

**Propuesta de proyecto en el marco del ejercicio de Gestión del
Cuidado**

Programa de Enfermería

Universidad del Cauca



Nombre del proyecto

**PROGRAMA INTERCULTURAL PARA LA ATENCIÓN DE LA
TUBERCULOSIS EN LA POBLACIÓN MISAK DE LA IPS-I HOSPITAL
MAMA DOMINGA DEL MUNICIPIO DE SILVIA, NOVIEMBRE 2022 A
ENERO 2023**

Estudiantes

Ingrid Vanesa Cerón Muñoz
Andrea Carolina Muñoz Samboni

Profesor que acompaña

Enf. Mg. Jorge Albeiro Sotelo

Popayán, noviembre 2022 a enero 2023

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. ALCANCE	7
3. CONTEXTO Y POLÍTICA INSTITUCIONAL	8
3.1 CONTEXTO GENERAL DEL PUEBLO MISAK	8
3.1.1 Cosmovisión salud Misak	8
3.1.2 Medicina Misak propia.....	11
3.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL	14
3.2.1 Misión.....	14
3.2.2 Visión.....	14
3.2.3 Generalidades de la Institución	14
3.2.4 Política de calidad	14
3.2.5 Valores institucionales.....	15
4. OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO DE REFERENCIA	18
6. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	20
6.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
6.2. POBLACIÓN OBJETO	21
6.3. ABORDAJE METODOLÓGICO	21
6.3.1. Metodología	21
6.3.2. Enfoque del proyecto	21
6.3.3. Población.....	21
6.3.4. Recolección de la información y actividades desarrolladas.....	21
6.4. GENERALIDADES DEL PROGRAMA	22
6.4.1. Definiciones operativas.....	22
6.5. Epidemiología	27
6.6. Ruta de atención integral en salud para TB	28
6.6.1. Captación de sintomáticos respiratorios.....	28
6.6.2. Confirmación diagnóstica de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	31

6.6.3.	Diagnóstico de TB pulmonar activa.....	36
6.6.4.	Resultados de las pruebas diagnósticas y sus recomendaciones.....	38
6.6.5.	Diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar.....	41
6.6.6.	Tratamiento farmacológico para tuberculosis activa.....	42
6.6.7.	Manejo de reacciones adversas a fármacos antituberculosos.....	43
6.6.8.	Manejo de TB activa sensible en situaciones especiales.....	46
6.6.9.	Tratamiento farmacológico para tuberculosis latente.....	49
6.6.10.	Quimioprofilaxis.....	50
6.6.11.	Esquemas de tratamiento farmacológico.....	50
6.6.11.1.	TB activa sensible.....	50
6.5.11.2	TB activa farmacorresistente.....	52
6.5.11.3.	TB latente:.....	53
6.5.12.	Tratamiento con medicina tradicional.....	53
6.5.12.1.	Armonización.....	54
6.5.12.2.	Purga.....	54
6.5.12.3.	Medicina natural.....	54
6.5.12.4.	Baños de vapor.....	56
6.5.12.5.	Acompañamiento nutricional.....	56
7.	SEGUIMIENTO Y CONTROL.....	58
7.1.	Exámenes y pruebas de control.....	58
7.2.	Responsabilidades del Personal de salud.....	58
8.	ALGORITMOS.....	60
	Algoritmo N° 2. Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar activa en mayores de 15 años que pertenece a grupos vulnerables o de alto riesgo.....	61
	Algoritmo N° 3 Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar activa en mayores de 15 años que no pertenece a grupos vulnerables o de riesgo.....	62
	Algoritmo N°4. Algoritmo de diagnóstico de tuberculosis pulmonar activa en menores de 15 años.....	63
	Algoritmo N°5 Algoritmo de diagnóstico de tuberculosis latente en adultos.....	64
	Algoritmo N° 6. Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis latente en niños y niñas menores de 5 años en contacto con personas afectadas por tuberculosis.....	65
	Algoritmo N° 7. Algoritmo de decisiones según los resultados microbiológicos del segundo mes en el seguimiento de la tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada.....	66
	Algoritmo N° 8. Ruta de atención del programa de tuberculosis de la IPS-I Mama Dominga.....	67

9. MATERIAL EDUCATIVO	68
9.1. Rotafolio	68
9.2. Folleto	69
10. CONCLUSIONES	70
11. RECOMENDACIONES	71
12. CRONOGRAMA	72
13. BIBLIOGRAFÍA	73

ABREVIATURAS

TB: Tuberculosis

OMS: Organización Mundial de la Salud

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

SR: Sintomático Respiratorio

Dx: Diagnostico

Pte: Pacientes

Tto: Tratamiento

Rx: Radiografía

H: Isoniacida

R: Rifampicina

E: Etambutol

Z: Pirazinamida

S: Estreptomicina

MDR: Multidrogorresistente

1. INTRODUCCIÓN

En 1994 por decisión de los Taitas, Mamas y Tatas, se concibe el plan de vida para el pueblo Misak, en donde se instauran diferentes programas y se redefine el programa de salud para la población. En sus inicios se brindaban servicios de salud enfocados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; posteriormente en el año 2000 con la habilitación del Hospital Mama Dominga se comienzan a prestar servicios de primer nivel de atención a toda la comunidad.

La IPSI Hospital Mama Dominga con el objetivo de contribuir de forma positiva a las necesidades de la comunidad ha integrado en la prestación de los servicios de salud la práctica de medicina tradicional propia con la medicina occidental; dentro de los servicios que ofrece la institución se encuentran servicios de consulta externa, urgencias, transporte asistencial básico, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y finalmente servicios de protección específica y detección temprana, estos últimos fundamentales para identificar, prevenir y tratar de forma efectiva y oportuna la aparición de enfermedades prevalentes en la región.

