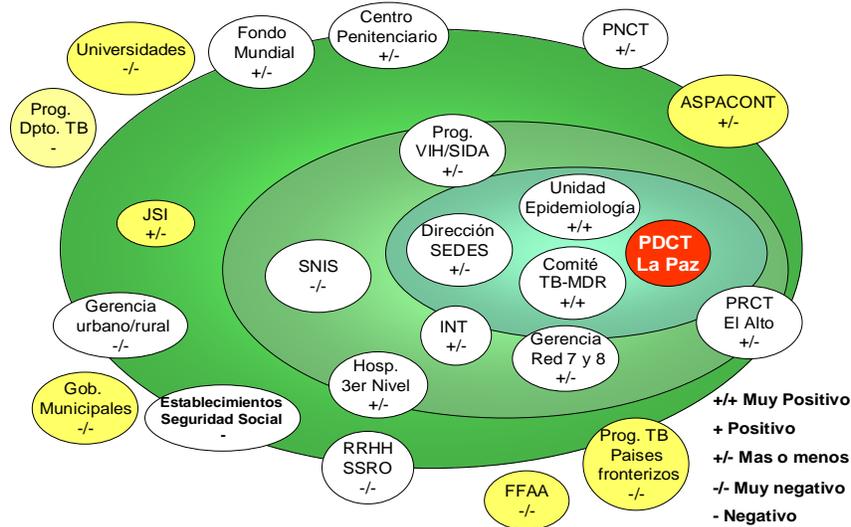
Organigrama Programa Departamental Control de Tuberculosis



El Programa de control de Tuberculosis Departamental esta conformado por el área de gestión que debe ser ejecutada por el Responsable del Programa Departamental Contra la Tuberculosis (PDCT) y el área técnica en que se incorpora el Responsable Regional de Tuberculosis El Alto. Laboratorio, Estadística, Administración y Enfermería, asimismo el PDCT tiene 2 comités que coadyuvan en las decisiones técnicas en casos de Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR), Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos (RAFA) y coinfección VIH/TB.

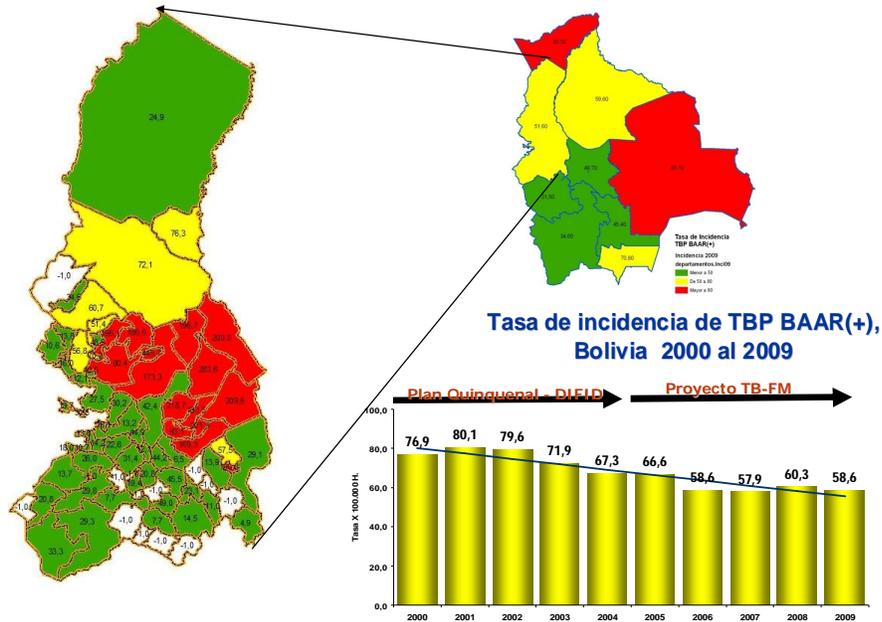
La estructura de la red de Laboratorio se responsabiliza de 130 laboratorios, tiene 3 funciones principales: a) Gestión y control de calidad y bioseguridad, b) Cultivo y pruebas de identificación e c) Información y logística de insumos y reactivos de laboratorio.

**MAPA DE ACTORES INTERNOS Y EXTERNOS
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS**



6.- DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE TUBERCULOSIS DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

ESTRATIFICACION DE LA TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR(+) SEGÚN DEPARTAMENTOS 2009 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA SEDES LA PAZ

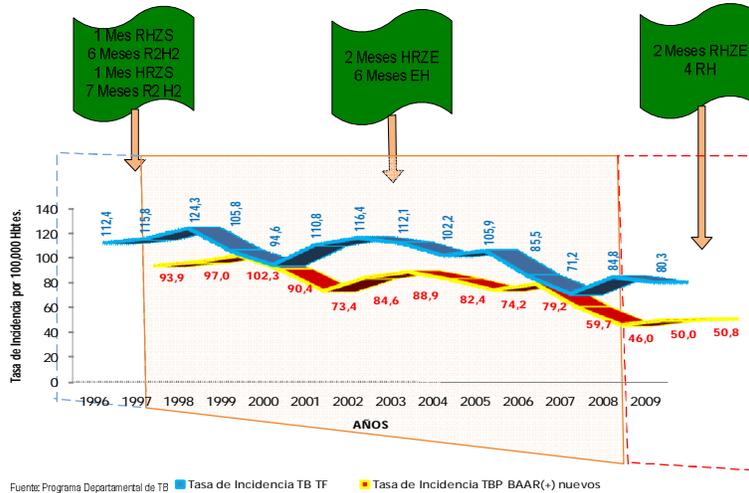


La tuberculosis constituye una de las epidemias más severas que afecta a Bolivia, las tasa de incidencia de TB junto con el alto índice de pobreza, crean las mejores condiciones y perpetuaciones de la enfermedad de TB.

Según la estratificación de la tasa de incidencia de TBP BAAR (+) Pando y Santa Cruz están en riesgo muy severo y Beni, Tarija, La Paz esta en riesgo severo de enfermar de tuberculosis.

Los municipios con mayor riesgo de enfermar de TB son de región tropical, los yungas, valle y región de la Amazonía.

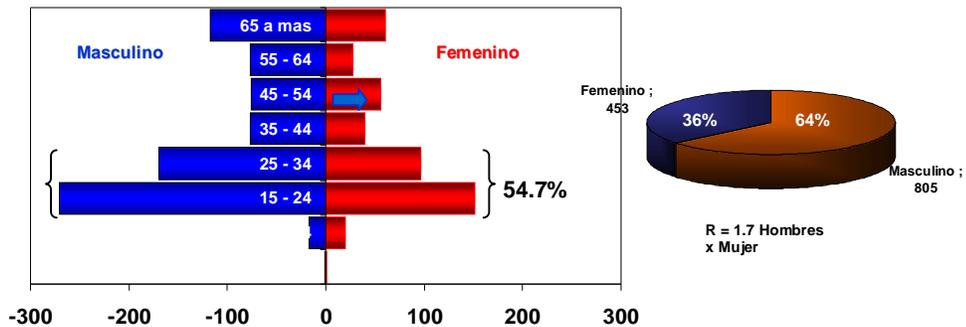
**RELACION DEL COMPORTAMIENTO DE LA TENDENCIA SECULAR DE TUBERCULOSIS EN TF Y TBP BAAR(+) SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO A TARVES DEL TIEMPO GESTIONES 1996 -2009
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ**



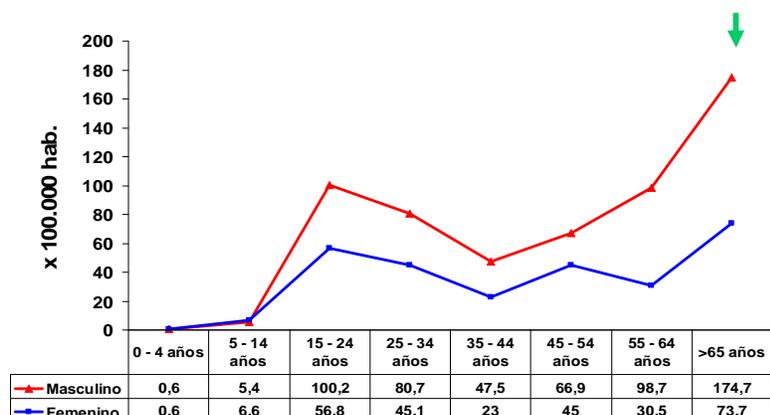
La tendencia secular de la incidencia de tuberculosis todas sus formas y TBP BAAR (+) tiene un comportamiento descendente desde 1998, mostrando una disminución promedio por año de 3.7 y un deterioro del programa manifestado por el descenso brusco en el año 2000 y 2007.

Entre la gestión 1998 al 2008 se utilizaba el esquema de tratamiento de 8 meses con una 2da fase de etambutol e isoniacida iniciándose también la implementación de la estrategia DOTS logrando incremento de la incidencia desde el 2000 y tendencia sostenible hasta el 2005

**CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR(+)
SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO, DEPARTAMENTO LA PAZ GESTION 2009**



**TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULONAR
BAAR(+) x 100.000 hab. SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO,
DEPARTAMENTO LA PAZ GESTION 2009**



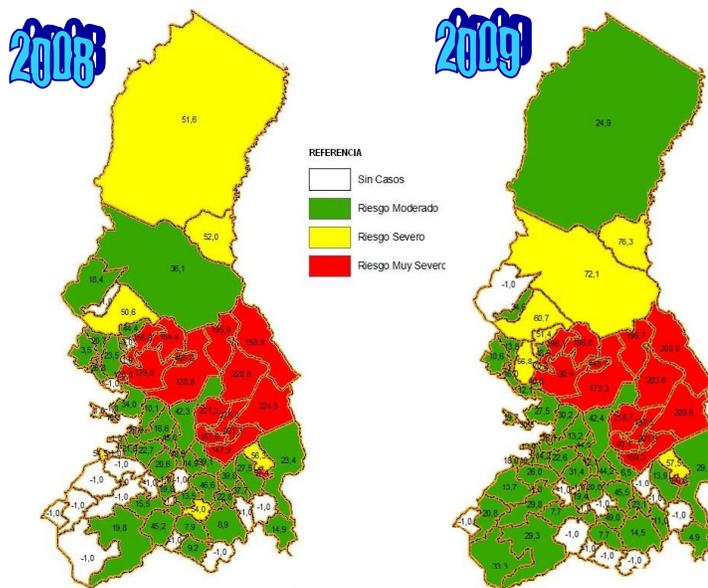
En el departamento el 54,7% de los casos de TBP BAAR (+) enferman entre la edad 15 a 34 años entorpeciendo el desarrollo socioeconómico con consecuencia social negativa en los municipios.

En el departamento aun la tuberculosis esta masculinizada siendo que por cada mujer enferman 1.7 varones, con el 64% de casos masculinos.