Según el análisis de situación en salud (ASIS) para el año 2021, las enfermedades transmisibles son consideradas como una de las principales causas de morbimortalidad en el municipio Silvia, siendo la tuberculosis (TB) una de ellas con una tasa de mortalidad de 6% para el año 2019.

Teniendo en cuenta que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, que se puede prevenir y curar si se realiza un diagnóstico junto a un tratamiento oportuno; sumado a que la IPS no cuenta con un programa específico para el abordaje integral de esta condición de salud, es importante construir un programa intercultural para la atención de la Tuberculosis en la población Misak, articulando para ello, la normatividad vigente con dinámicas socioculturales del territorio, además de, estrategias para la salud pública que permitan un adecuado abordaje y gestión de los riesgos en salud.

2. ALCANCE

El programa inicia desde la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en las diferentes áreas del territorio en conjunto con un ejercicio de conversación y concertación con la población Misak para construir acciones locales de prevención, promoción y tratamiento de la tuberculosis, con el fin de brindar a cada persona una atención y manejo integral en salud.

3. CONTEXTO Y POLÍTICA INSTITUCIONAL

3.1 CONTEXTO GENERAL DEL PUEBLO MISAK

3.1.1 Cosmovisión salud Misak

Concepto de salud: La salud es la base de la vida, la riqueza más grande e invaluable del hombre; se relaciona con el cuerpo, el equilibrio, la armonía, la naturaleza, los seres grandes, los antepasados, la comunidad, las plantas y los animales, los cuales viven en armonía. La salud desde otra perspectiva, orienta la forma de pensar y actuar, ya que tener buenas ideas que sirvan a la comunidad también es salud.

Concepto de salud espiritual: Es la esencia de la salud humana, ya que permite poder gozar de una salud física, corporal, mental e integral en todos los órdenes de la vida humana y de la naturaleza que está alrededor. Está relacionada con el interior, ya que de adentro salen todas las palabras y si son insultos, envidia, odio, etc., empieza a brotar el mal y evidencia que el alma está enferma.

Concepto de vida: La vida es la relación, trabajo y convivencia. Para los Misak mientras hay vida: hay ideas, pensamientos, convivencia y se puede compartir con los seres humanos, la naturaleza y los seres grandes.

Concepto de muerte: Es descansar, tener un largo y profundo sueño, cambiar a una nueva casa. Es un largo viaje del que se regresa de nuevo. Cuando se destruye la naturaleza, se destruye la vida y se busca la muerte.

Concepto de enfermedad: Estar enfermo es una eternidad, ya que impide compartir con el trabajo, el sol, la naturaleza, la familia, la comunidad, etc., y se queda encerrado como en una cárcel. La enfermedad llega porque se quebranta la armonía y el equilibrio con la naturaleza, las costumbres, la madre tierra y los seres grandes. La enfermedad es un perjuicio para el cuerpo, es la muerte en vida.

Origen de las enfermedades: Las enfermedades pueden ser del cuerpo o de la naturaleza, para los Misak, si el viento, el agua, la tierra están enfermos, lo estará el hombre, por eso hay que sanarlos para que el hombre también lo haga. El frío y el calor también pueden originar algunas enfermedades; el calor se manifiesta con fiebres altas (hierve la sangre) producto de un susto o el sucio de un difunto, las cuales deben tratarse solamente con plantas medicinales; el frío puede ocasionar tuberculosis por un hongo y la artritis debido a que se seca los líquidos de las articulaciones de manos o pies. Para curarlas totalmente hay que separar el espíritu del calor o el frío del espíritu del paciente.

Las nuevas enfermedades surgieron del mismo hombre por el desequilibrio y falta de consciencia en el consumo natural y moderado. Desde lo espiritual, está relacionado con la desobediencia con los consejos de los mayores de no entrar a sitios sagrados sin ningún tipo de refresco; las de la esfera mental o psicológica son a causa de la descomposición familiar y uso de maleficios para resolver problemas.

Las enfermedades ocasionadas por los Seres Grandes, se cree, tienen un propósito específico para los seres humanos, animales y plantas. Hay enfermedades producidas por las plantas que alteran el estado de ánimo, el estado psicológico y el estado de consciencia.

Los médicos tradicionales dicen que las enfermedades son desarrolladas por el exceso de trabajo, los conflictos familiares y de la comunidad, los sistemas de producción y por algunos médicos tradicionales que se dejan llevar por la ambición. La cultura occidental, introdujo enfermedades, resultado del consumo de medicamentos mal prescritos o administrados; las vacunas, son causa de enfermedad porque producen fiebre y otros síntomas a los niños, además del uso irracional de insecticidas en los cultivos para controlar las plagas, afectando gravemente al suelo y al medio ambiente, e intoxicando con químicos el cuerpo. Los alimentos producidos en sus tierras permiten que la alimentación sea natural y aportará más nutrientes, pero luego se empezaron a reemplazar los alimentos para comprar harinas, arroz, fideos y enlatados que llevan a que la comunidad se encuentre en un proceso de desnutrición; los animales se criaban para el consumo de la familia y mingas, ahora todo va para el mercado y son alimentos a base de concentrados y químicos. Las costumbres han desaparecido y llevan a la pérdida del equilibrio y la armonía.

Enfermedades que llegaron de occidente

Para los Misak muchas de las enfermedades son traídas desde occidente, los mayores mencionan que en el año 1950 el resguardo de Guambia fue duramente afectado y devastado por la viruela y el tifo, enfermedades que ocasionaron cientos de muertes en la comunidad.

Dentro de las enfermedades que se registraron se encuentran: la centella o derrame cerebral, el sarampión, la tos ferina y la tuberculosis, esta última era atribuida a el exceso de trabajo y el mojarse acalorado. Para los Misak la TB se originó cuando se comenzó a producir para el mercado y no para la vida. Otras enfermedades que se consideran que fueron traídas de occidente son la gripe, la

diarrea, problemas en los riñones, la epilepsia, el cáncer, las infecciones en la piel y la pérdida de memoria y visión como producto de la contaminación.

Relación del cuerpo y la naturaleza

- **La molleja:** está ubicada en la corona de la cabeza, directamente ligada al ombligo. Es el eje principal de la respiración del niño, por lo tanto se relaciona con el aire.
- **Las orejas:** relacionadas con las ventanas de una casa. Es por donde entra la voz y el conocimiento, también se relacionaba con la cumbre de la casa, por donde entraba y salía el aire.
- **Los ojos:** tienen relación con el sol e indican el día y la noche.
- **La cara:** está relacionada con la tierra o superficie terrestre.
- **La nariz:** se relaciona con el volcán, porque se considera al volcán la respiración del mundo, y la nariz es la respiración del ser humano.
- **La boca:** está relacionada con el aire, porque a través de esta el hombre disfruta del aire, soplando, reteniendo el aire con fuerza y oxigenando los alimentos de consumo.
- **Los hombros:** se relacionan con las montañas y los peñascos. Son las cuñas del cuerpo por lado y lado.
- **Los brazos:** se relacionan con el cabo de la pala.
- **La espalda:** está relacionada con las lomas, desde la cabeza hasta la cintura.
- **La cintura:** es el sostén del mundo humano.
- **Las piernas:** están relacionadas con los pilares de la casa.
- **La planta de los pies:** Son los terminales y se relacionan directamente con la tierra
- **Los dedos de la mano:** están relacionados con la familia, las coyunturas significan la unidad familiar. Este es el fundamento cultural que Taitas y Mamas enseñaron, para que la familia permanezca siempre unificada, a pesar de las dificultades y diferencias individuales.
- **La sangre:** está relacionada con los ríos.
- **Los pulmones:** están relacionados con el SHAU y con el PISHAU, o sea que es el órgano que purifica el agua, en este caso la sangre.
- **El aparato reproductor:** está relacionado con derrumbes y avalanchas. La tierra cada vez que quiere placer provoca un derrumbe, una avalancha, un parto de la naturaleza. Cuando los ríos crecen, significa que están buscando placer.

Según la cosmovisión Guambiana cuando un niño nace, existen tres formas de relación: una con el agua, otra con el cometa y otra con el búho. La última se explica, porque cuando nace un niño, también aparece un búho y se considera que le sigue los pasos al niño.

- **La placenta:** está relacionada con el mejicano, porque tiene gran amplitud y se expande por todas partes produciendo hijos. La placenta también se expande para que crezca el niño.
- **El ombligo:** se relaciona con la mata de mejicano así: el ombligo es el centro del mundo humano y el tallo que sostiene al mejicano es el centro de ella, se ramifica por todas partes pero tiene un solo centro que es el tallo que brota de la tierra.
- **La matriz:** está relacionada con el agua y con los dos ríos grandes del resguardo: el río cacique y el río Piendamó. El niño dentro del vientre está flotando dentro del agua, en líquidos amnióticos. El cuerpo humano está compuesto 75% de agua y 25% de materia.

3.1.2 Medicina Misak propia

Formas de prevenir las enfermedades: Desde la antigüedad se piensa que para prevenir enfermedades se debe vivir en armonía con los grandes seres y con la naturaleza, para lo cual es importante realizar limpiezas personales mediante el refresco con el médico tradicional; Cuando las personas ponen en práctica los consejos y recomendaciones de los mayores, adquieren el poder para vivir, trabajar y cultivar saludablemente de lo contrario llegarán problemas familiares y presentaran en algún momento malestares físicos en el cuerpo.

Los mayores pensaban que para tratar las enfermedades de los seres grandes de los espíritus y los maleficios, se debía hacer uso de la medicina tradicional, mientras que para las enfermedades traídas por el hombre blanco, se debía hacer uso de la medicina facultativa.

Papel de las plantas medicinales en el tratamiento de las enfermedades:

Los mayores conocían plantas benéficas para el organismo humano que se podían encontrar en el páramo, muchas de las cuales se siguen utilizando actualmente, dentro de las cuales se encuentran: La árnica pequeña, la árnica de tres clases: amarilla, flor blanca y flor morada, el chulco, el chulquillo, el apio, el romero, la guayabilla, la granilla, la canela de páramo, el granizo, el poleo blanco, el poleo negro, el marañón, la arracachilla, el cachivenado, el rabo de caimán, arracachilla de páramo, la hierbabuena del páramo, el girasol de

páramo y el frailejón. Se decía que la gran mayoría de plantas medicinales, se encontraban ubicadas en sitios especiales, las huecadas.

Entre las plantas de la parte baja, se encuentran : la hierbabuena común y de Castilla, la ruda común y de Castilla, la hierba mora, la pacunga, la borraja, el sauco, el perejil, el paico, el toronjil, la alegría, la manzanilla, la ortiga blanca y negra, el eucalipto, la malva, la menta, el descansé, el nogal, el cedrón, el diente león, la altamisa, la cola de caballo, el higuillo, la higuierilla, la verbena, el yanten, el platanillo, la lengua de vaca, la achira, las coles, la Sábila, el limoncillo, frutas como el durazno, la manzana y el helecho. El maní de páramo, utilizado por el médico tradicional.