De acuerdo a la tasa de incidencia según grupo etáreo en la gestión 2009 nos muestra que las personas de la tercera edad tienen mayor riesgo de enfermar de TB por reactivación endógena producto de infecciones con bacilos adquiridos en edades tempranas de la vida, condición socioeconómica, enfermedades crónicas que en algunos casos obliga la utilización de corticoides debilitando el sistema inmunológico.

ESTRATIFICACION DE LA TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR(+) X 100.000 HAB. SEGÚN MUNICIPIOS DE LA PAZ, 2008 Y 2009

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA SEDES LA PAZ



FUENTE: PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

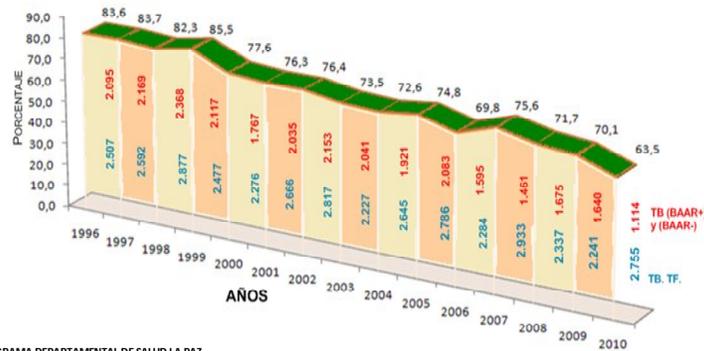
Los municipios con severo riesgo de enfermar de TB pertenecen a los municipios de Nor Yungas, Sud Yungas, Caranavi y Larecaja tropical, que desde hace años nos presenta un cuadro similar.

Esta estratificación muestra que el 18.8% (15) de los municipios de La Paz tienen un riesgo muy severo, el 8.8% (7) tiene un riesgo severo, el 56.2% (45) riesgo moderado y el 16.2% (12) presentan un aparente silencio epidemiológico.

El 2009 existen 11 municipios de la región del altiplano emergente en los que se presento casos de TB mostrando una disminución de 23 a 12 municipios que reportan aparente silencio epidemiológico.

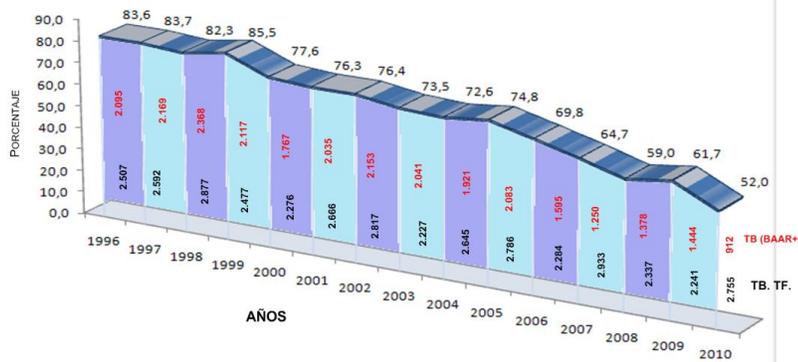
	TI TBP BAAR(+) La Paz	TI TBP BAAR(+) El Alto	TI TBP BAAR(+) Rural
2006	29.9	44.5	62.9
2007	28.2	43.7	58.6
2008	31.1	43.5	61.6
2009	33.6	25.6	65.1

PROPORCIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK(+) y BK(-) (Param. 80%)
EN RELACION A TB. EN TF. SEGÚN AÑOS DE 1996 A 2010A SEP.
PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS - SEDES LA PAZ



FUENTE: PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

PROPORCIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK(+) (Param. >65%)
EN RELACION A TB. EN TF. SEGÚN AÑOS DE 1996 A 2010A SEP.
PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS - SEDES LA PAZ

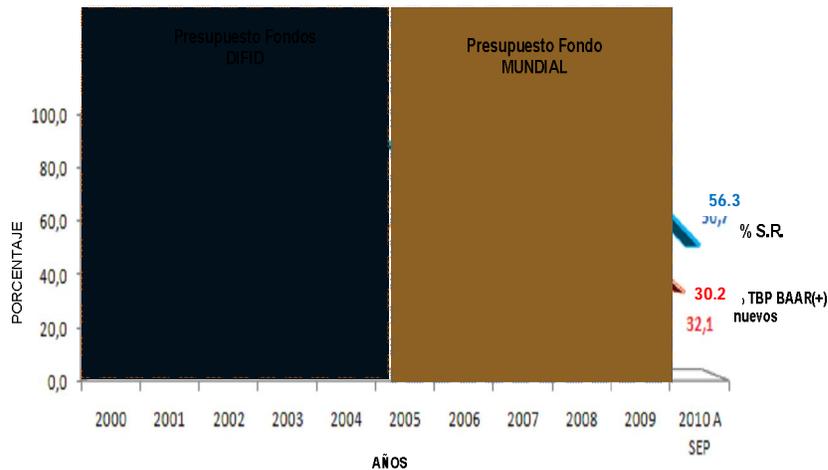


La población del área rural del departamento de La Paz tiene mayor riesgo de enfermar de TB lo que dificulta aun mas el acceso al tratamiento supervisado por el personal de salud recomendación que debe cumplirse con el esquema de tratamiento actual.

El programa de TB da mayor importancia epidemiológica a los casos de TBP BAAR (+) por el contagio, mayor probabilidad de fracasos y recaídas por la cantidad de población bacilar, estableciendo que mas del 65% son pulmonares bacilíferos esperados.

Llama la atención el incremento de la proporción de tuberculosis extrapulmonar desde 1998 debiendo garantizarse un adecuado diagnostico con acceso al cultivo en todos los especímenes no pulmonares antes de iniciar tratamiento como indica la norma y la vigilancia de coinfección de estos casos.

**RELACION DE COBERTURA DE S.R. Y TBP BAAR(+) NUEVOS
SEGÚN PRESUPUESTO DE DIFID Y MUNDIAL A TRAVES DEL TIEMPO 2000 – 2010 a SEPT.
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ**

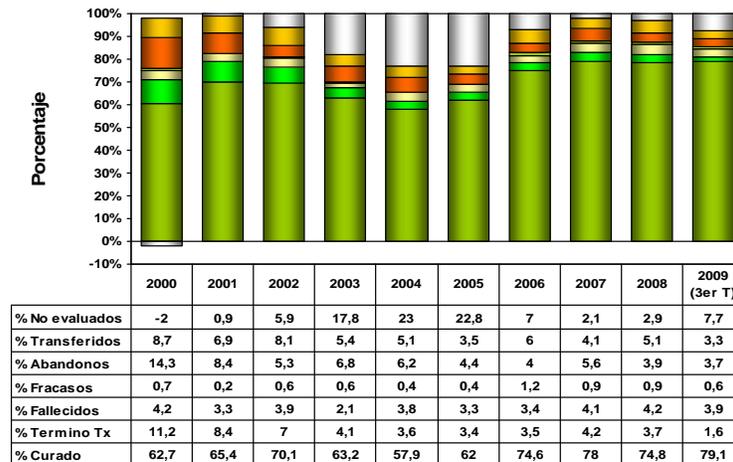


Fuente: Programa Departamental de TB

La primera acción de vigilancia de tuberculosis en los establecimientos de salud de 1er y 2do nivel esta dada por la captación de SR, desde el 2001 al 2004 existía un notorio incremento en la cobertura de SR, y a partir del 2005 al 2009 se puede evidenciar una disminución considerable pese a disponer de presupuesto del Fondo Mundial en municipios priorizados.

La cobertura de TBP BAAR (+) muestra una leve mejoría de la capacidad de diagnóstico y la recolección información de los establecimientos de salud en el año 2008 y 2009 debiendo enfocarse aun mas la búsqueda activa de SR dentro el establecimiento de salud y el control de contactos.

**ANALISIS DE COHORTE – CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR(+) NUEVOS,
DEPARTAMENTO DE LA PAZ DEL 2000 AL 3er TRIM. 2009
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ**



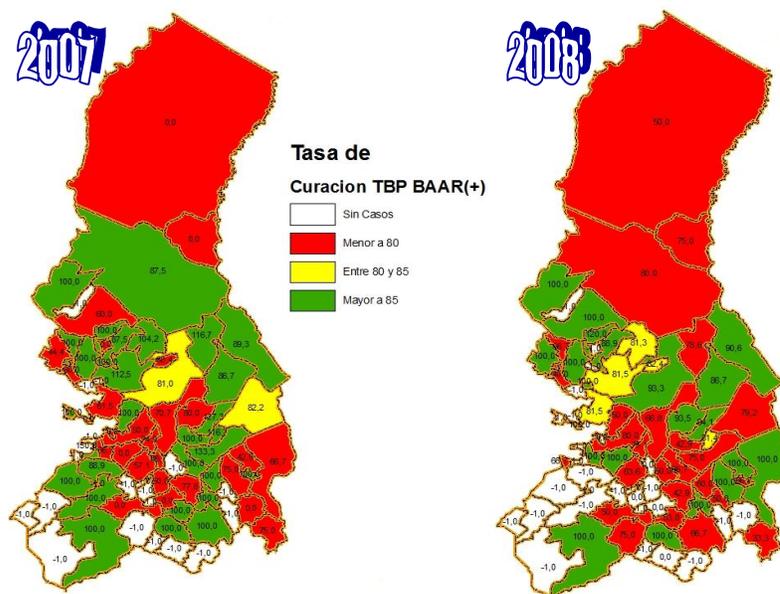
Se observa que el Programa Departamental de Control de Tuberculosis (PDCT) no ha alcanzado los indicadores de eficiencia que indica la normativa de que un 85% de los casos deben ser curados, la suma de transferencias sin retorno va a engrosar los porcentajes de los abandonos, llegando la última gestión a un 9 % entre ambos. Mejorando sustancialmente las brechas de los no evaluados.

Si bien el porcentaje de curación tiene un comportamiento ascendente no se logra alcanzar el compromiso de gestión que es curar al >85 % de los casos de TBP BAAR (+) nuevos, mostrando que los establecimientos no están siendo efectivos en retener a los pacientes hasta lograr la curación.

Los porcentajes elevados de abandono (esperado <3%) y la transferencias desconocidas nos muestra la poca calidad y efectividad del programa de TB en lograr la adherencia al tratamiento y en realizar el seguimiento respectivo a los resultados de los pacientes transferidos.

El incremento del porcentaje de fallecido nos hace notar la necesidad de investigar las causas del fallecimiento siendo que pueden ser: a) Diagnostico tardío de los casos de TB, b) Coinfección VIH/TB c) fallecimiento por otras causas.

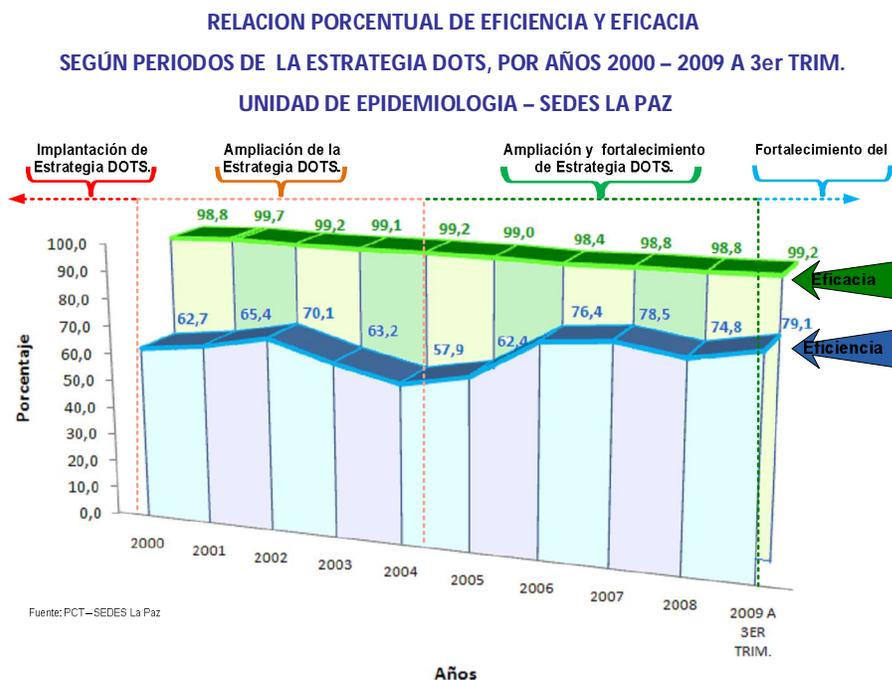
ESTRATIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA EFICIENCIA EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR BAAR(+) SEGÚN MUNICIPIOS DE LA PAZ 2007 Y 2008 UNIDAD DE APIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ



FUENTE: PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

La gestión 2007 y 2008 hubo menos municipios que lograron tasas de curación mayor a 85% (30 municipios el 2007 a 21 municipios el 2008) mostrando menos compromiso a lograr la eficiencia del programa.

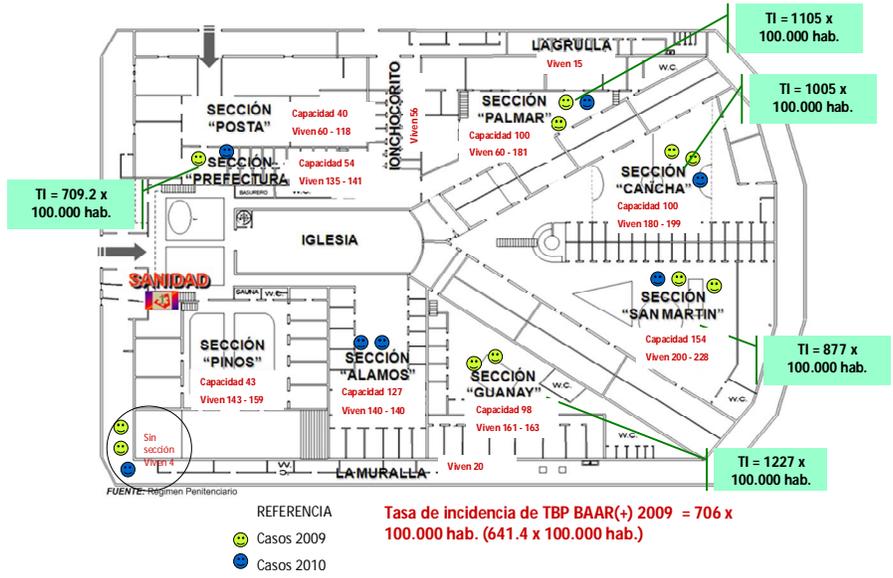
Tanto en la gestión 2007 y 2008 el departamento de La Paz no logró una tasa de curación aceptable por lo que se encuentra en riesgo, a nivel de los municipios podemos evidenciar que existe menos compromiso de lograr una tasa de curación >85% existiendo municipios con casos emergentes y de una tasa de incidencia elevada que no logran la adherencia del paciente al tratamiento.



El Programa de Tuberculosis como meta del milenio debe lograr una tasa de curación o eficiencia > 95%, indicador que no se podrá cumplir por que se estima que hasta el 2015 se alcance el 90%, considerando que existe condición de egreso difíciles de revertir con intervención en los fracasos y fallecidos.

Si bien desde la implementación de la estrategia DOTS existe una leve mejoría, según el gráfico nos muestra que en la fase de ampliación y fortalecimiento de la estrategia DOTS el financiamiento por el proyecto de Tuberculosis con Fondo Mundial muestra irregularidad en la tendencia de eficiencia del control de la TB y una eficacia poco

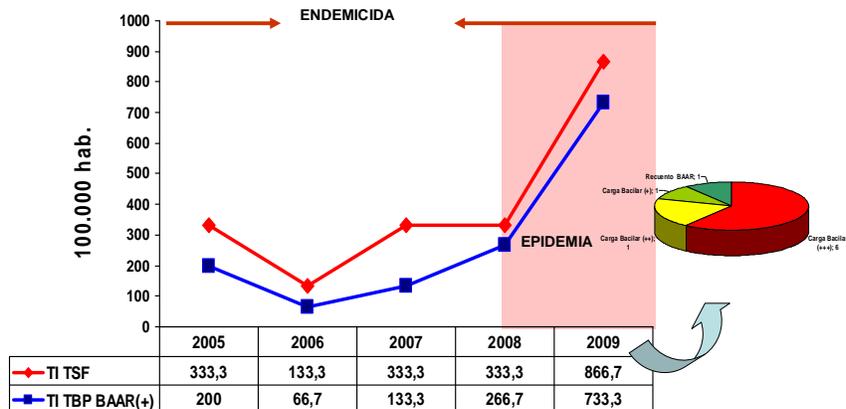
Estratificación de número de casos de TBP BAAR(+) nuevos centro penitenciario de San Pedro gestión 2009 y 2010 (E-S)



La relación entre la tuberculosis y la pobreza es compleja, dado que la enfermedad empobrece a quienes padecen la enfermedad y la epidemia se exagera con la declinación socioeconómica. La pobreza produce hacinamiento habitacional, con aumento del riesgo de transmisión y desnutrición con incremento del riesgo de transformación de la infección en enfermedad tuberculosa y eso es lo que está ocurriendo en el centro penitenciario de San Pedro en La Paz. Se observa una relación desproporcionada entre capacidad del penal y la cantidad de reclusos, solo en la sección los Pinos se puede apreciar que su capacidad es rebasada en un 261% más.

Esta situación ha hecho que en el penal exista una epidemia de TBP de consecuencias graves, ya que su tasa de incidencia supera con mucho a la época prequimioterapia, donde no había medicamentos antituberculosos, y esto se constituye en un riesgo y emergencia en salud pública del penal.

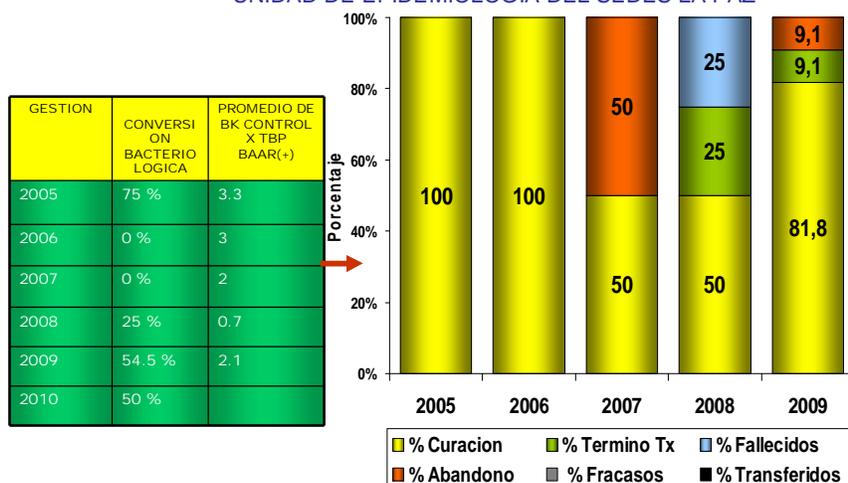
**COMPORTAMIENTO DE LA TENDECIA SECULAR DE LA TASA DE
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS TODAS SUS FORMAS Y TUBERCULOSIS
PULMONAR BAAR(+) CENTRO PENITENCIARIO SAN PEDRO 2005 al 2009**
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA SEDES LA PAZ



La TBP BAAR (+) mide la magnitud del problema y la situación de la tuberculosis en la población privada (PPL) de libertad, cuyo ascenso muestra una situación endemoepidémica de consecuencias graves, ya que la velocidad con que se propaga la enfermedad es rápida. El comportamiento de la tendencia secular muestra una variabilidad importante con un ascenso en la curva entre el 2008 y 2009, en todas las formas similar a la forma infectante o TBP BAAR (+) reflejando una captación tardía de los casos ya que el 54.4% fueron diagnosticados son con carga bacilar (+++). Era de esperar este comportamiento de la enfermedad por el contexto socioeconómico de los PPL, urge asumir estrategias de respuesta a esta epidemia, debemos asumir que existe brechas entre, en la cobertura la detección es tardía y la notificación.

La tasa de incidencia de 866 x 100.000 habitantes es un indicador que refleja la velocidad de propagación de la enfermedad en los PPL, esta es una tasa que no se vio ni siquiera en el empeoramiento epidemiológico a nivel mundial antes de la quimioterapia. Refleja que de 8 a 9 personas están enfermando por cada 1000 sumado la carga bacilar levada de los casos, la exposición prolongada y el hacinamiento con deficiente ventilación favorece la diseminación de la enfermedad.

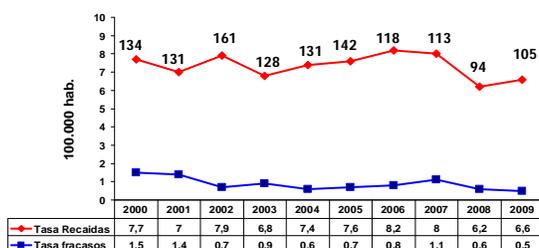
ANALISIS DE COHORTE I (TBP BAAR(+)) DEL CENTRO PENITENCIARIO SAN PEDRO GESTION 2005 a 2009
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA DEL SEDES LA PAZ



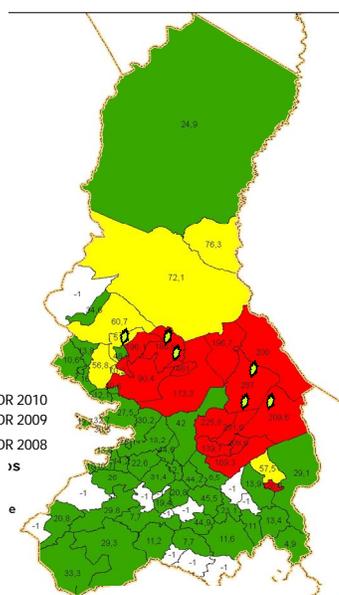
La conversión bacteriológica de los casos TBP BAAR(+) nos muestra que la capacidad bactericida en la primera fase del tratamiento no está logrando disminuir lo más rápidamente posible la capacidad infectante de los casos bacilíferos existiendo también pacientes que realizan el tratamiento sin cumplir con los respectivos seguimientos bacteriológicos reflejado en el promedio de baciloscopia de control debiendo fortalecerse la estrategia DOTS con iniciativas dirigidas a que cumplan las baciloscopias de control.