El consumo de plantas medicinales, desde tiempo atrás se hace de forma diferente según el sentir del médico tradicional, usándolas de forma individual, en mezclas, infusiones, emplastos, con aplicación directa sobre la piel o de forma indirecta, en zumo o en conjunto con alimentos. Antiguamente para curar una enfermedad intervenía solo el médico tradicional quien era el encargado de dar el tratamiento, fuera de él no había nada que se hiciera por cuenta propia.

Médico tradicional o merepi: Persona que tiene la sabiduría necesaria para restablecer el equilibrio entre la persona y su espíritu, entre la persona y la naturaleza y entre la persona y los seres grandes; es así como el médico tradicional se convierte en un mediador del hombre con la naturaleza, es quien tiene el poder de ahuyentar los males que pueden perturbar la armonía y equilibrio.

El médico propio es elegido por los grandes seres, Pishimisak y Kallín, son ellos quienes le dan la sabiduría, inteligencia y valor necesario para ayudar a la comunidad de las enfermedades corporales y espirituales.

Cuando el médico hace uso de las plantas medicinales, se convierte en el medio por el cual MUNISAK espíritu de las plantas, puede extender su poder curativo al enfermo, sin embargo para que este poder se mantenga no puede haber separación entre el médico y las plantas, ya que ambos hacen parte de la naturaleza y está a su vez hace parte del espíritu de MUNISAK. Cabe resaltar que al médico se le da el poder más no el conocimiento y experiencia, este poder es dado por el Ser Grande, el personaje del páramo PISHIMISAK y KALLIN.

Clases de médicos

Los médicos pueden ser:

- Sentidores: Detectan del pie a la rodilla la suerte, las enfermedades, el futuro, los conflictos y las malas energías de sus pacientes.
- Clarividentes: Tienen visiones de las buenas y malas energías de sus pacientes
- Soñadores: Pueden interpretar con mucha certeza los sueños, para mirar el futuro y la buena o mala suerte de los pacientes
- Oidores: Interpretan los diferentes ruidos de la naturaleza, de los animales y los diferentes espíritus.

Para algunos médicos guámbianos dichos poderes son recibidos de los seres grandes: Kallín y Pishimisak sin embargo para otros médicos influenciados por la religión católica, el poder se recibe de Dios, María Santísima y Jesucristo, lo que se desencadena en un sincretismo religioso.

Diagnóstico y tratamiento del médico tradicional

Mediante un refresco o limpieza el médico puede descubrir alrededor de la persona una nube que dependiendo el color indica si la persona está o no cargada con energía negativa y problemas o si por el contrario la persona morirá. Si es blanca significa que la persona no está cargada con dichas condiciones, sin embargo cuando la nube es entre blanco y negro la persona si lo está. Para retirar esa energía negativa, el médico invoca plantas o animales y a medida que lo hace estas energías van saliendo del cuerpo en forma de centellas y cometas en dirección a donde se originaron hasta que finalmente la persona recupera la armonía y equilibrio. Por otra parte cuando una persona está muy enferma y se aproxima su muerte, en la invocación del médico con los pases, no se manifiesta ninguna centella y encima de su casa se puede observar una nube color blanco, para que se aparte, el médico tiene que retirarla con miscillo, yacuma blanca y un machete. La limpieza se puede hacer cada dos meses, cada seis meses o cada año.

Para los Misak los espíritus que afectan a las personas también se presentan en forma de gallinazos, pájaros y otros animales, todo esto puede ser observado por el médico durante la limpieza.

El médico tradicional trata la enfermedad, según el sentido y las señales que le sean manifestadas, si se siente a la izquierda hay posibilidad de recuperación, de lo contrario no se debe insistir. El médico debe estar atento a las diferentes señales, al sentido y a su palpación, debe permanecer prediciendo, tanteando y punteando, solo de esta forma, se dará cuenta si puede o no detener la

enfermedad. Si por ambición el médico tradicional insiste en la cura de una enfermedad sin tener capacidad, se puede morir el médico o el paciente.

Para los Misak el espíritu del hombre blanco es muy diferente al espíritu indígena, el médico sentido tiene la capacidad de percibir y sentir los espíritus, las palpitaciones y señales con mayor fuerza, por tal razón el tratamiento que se aplica para la limpieza va ser diferente entre el uno y el otro.

3.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.2.1 Misión

La IPSI HOSPITAL MAMA DOMINGA brinda servicios de salud de baja complejidad y medicina propia cumpliendo altos estándares de calidad; mediante un modelo de atención integral y diferencial busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud del pueblo indígena Misak y comunidad en general. Cuenta con un equipo humano comprometido con la excelencia del servicio, calidez humana y responsabilidad social.

3.2.2 Visión

Ser para el año 2025, una institución prestadora de servicios de salud indígena de baja complejidad, reconocida por cumplir altos estándares de calidad mediante un modelo de atención integral y diferencial, con calidez humana y excelencia en la atención, ampliando la cobertura de sus servicios a nivel regional

3.2.3 Generalidades de la Institución

La IPSI Hospital Mama Dominga como Institución prestadora de servicios de salud, viene integrando la práctica de medicina tradicional propia con la medicina occidental, en base al respeto mutuo de su dinámica social y espiritual que agrupa historias y costumbres expresadas en su ritualidad, integrado con los componentes normativos del Ministerio de Salud y Protección Social en el ámbito de la calidad; estas dos prácticas médicas y culturales buscan garantizar una calidad de vida saludable para el pueblo Misak, así como también la Institución en el marco de la interculturalidad y plan de salud, busca el rescate de la medicina tradicional Misak del pueblo Guambiano, haciendo un arduo trabajo con médicos tradicionales en el componente de plantas medicinales, además realizando proyectos de investigación etnográfica orientados a fortalecer “el cuidado de salud con métodos ancestrales de la cultura Misak.

3.2.4 Política de calidad

Nuestra política de calidad se centra en el Compromiso de “Satisfacer a nuestros usuarios, cumpliendo con los requisitos acordes a la legislación vigente, los propios del hospital y las expectativas de la comunidad Guambiana, manteniendo un sistema continuo y permanente de planeación, ejecución, verificación y ajuste de los estándares de calidad que permita el mejoramiento continuo de los servicios de salud prestados por el Hospital Mama Dominga”.

Objetivos de la política de calidad:

- Garantizar la sostenibilidad de los estándares de habilitación.
- Reorientación de la prestación de servicios acordes con las expectativas y necesidades de salud de los usuarios.
- Implementar la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- Implementar el sistema de información para la calidad.

3.2.5 Valores institucionales

- **Autocuidado:** el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.
- **Trabajo en equipo:** capacidad de armonizar los conocimientos, actitudes y comportamientos para generar beneficios.
- **Tolerancia social:** actitud de los funcionarios y afiliados ante las diferencias étnicas, culturales y particularidades propias de las comunidades.
- **Adaptabilidad:** a las exigencias normativas, culturales, de cobertura y de servicio.
- **Confiabilidad:** se puede definir como la capacidad de un producto de realizar su función de la manera prevista. de otra forma, la confiabilidad se puede definir también como la probabilidad en que un producto realizará su función prevista sin incidentes por un período de tiempo especificado y bajo condiciones indicadas.
- **Equidad:** bondadosa templanza habitual. propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley.
- **Eficacia:** es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.
- **Eficiencia:** hace referencia a los recursos empleados y los resultados obtenidos. Por ello, es una capacidad o cualidad muy apreciada en el hospital debido a que en la práctica todo lo ejecutado tiene como

propósito alcanzar metas u objetivos, con recursos (humanos, financieros, tecnológicos, físicos, de conocimientos, etc.) limitados y (en muchos casos) en situaciones complejas y muy competitivas.

4. OBJETIVOS

Programa intercultural para la atención de la Tuberculosis en la población Misak de la IPS-I Hospital Mama Dominga del municipio de Silvia, Noviembre 2022 a Enero 2023.

4.1 OBJETIVO GENERAL

Construir el programa intercultural para la atención de la Tuberculosis en la población Misak de la IPS-I Hospital Mama Dominga del municipio de Silvia, Noviembre 2022 a Enero 2023.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar conocimientos, saberes y prácticas en el proceso de atención de la tuberculosis en la población Misak.
- Definir los lineamientos técnicos y operativos del proceso de atención integral a la tuberculosis de acuerdo con la normatividad vigente y las dinámicas socioculturales del territorio Misak.
- Plantear una estrategia de articulación entre la medicina tradicional y occidental para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de la tuberculosis.

5. MARCO DE REFERENCIA

La Constitución Política de 1991 en el artículo 49 define la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Establece que debe garantizarse el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a toda la población.

Decreto 3518 de 2006: Por medio del cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión sistemática y oportuna de información sobre los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, a fin de orientar las políticas en salud pública encaminadas a la protección de la salud individual y colectiva.

Ley 1751 de 2015, ley estatutaria, garantiza el derecho a la salud para toda la población colombiana, mediante la prestación de servicios y tecnologías que favorezcan la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación.

Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis: en el cual se articulan acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y sus contactos en los diferentes entornos, en el marco del PDSP, el Plan estratégico programático y los lineamientos nacionales.

El Programa Nacional de Tuberculosis es una instancia del Ministerio de Salud responsable de definir las directrices, estrategias, políticas y acciones relacionadas con la promoción, prevención y control de la tuberculosis. A través de este programa se articulan y coordinan todos los esfuerzos, estrategias y actividades para el eficiente control de la enfermedad.

Plan de Monitoreo y Evaluación, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis: (2015) responde a la necesidad de parametrizar las acciones de Monitoreo y Evaluación desde el nivel local al nacional, teniendo en cuenta el contexto territorial, la medición del cumplimiento de los objetivos planteados por el programa, la evaluación de los procesos implementados y los recursos asignados para estos, con el objetivo de obtener información que permita la toma de decisiones, la construcción de conocimiento y el fortalecimiento de las acciones del programa.

Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2016-2025: es un instrumento que permite la gestión de los programas a nivel nacional y local con el objetivo de responder a los compromisos establecidos para adoptar la Estrategia Mundial Fin de la Tuberculosis.

Resolución 3280 del 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Resolución 0227 del 2020: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - PNPCT y se dictan otras disposiciones.

Lineamientos para la Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis en Colombia: establece los lineamientos técnicos y las actividades para la conmemoración de la celebración del día mundial de lucha contra la tuberculosis.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

6.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa ocasionada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis* que afecta principalmente los pulmones. Se transmite de persona a persona a través de gotitas que quedan suspendidas en el aire expulsadas cuando un enfermo de tuberculosis tose o estornuda y personas cercanas inhalan el mismo aire contaminado con la bacteria. Es una enfermedad prevenible y curable, aunque de no tratarse oportuna y adecuadamente podría conllevar a la muerte. Actualmente es un problema de salud pública y antes de la llegada del coronavirus (Covid-19) hacía parte de las primeras 10 causas de mortalidad en el mundo y debido a esto se afectó seriamente el acceso a los servicios de prevención y atención de tuberculosis revirtiendo los avances de la última década.