Según el porcentaje de curación los PPL del Centro Penitenciario de San Pedro aún están en proceso de superar los problemas de la quimioterapia, si bien el 2005 y 2006 se logró tasa de curación aceptables estos porcentajes no fueron sostenibles para iniciar el efectivo control de esta enfermedad.

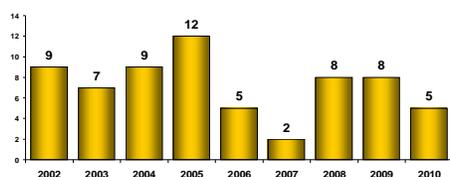
Tendencia secular de la tasa de Recaidas y fracasos al esquema I diagnosticados, departamento de La Paz 2000 al 2009



Estratificación de casos de TB-MDR según municipios de la Paz, gestión 2010



Casos TB-MDR departamento de La Paz 2002 al 1er sem. 2010



FUENTE: PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

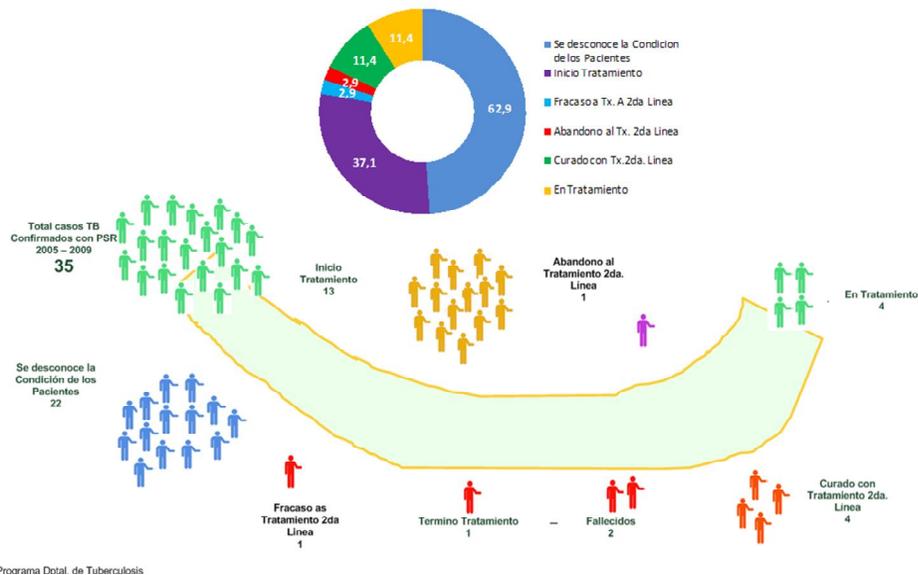
Los esfuerzos del programa deben ir dirigidos a evitar la aparición de resistencia e implementar un sistema de vigilancia de TB-MDR para monitorear resistencia primaria y secundaria

La tasa de recaída (precoz y tardía) el 2007 y 2008 fue la más elevada relacionado con la media nacional, con disminución paulatina en el 2008 y 2009.

Desde el 2002 se tiene registrado 65 casos en Laboratorio de Referencia Nacional de TB de los cuales el 2005 se reporto el 18.5% (12 casos).

Por lo tanto la resistencia en TB es un fiel reflejo de la mala práctica en el tratamiento de esta enfermedad. La resistencia adquirida es una consecuencia directa de las malas terapéuticas y la resistencia primaria es solo una clara evidencia de la transmisión de las cepas resistentes que existen en la comunidad.

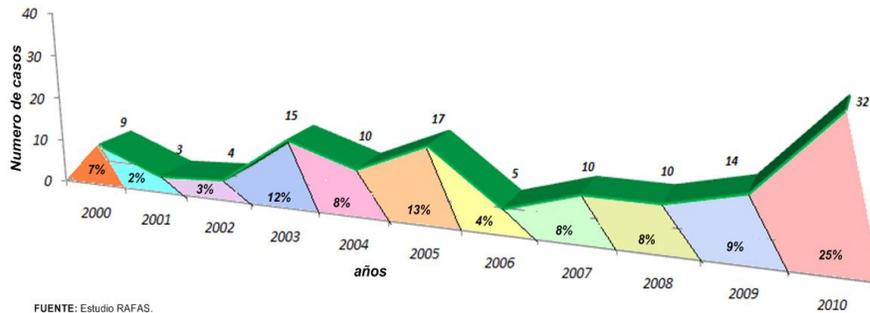
**ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASO TB MDR CONFIRMADOS
BACTERIOLOGICAMENTE SEGÚN CONDICION DE EGRESO DE 2005 AL 2009
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ**



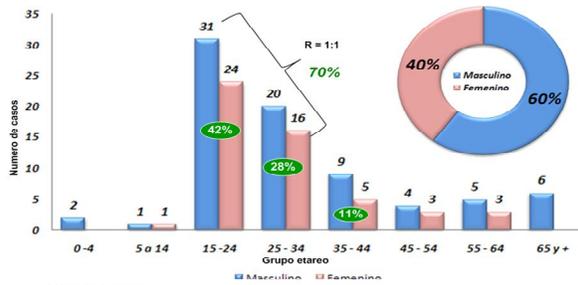
Realizando el seguimiento a los casos de TB-MDR desde la gestión 2005 al 2009 se evidencia que existe 35 casos de los cuales solo se alcanzó la cobertura de tratamiento con medicamentos de 2da línea de 37.1% (13 pacientes), el 62.8% (22 pacientes) no se conoce la condición de los pacientes lo que nos muestra que no se está realizando el monitoreo de los casos TB-MDR confirmados bacteriológicamente para garantizar el tratamiento oportuno y e interrumpir la transmisión de bacilos resistentes.

Asimismo llama la atención que existe 1 caso que fracaso al tratamiento que se estaría hablando de un caso extremadamente resistente (XDR) que a la fecha se encuentra en el municipio de Yacuiba del departamento de Tarija.

COMPORTAMIENTO DE LA TENDENCIA SECULAR DE CASOS RAFAS DEL ESTUDIO MUESTRA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX RELACIONADO CON LA TASA PORCENTUAL 2000 - 2010

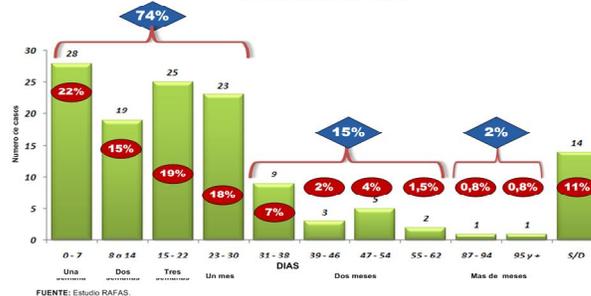


RELACION PORCENTUAL DE CASOS RAFA DEL ESTUDIO MUESTRA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX POR SEXO Y SEGÚN GRUPO ETAREO GESTION 2000-2010



FUENTE: Estudio RAFAS.

RELACION PORCENTUAL DE CASOS DEL ESTUDIO MUESTRA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX DEL TIEMPO EN DIAS EN QUE APARECE CASO RAFA LUEGO DEL INICIO DE TRATAMIENTO 2000 - 2010



FUENTE: Estudio RAFAS.

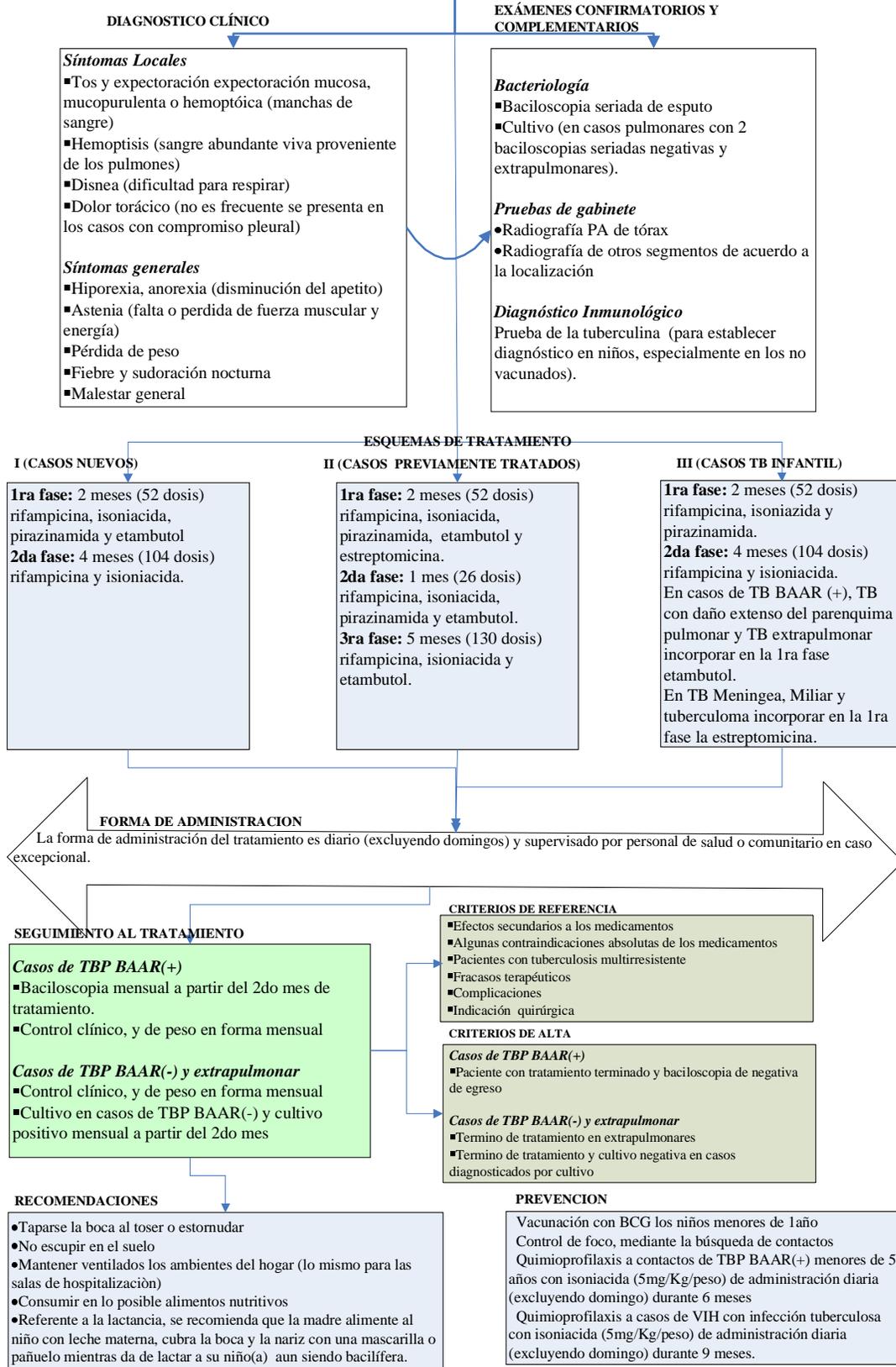
El comportamiento de la tendencia secular de los casos RAFA según datos del INT, muestra un importante ascenso entre el 2009 y 2010 (Ene a Sep) llama la atención que los mas afectados esta entre la edad de 15 a 34 con el 70% y el 60% son masculinos ocasionando una carga social para la familia y comunidad por costos directos e indirectos que ocasionan el manejo de estos casos.