A nivel mundial, para el 2020 se estimaron 291.000 casos nuevos y 27.000 muertes por tuberculosis. Las muertes incrementaron en 3.000 en 2020 en comparación con 2019. Para ese año, se notificaron 197.364 casos nuevos, con un 68% de cobertura de tratamiento. A nivel mundial, se planteó La Estrategia Fin de la TB, la cual tiene el propósito terminar con la epidemia de tuberculosis en el mundo y se encuentra de la mano con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), teniendo en la mira los siguientes tres indicadores: reducir el número de muertes por tuberculosis en un 95%, reducir los nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035, y garantizar que ninguna familia enfrente costos catastróficos debidos a la tuberculosis desde tres pilares: atención innovativa en TB, políticas y sistemas de apoyo audaces e investigación e innovación intensificada.

Por tanto, el programa de tuberculosis en la institución es fundamental para brindar una atención intercultural a la población Misak y encaminar todas las acciones al alcance de los objetivos y el cumplimiento de los índices de tuberculosis. La prestación de los servicios de la institución debe diseñar e implementar estrategias que eliminen las barreras de acceso y fomenten la participación para el desarrollo y evaluación del programa institucional de tuberculosis de acuerdo con los lineamientos adoptados además de integrar de manera concertada las prácticas que se tienen dentro del territorio. La construcción del programa tiene por objeto conseguir una actuación más oportuna y efectiva frente a la tuberculosis en todo lo relacionado con la utilización de medios diagnósticos, el tratamiento para casos iniciales, declaración de casos y el procedimiento para el estudio de los contactos.

En conclusión, es necesario abordar la tuberculosis no solamente desde un componente fisiológico sino desde el componente sociocultural analizando la dinámica del cuidado en salud desde la cosmovisión Misak, tomando en cuenta los usos y las costumbres para el tratamiento de las enfermedades que se presentan en el territorio y la adecuación intercultural necesaria para lograr el éxito del tratamiento y la eliminación de la TB en el territorio Misak. El reconocimiento de las particularidades del territorio fortalece las estrategias a utilizar por parte de los diferentes actores en salud

6.2. POBLACIÓN OBJETO

- Personas de la IPS-I Hospital Mama Dominga que presenten signos y síntomas sugestivos de tuberculosis o hayan tenido contacto con casos confirmados de la enfermedad.
- Para el mes de octubre del año 2022 la IPS cuenta con un total de 12.539 usuarios contratados.

6.3. ABORDAJE METODOLÓGICO

6.3.1. Metodología

Se realiza un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, este tipo de estudio permite realizar un estudio directo de personas o grupos poblacionales durante un periodo de tiempo determinado utilizando la observación y entrevistas como herramientas principales. Se elige este tipo de estudio ya que permite conocer el pensamiento, comportamiento y afrontamiento de la población frente a la enfermedad tuberculosa presente en la región.

Por otro lado para la realización del proyecto se elige un diseño descriptivo ya que por medio de entrevistas se logra obtener información fundamental para el análisis y desarrollo de este.

6.3.2. Enfoque del proyecto

Teniendo en cuenta el contexto y población destinataria, se elige para el desarrollo de la metodología un enfoque intercultural ya que permite conocer más a fondo pensamientos, comportamientos, costumbres y formas de afrontamiento de las personas frente al tema base.

6.3.3. Población

Personas de la IPS-I Hospital Mama Dominga que presenten signos y síntomas sugestivos de tuberculosis o hayan tenido contacto con casos confirmados de la enfermedad.

6.3.4. Recolección de la información y actividades desarrolladas

La recolección de la información se realizó mediante:

- **Revisión bibliográfica:** Aquí se tuvieron en cuenta leyes y normas vigentes en el país para el manejo de la TB.

- **Entrevistas:**

- Pacientes diagnosticados y contactos: Teniendo en cuenta la base datos de los pacientes diagnosticados con TB de la IPS-I hospital Mama Dominga Y la sede de sierra morena , se realizaron visitas domiciliarias a dichas personas y sus contactos, donde se indago sobre su percepción acerca de la enfermedad y su opinión acerca de el tratamiento y seguimiento brindado por la institución de salud, además de eso se pidieron recomendaciones sobre cómo creerían que se podría mejorar la atención de los pacientes que padezcan esa enfermedad. Esto permitió entender un poco más sobre la cosmovisión de las personas teniendo en cuenta su contexto sociocultural.
- Personal de salud: se indaga con el personal de salud de la institución sobre el manejo farmacológico y tradicional que reciben los pacientes actualmente tanto en la sede principal como en la sede de sierra morena.

Todo esto permitió formular una estrategia de cuidado armonizado donde se articuló no sólo la medicina occidental sino también la medicina tradicional en pro de la salud de la población y el beneficio de la IPS.

6.4. GENERALIDADES DEL PROGRAMA

6.4.1. Definiciones operativas

Tuberculosis (TB): Enfermedad bacteriana, potencialmente grave que afecta los pulmones, producida por el *Mycobacterium tuberculosis*.

Sintomático respiratorio: Según la resolución 227 del 2020 para catalogar a una persona como sintomático respiratorio es importante tener en cuenta sus particularidades inmunológicas así como la accesibilidad que tiene a los servicios de salud, en ese caso dicha definición podría dividirse de la siguiente manera:

- **Población general:** Se considera sintomático respiratorio a aquella persona con presencia de tos y expectoración por más de 15 días.
- **Personas con VIH o inmunosupresión:** se considera sintomático respiratorio a aquella persona que presente tos con o sin expectoración, que puede estar acompañada de fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, con cualquier tiempo de duración.
- **Poblaciones vulnerables:** Personas que presenten tos y expectoración por más de 15 días, en casos en los que haya difícil acceso a la atención en salud se puede tomar un tiempo menor a 15 días siempre y cuando se sospeche de la enfermedad. Para los contactos de personas que fueron

diagnosticadas con TB se tiene como criterio la tos y expectoración por más de 1 día.