El periodo crítico en el que la mayoría de los casos de TB presento RAFA es 0 – 30 días con el 74%, hediendo establecerse acciones de vigilancia activa de identificación de RAFA en este periodo.

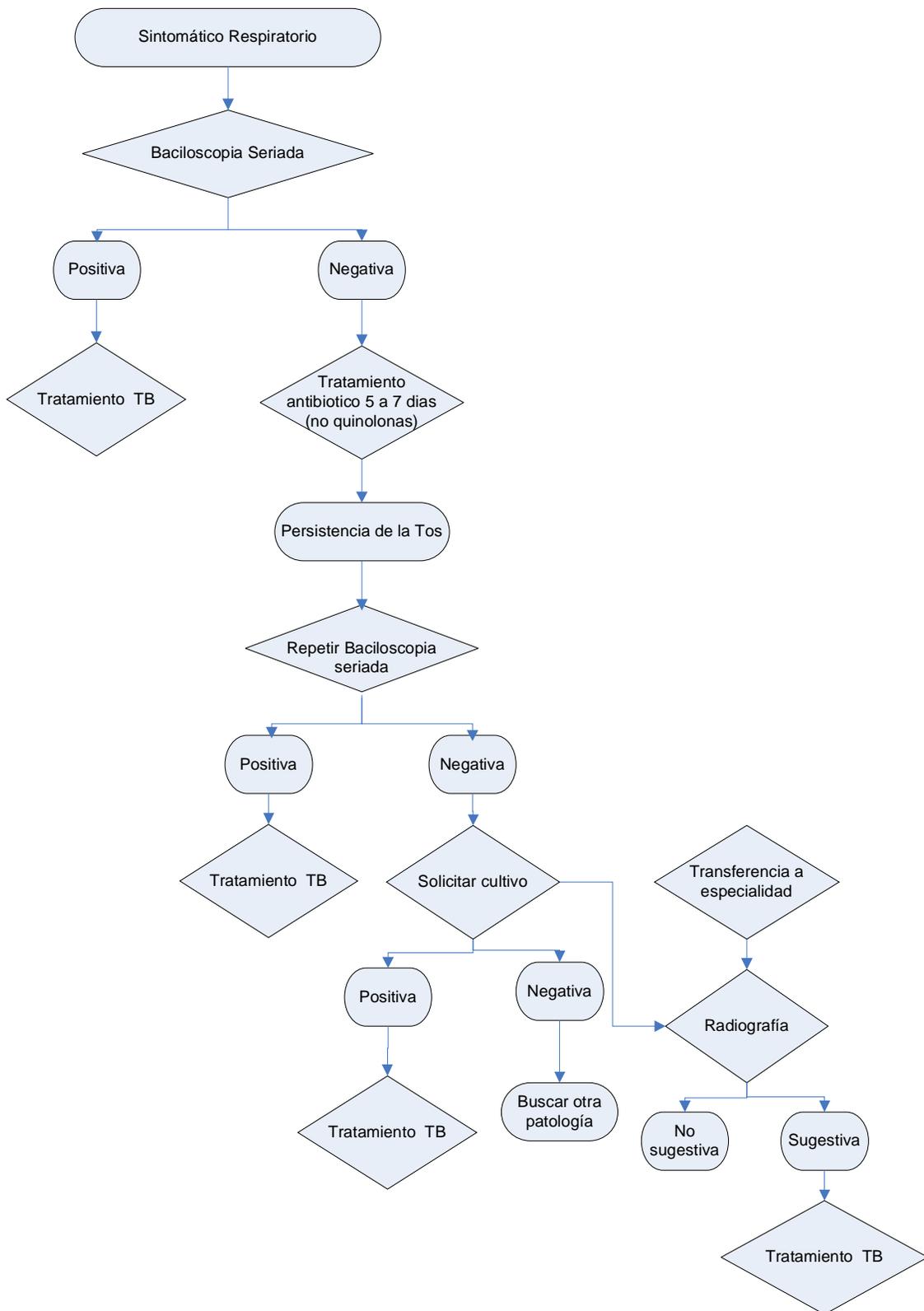
7.- VIGILANCIA DE MORBI-MORTALIDAD DE TUBERCULOSIS

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE TB

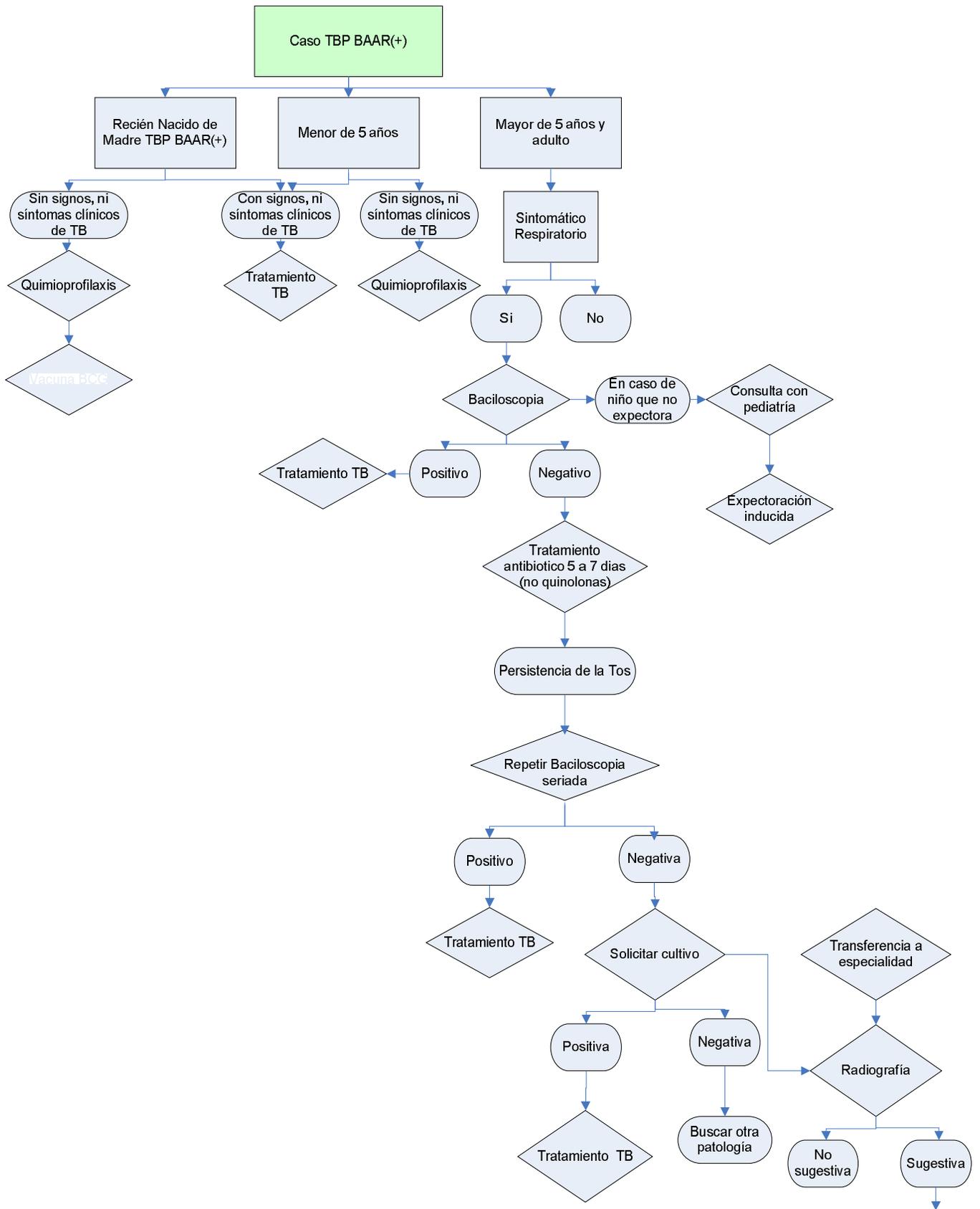
Es una enfermedad social de naturaleza infectocontagiosa de evolución crónica, curable causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que afecta más al aparato respiratorio preferentemente a los pulmones.



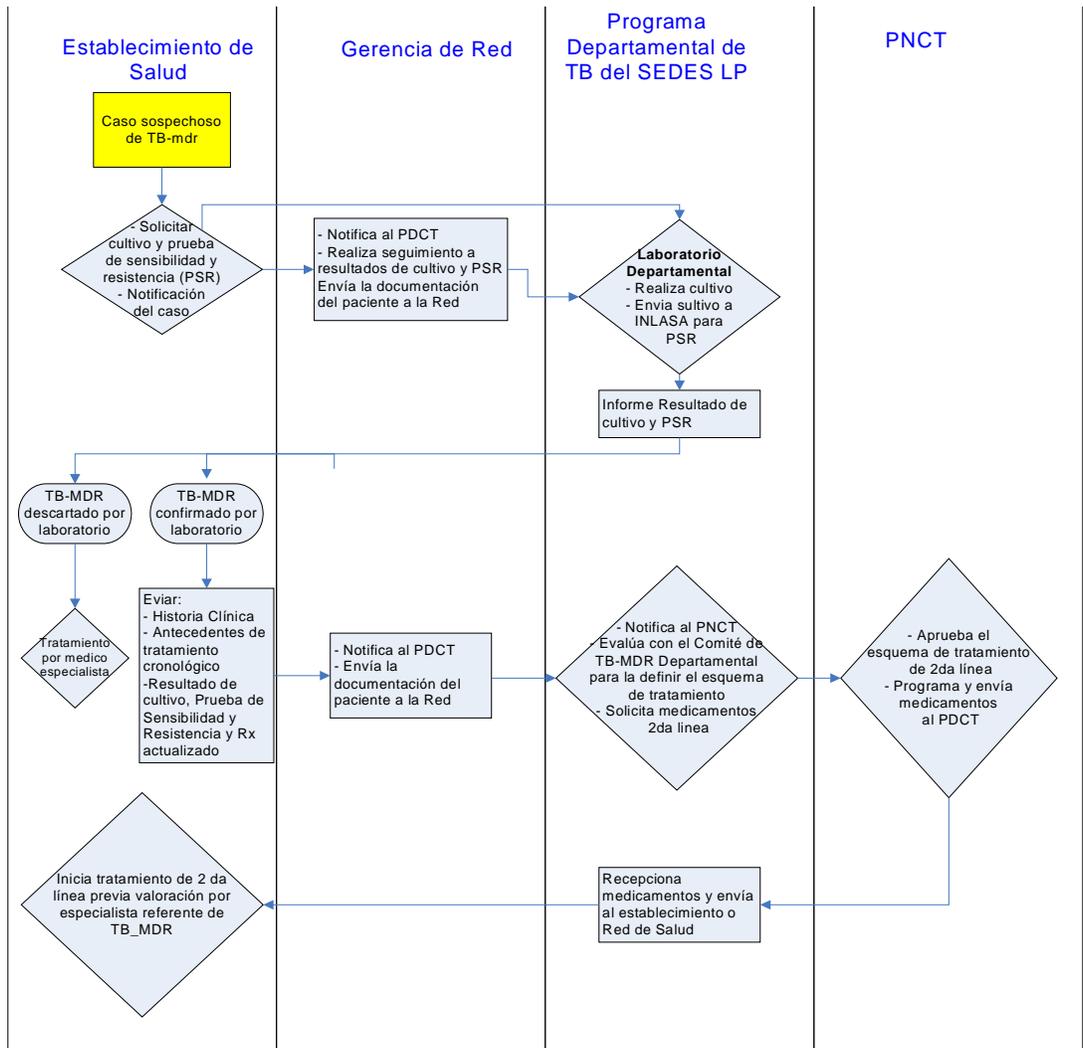
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR)