- **Niñas y niños menores de 15 años:** Personas que presenten tos con o sin expectoración por más de 15 días, acompañada de fiebre por más de 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los 3 meses anteriores, disminución de la actividad o juego, e historia de contacto diagnosticado con TB.

Tuberculosis presuntiva: Persona con síntomas o signos sugestivos de tuberculosis, se incluye sintomático respiratorio, que presenten signos o síntomas como fiebre, diaforesis, pérdida de peso, astenia, adinamia u otros sugestivos, así no cumpla como persona sintomática respiratoria. En **adultos mayores de 65 años, los síntomas pueden ser inespecíficos, tales como fiebre persistente de origen desconocido.**

Casos de tuberculosis:

- **Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado:** Persona que obtuvo resultado positivo en alguna de las pruebas de laboratorio como baciloscopia (coloración directa de la muestra), cultivo en medio líquido o prueba molecular.
- **Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado:** persona diagnosticada por médico, quien definió un ciclo completo de tratamiento antituberculoso, con pruebas bacteriológicas negativas. Se incluyen casos diagnosticados por clínica sugestiva y acompañados de anomalías en exámenes radiográficos, o histopatología sugestiva o nexo epidemiológico (contacto con caso confirmado) y donde no hubo confirmación bacteriológica.

Persona diagnosticada por clínica, que después se confirma por bacteriología se debe reclasificar como caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado.

Todos los casos bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados se deben registrar en el sistema de información del Programa Nacional de Tuberculosis y notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

Clasificación de casos diagnosticados con tuberculosis: los casos bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados se clasifican teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- **Según localización anatómica de la enfermedad:**

- **Tuberculosis pulmonar:** afecta parénquima pulmonar o árbol laringotraqueobronquial, se incluye si afecta laringe o miliar.
- **Tuberculosis extrapulmonar:** afecta órganos que no sean pulmones, se incluye las linfadenopatías intratorácicas (mediastinales o hiliares) o derrame pleural causado por TB sin alteración radiográfica

Si una persona presenta ambas se notifica y registra cómo TB pulmonar.

- **Según tratamiento previo de la enfermedad**

- **Caso nuevo:** Nunca ha sido tratado o solo recibió medicamentos por menos de un mes.
- **Caso previamente tratado:** Persona que antes recibió un mes o más tratamiento.
 - **Reingreso tras recaída:** persona tratada, declarada como curada o tratamiento terminado y se diagnostica otra vez con episodio recurrente de TB.
 - **Reingreso tras fracaso:** Persona tratada cuyo tratamiento fracasó por baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes o después durante el tratamiento.
 - **Recuperado tras pérdida de seguimiento:** Persona que reingresa a su tratamiento tras haber sido previamente tratada y declarada como pérdida durante el seguimiento.
 - **Otros casos previamente tratados:** personas tratadas, de las cuales se desconoce o no se registró su resultado después de su último tratamiento.

- **Según resultado de prueba de VIH**

- **Persona con tuberculosis y VIH:** resultado positivo de VIH en el momento del diagnóstico de TB.
- **Persona con tuberculosis y sin VIH:** resultado negativo de VIH en el momento del diagnóstico de TB, si luego se confirma con VIH debe ser reclasificada, registrada y notificada.
- **Persona con tuberculosis y estado de VIH desconocido:** persona con tuberculosis que no tiene registro de prueba, atención o confirmación de VIH. Si se determina el estado de VIH, se reclasifica y registra.

- **Según resistencia a medicamentos**

- **Monoresistencia:** resistencia a un solo medicamento de primera línea.
- **Poliresistencia:** resistencia a más de un medicamento de primera línea, excepto a isoniacida y rifampicina a la vez.
- **Multidrogorresistencia (TBMDR):** resistencia in vitro a isoniacida y rifampicina a la vez o combinada con otros fármacos.

- **Extensamente resistente (TBXDR):** persona TBMDR, que es resistente a una fluoroquinolona y al menos uno de los medicamentos inyectables de segunda línea.
- **Resistencia a la rifampicina: (TBRR):** toda resistencia a la rifampicina detectada por métodos fenotípicos y genotípicos con o sin resistencia a otros medicamentos. Puede ser persona con Monoresistencia, Poliresistencia, multidrogorresistencia o extensamente resistente.

Las categorías no son mutuamente excluyentes. Ante la resistencia a isoniacida o rifampicina o ambos, debe hacerse pruebas de sensibilidad a fármacos de segunda línea, si existe resistencia se debe enviar cultivo positivo a la LNR (red nacional de laboratorios) del INS para vigilancia.

- **Según respuesta al tratamiento:** para clasificar se definen dos grupos
 - **Resultados de persona con TB sensible**

Resultado	Definición
Curado	Persona con TB pulmonar confirmada por bacteriología que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y una antes con diferencia mínima de un mes.
Tratamiento terminado	Persona que completó tratamiento sin evidencia de fracaso, pero no se tiene resultado de baciloscopia o cultivo negativo en el último mes tratamiento y una antes. Se clasifica aquí la TB pulmonar diagnosticada solo por clínica y la TB extrapulmonar según mejoría clínica donde ambas hayan finalizado el tratamiento.
Fracaso	Baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el mes 4 o después. <ul style="list-style-type: none"> - En TB extrapulmonar si no hay mejoría clínica se considera tomar muestras extrapulmonares en medio líquido. - Se sospecha fracaso si al mes 2 hay baciloscopia o cultivo positivo: se debe solicitar PSF molecular, cultivo líquido y mantener fase intensiva hasta conocer resultado. - Si al mes 4 hay baciloscopia positiva pero cultivo negativo, y exámenes posteriores salen negativos: se extiende tratamiento, pero no se considera fracaso.