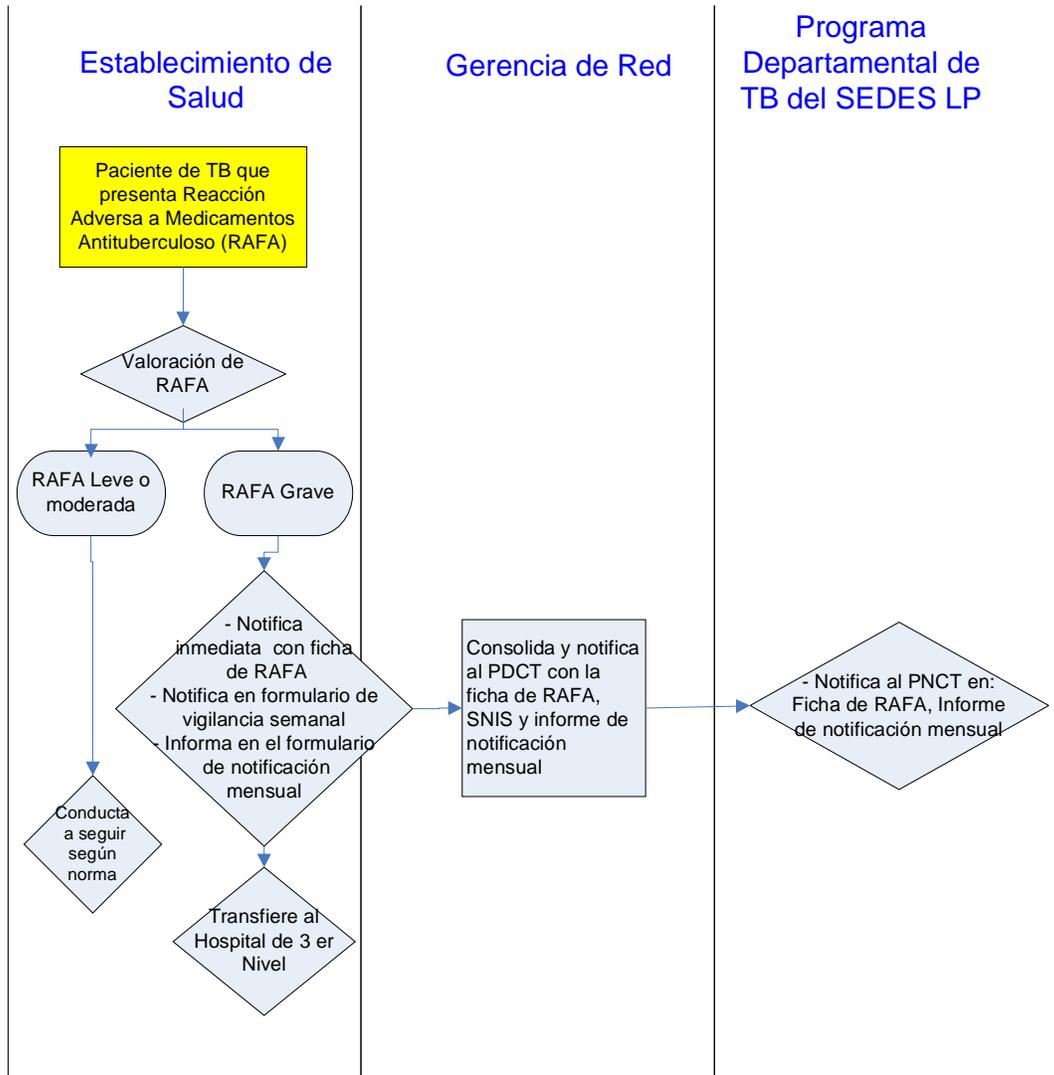
FLUJO GRAMA DE CONTROL DE CONTACTOS



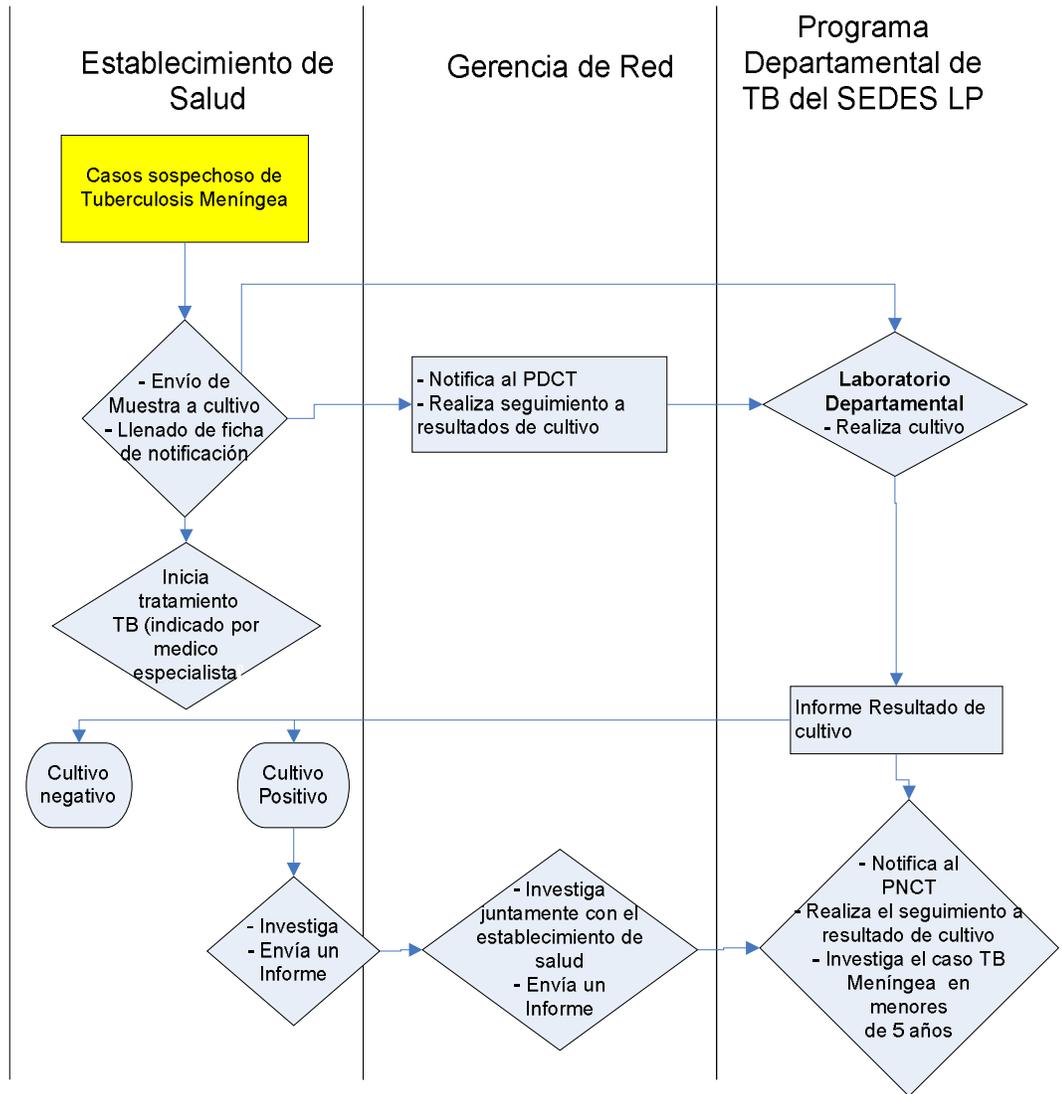
FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE TB-MDR



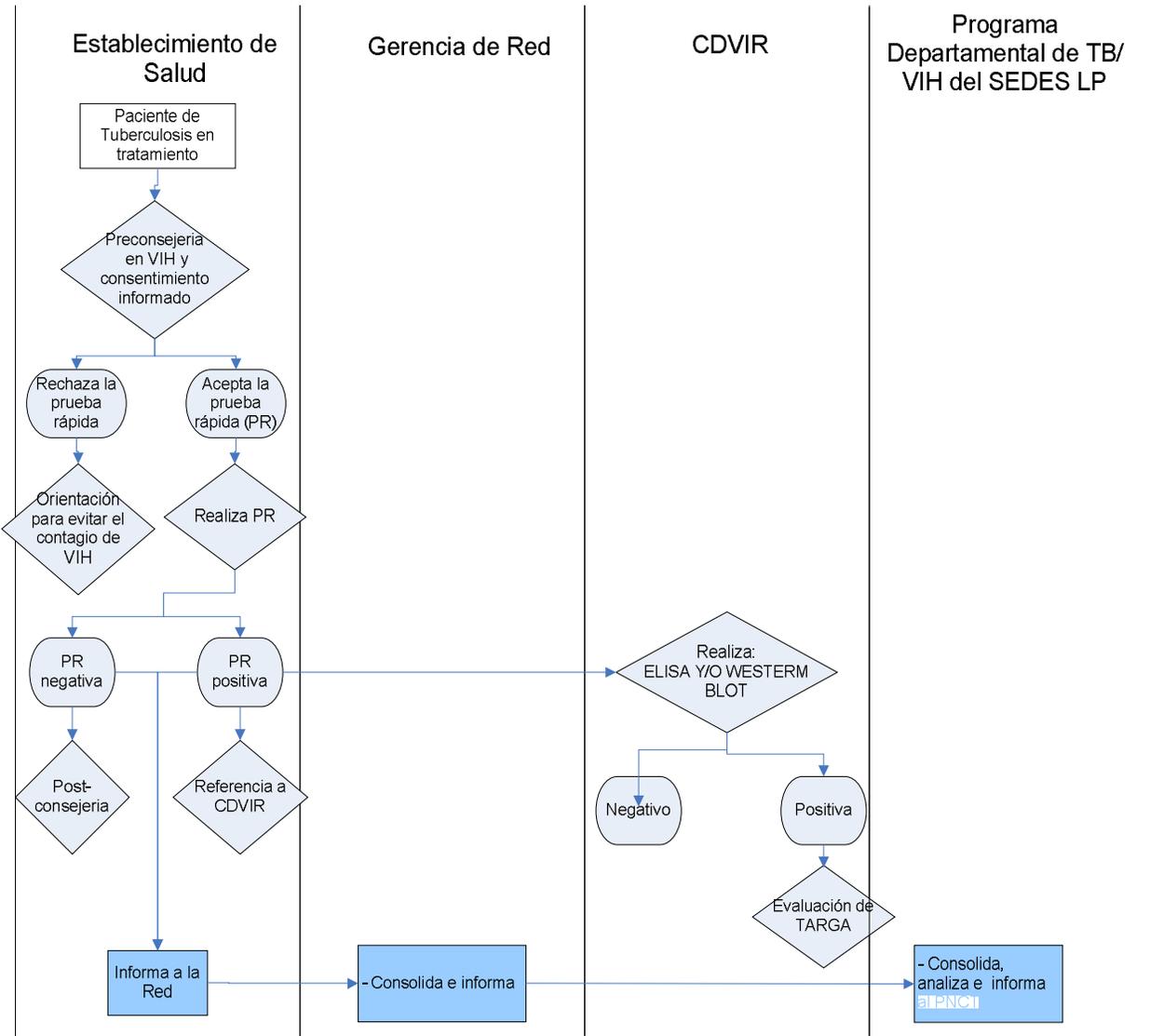
FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS RAFA



FLUJO GRAMA DE NOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS MENÍNGEA



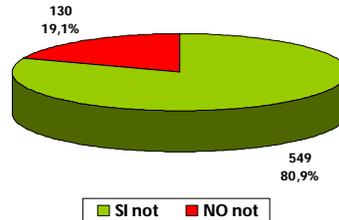
FLUJO GRAMA DE VIGILANCIA DE COINFECCIÓN VIH/TB DESDE EL DIAGNOSTICO DE LA TB EN ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN PRUEBA RÁPIDA (PR) DE VIH



7.- ATENCION EN SALUD



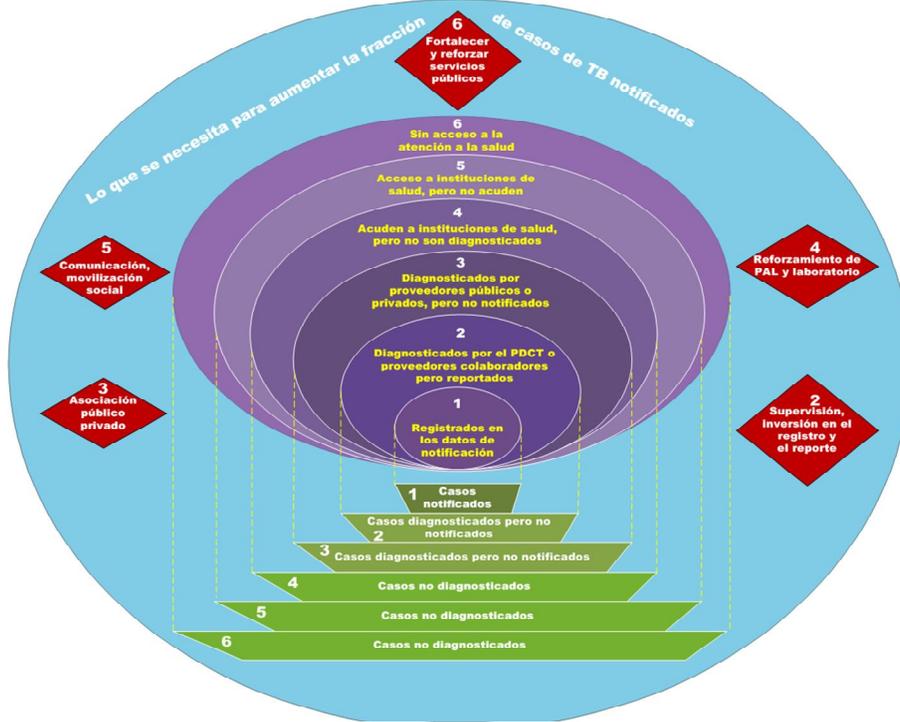
Establecimientos que notifican SR Gestión 2009



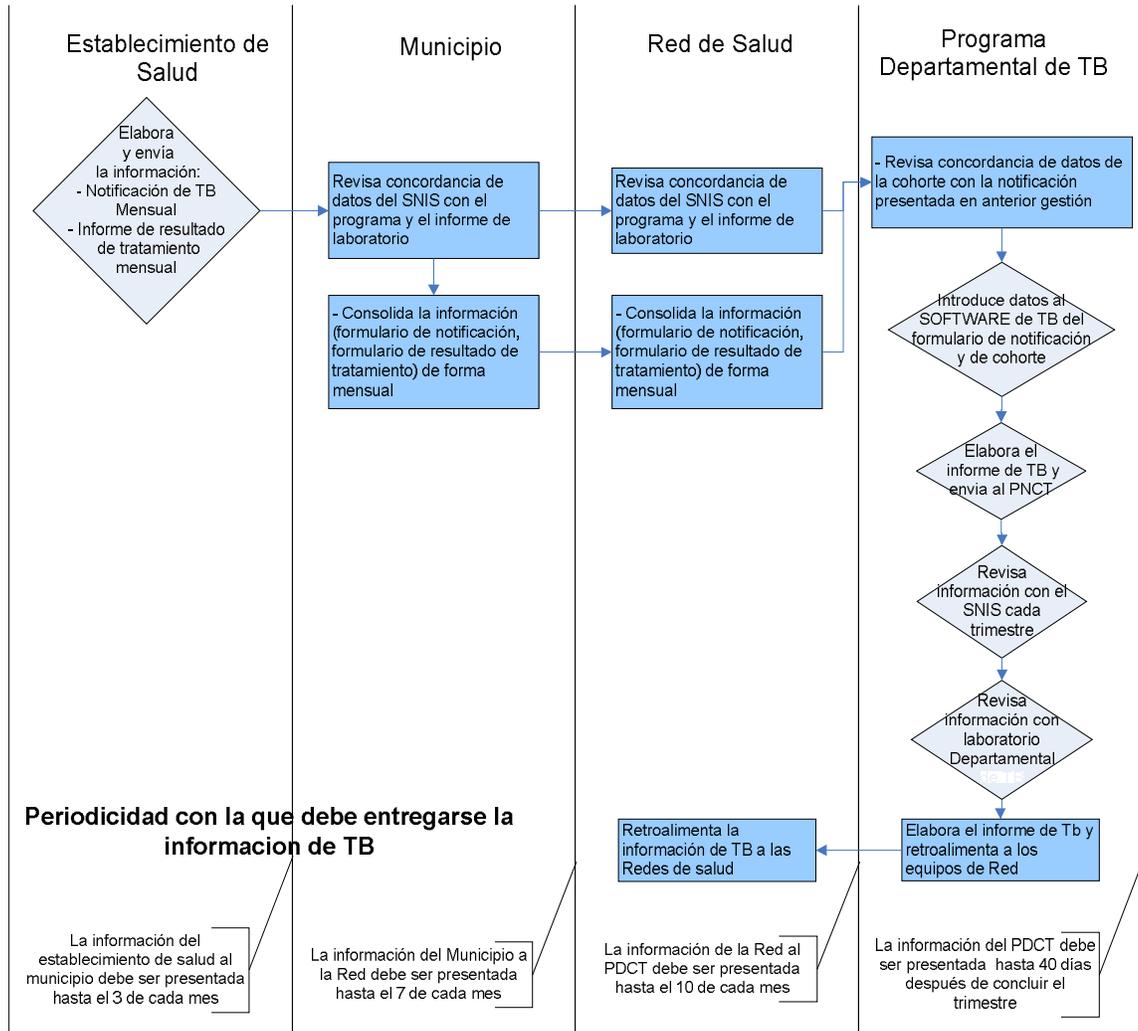
La atención de Tuberculosis para su vigilancia y control está instalado en todos los establecimientos de salud con mayor énfasis en los públicos que representa el 81.9% y con una aplicación de la estrategia PPM (publico – publico o público – privado) que debe ser aun fortalecida en las seguridad social, FFAA , ONG e iniciar acciones para involucrar en el control de TB en los establecimientos de salud de Iglesias y organizaciones privadas a objeto de incrementar aún más el porcentaje de establecimientos de salud que notifican Sintomáticos Respiratorios (SR).

La Red de laboratorio logro involucrar a laboratorios de los otros sectores para la realización de baciloscopia como prioridad.

EVALUACIÓN DE LA FRACCIÓN DE LOS CASOS OMITIDOS POR LOS DATOS DE NOTIFICACIÓN DE RUTINA DE TB EN BASE AL MODELO DE "CEBOLLA"



FLUJO GRAMA DE INFORMACIÓN DE TUBERCULOSIS



Información de TB que presentan los establecimientos 1er nivel

- Formulario de Notificación de TB**
Formulario de resultado de tratamiento
 Formulario de transferencia en caso de pacientes transferidos
 Formulario de contrareferencia en caso de recepcionar paciente de TB
 Ficha de notificación de RAFA si existe casos en el mes
 Ficha de notificación de casos de TB meningea si se presento casos
 Informe de coinfección VIH/TB

INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN

- Historia Clínica
- Ficha de tratamiento
- Ficha de quimioprofilaxis
- Formulario de consentimiento informado
- Formulario de transferencia de pacientes
- Ficha de notificación de RAFA
- Ficha de notificación de TB-MDR
- Ficha de notificación de TB meningea
- Formulario de solicitud y de resultado de baciloscopia
- Formulario de solicitud y resultado de cultivo

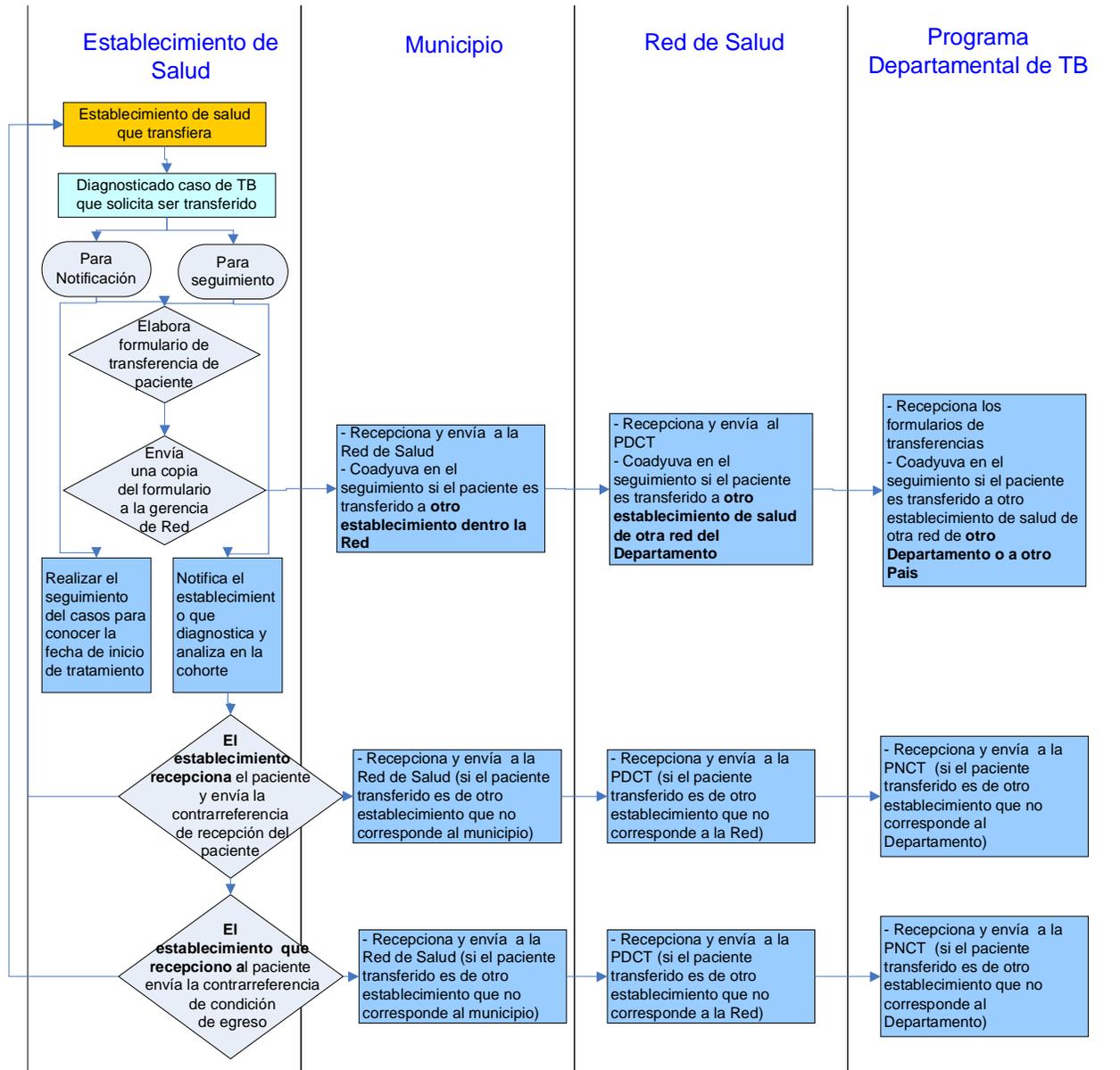
INSTRUMENTOS DE SISTEMATIZACIÓN

- Libro de registro de pacientes de TB
- Libro de registro de Sintomático respiratorio
- Libro de laboratorio

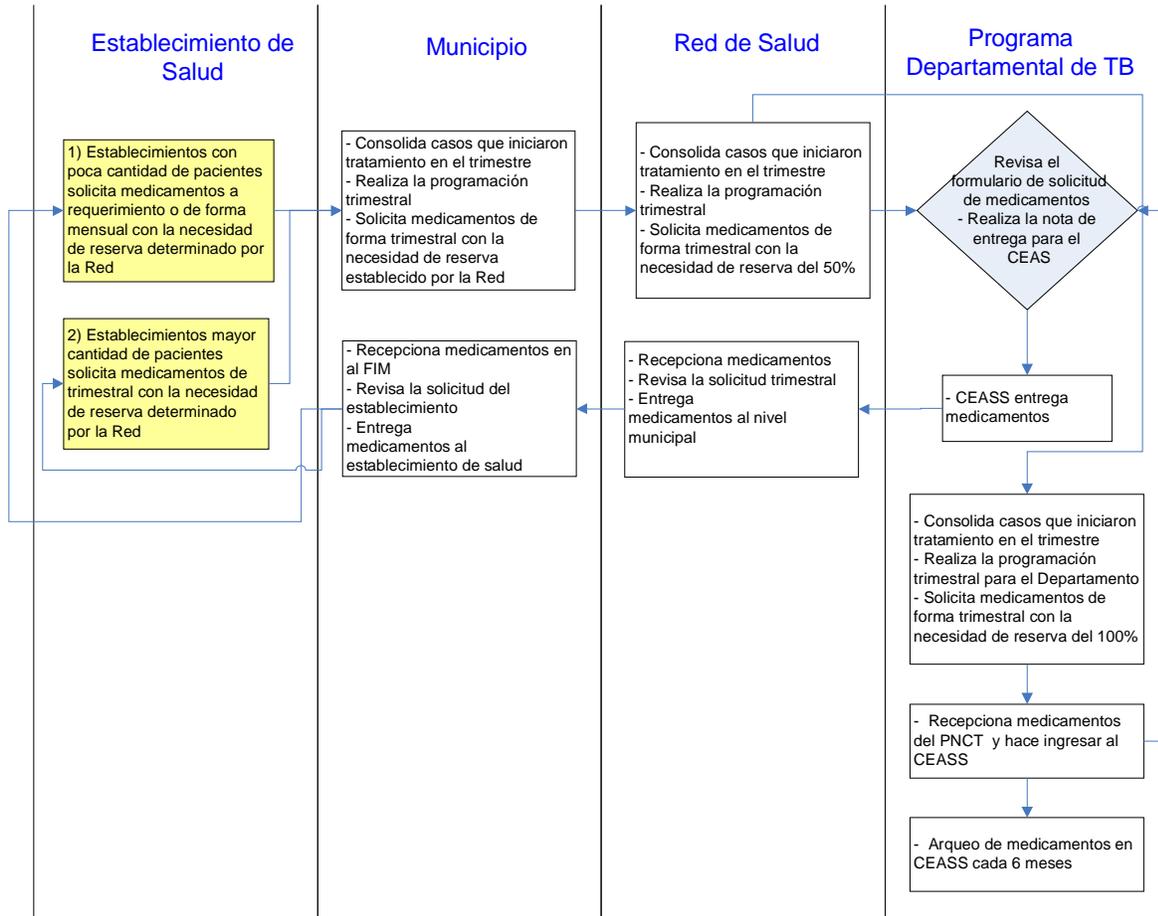
INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN

- Formulario de notificación de TB
- Formulario de resultado de tratamiento
- Formulario de solicitud trimestral de medicamentos

FLUJO GRAMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE HOSPITALES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE 1er Y 2do NIVEL DE ATENCIÓN

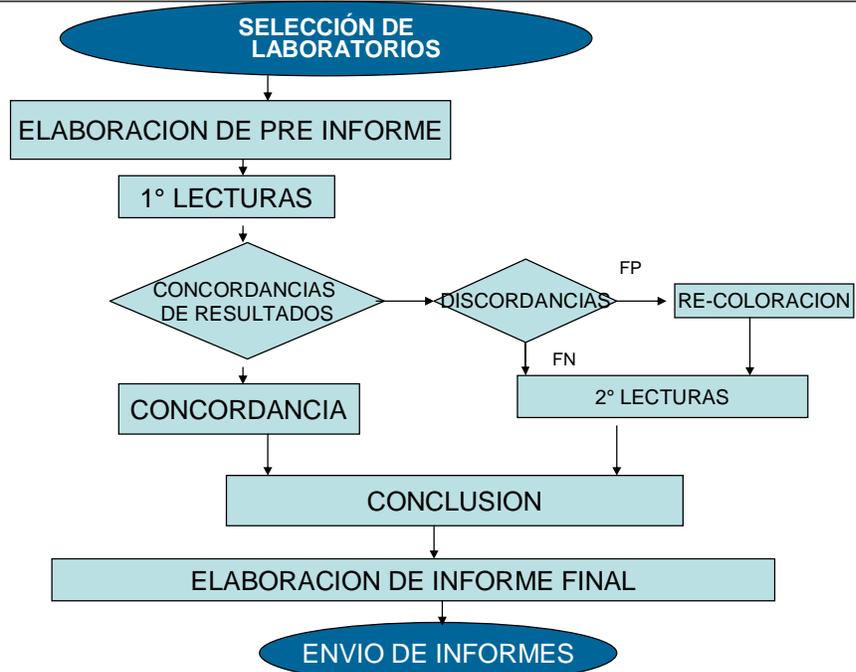


FLUJO GRAMA DE LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS CON LAS GERENCIAS DE RED DE SALUD



El PDCT realiza la entrega de esquemas completos de tratamiento antituberculoso de 1ra línea De acuerdo a la característica a la carga de enfermedad de las Redes se determino la entrega de medicamentos mensual o a requerimiento.
Esta en proceso la implementación de las cajas de tratamiento DOTS
Se establecerá la utilización del SOFTWARE SIAL SALMI para el control logístico de medicamentos

CONTROL DE CALIDAD – FLUJOGRAMA DE TRABAJO



FUENTE: PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

Contactos Programa Departamental de Control de Tuberculosis

Cargo	Nombre	Fono oficina	Celular	Correo electrónico
Programa Departamental de Control de Tuberculosis				
Responsable PDCT				
Supervisora PDCT	Lic. Rosemary Avendaño	22444048	71960069	avendarose@yahoo.es
Administrador				
Esatdistico				
Tec. Apoyo PDCT	Sr. Ramiro Saavedra	22444048	79609880	
Responsable de Laboratorio	Dra. Carla Gemio	22226462	72572575	
Conductor PDCT	Sr. Rene Condori	22444048	71588035	
Secretaria PDCT				
Responsable CEASS La Paz	Sr. Juan Olarte		73228045	
Programa de Tuberculosis El Alto				
Supervisora Programa TB				
Responsable de Laboratorio	Lic. Donato de la Cruz		60138482	

Abreviaturas

CAP	Conocimiento Actitud y Practica
DOTS	Tratamiento Acortado Directamente Observado
E	Etambutol
FFAA	Fuerzas Armadas
H	Isoniazida
INLASA	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud
PDCT	Programa Departamental de Control de Tuberculosis
PNCT	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
PPM	Publico - Publico o Publico - Privado
R+H	Rifampicina + Isoniazida
S	Streptomycin
SAFCI	Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SR	Sintomático Respiratorio
TB	Tuberculosis
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogo Resistente
TBP	Tuberculosis Pulmonar
TBP BAAR(+)	Tuberculosis Pulmonar Baciloscopia Positiva
VIH/TB	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Tuberculosis
Z	Pirazinamida