Fallecido	Persona que fallece antes de iniciar tratamiento o durante el mismo.
Pérdida del seguimiento	Persona que no inicia o interrumpe por un mes o más el tratamiento.
No evaluado	Persona con TB que no se ha evaluado el resultado del tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Conversión (a negativo): sucede si había baciloscopia positiva al inicio y en control posterior sale negativa. - Reversión (a positivo): sucede después de una conversión, si en baciloscopias posteriores da positivo.
Tratamiento exitoso	Suma de personas curadas y tratamientos terminados.

Se recomienda realizar a casos bacteriológicamente diagnosticados pruebas de sensibilidad a fármacos desde que se inicia el tratamiento para evitar errores en el momento de la clasificación del caso en el ingreso.

- **Resultados de persona con TB tratados con fármacos de segunda línea**

Resultado	Definición
Curado	Tratamiento completo sin evidencia de fracaso y 3 o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 días mínimo en los últimos meses de tratamiento
Tratamiento terminado	Tratamiento completo sin evidencia de fracaso, pero no tiene 3 o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 días mínimo en los últimos meses de tratamiento.
Fracaso	Tratamiento suspendido o tuvo cambio de esquema o mínimo de 2 fármacos a causa de: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de conversión al final de fase intensiva. - Reversión bacteriológica en fase de continuación después de tener conversión. - Resistencia a fluoroquinolonas o fármacos de segunda línea. - Reacciones adversas. - Dos baciloscopias positivas (2- 3 cruces) en

	<p>fase de continuación y sin mejoría clínica (sin acceso a cultivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversión (a negativo): sucede si hay 2 cultivos consecutivos con intervalo de 30 días mín. son negativos, se toma como fecha la del primer cultivo. - Reversión (a positivo): se considera después de una conversión inicial, si en la fase de continuación se encuentran 2 cultivos consecutivos positivos con intervalo de 30 días mín.
Fallecido	Persona que fallece antes de iniciar tratamiento o durante el mismo.
Pérdida del seguimiento	Persona que no inicia tratamiento para TB farmacorresistente o interrumpe por un mes o más el tratamiento.
No evaluado	Persona con TB que no se ha evaluado el resultado del tratamiento. Se incluyen personas transferidas de otra IPS que no tienen seguimiento o si la IPS que reporta no sabe esa información.
Tratamiento exitoso	Suma de personas curadas y tratamientos terminados.

- **Caso de tuberculosis descartado:** Personas que iniciaron tratamiento por criterio médico pero por pruebas diagnósticas y criterio del equipo médico se descarta. Se debe reportar los casos descartados y ajustar en SIVIGILA para el diagnóstico de egreso en los registros del Programa Nacional de Tuberculosis y gestión de medicamentos.

6.5. Epidemiología

La tuberculosis es aún una de las enfermedades infecciosas más mortales del mundo. A nivel mundial, en 2020, se estimó que alrededor de 9.9 millones de personas enfermaron de tuberculosis, donde aproximadamente 1.5 millones fallecieron por esta infección, de ellas, 214.000 tenían VIH. En las Américas, cada día mueren más de 70 personas y cerca de 800 enferman de tuberculosis; se estima que en 2020 había 18 300 niños con TB, la mitad de ellos menores de 5 años.

Colombia ocupa el quinto lugar de la región, con la mayor carga de casos de tuberculosis; para el año 2020 se reportaron al Programa Nacional de Tuberculosis,

13.037 casos, con una reducción del 12,4% comparativo con el año inmediatamente anterior. En este mismo año, se observó un comportamiento diferente de los casos a causa de la pandemia por COVID-19 ya que se presentó una baja captación de sintomáticos respiratorios en los prestadores de servicios de salud. La población mayormente afectada con relación al sexo son los hombres en un 64.9% en comparación a las mujeres con un 35.1%; con una razón de 2:1 en el país. En cuanto a la afectación por grupos de edad, se tienen los siguientes datos: adultos entre 25 a 34 años con un 19.9%, personas mayores de 65 años con un 18.3%, y un 2.2% en niños y niñas menores de 15 años.

En torno a las comorbilidades más comunes de las personas con tuberculosis se encuentran: TB y desnutrición con un 13.9%, TB y VIH en 12%, TB y diabetes mellitus con 9.1%, TB y EPOC en un 6.6% y TB y enfermedad renal crónica con 3.1%. En cuanto a las poblaciones afectadas por TB están distribuidas así: 6.7% privados de la libertad, 5.3% son afrodescendientes, 5.2% son indígenas, 4.5% migrantes, 3.6% habitantes de calle, y 2.1% son trabajadores de la salud.

Para el 2020, se reportó un total de 268 casos de tuberculosis farmacorresistente con una reducción importante frente a los 427 casos reportados el año anterior.

Para el municipio de Silvia, las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar, para el año 2019 se presenta una tasa de mortalidad por esta causa de 22,8 por cada 100.000 habitantes llevando así que para ese mismo año la tuberculosis ocupe un tercer lugar con una tasa de 6,0 muertes por cada 100.000 habitantes; con relación al sexo, se distribuyó de la siguiente manera: 6,5 muertes por cada 100.000 hombres y 5,6 muertes por cada 100.000 mujeres.

6.6. Ruta de atención integral en salud para TB

6.6.1. Captación de sintomáticos respiratorios

La principal estrategia es la búsqueda activa y se va a concentrar en:

- Los contactos de personas con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
- Población vulnerable o de riesgo, captados en diferentes entornos por talento humano en salud o comunidad entrenada.
- Búsqueda activa institucional.

Se debe priorizar poblaciones para realizar tamizaje, canalización y activación de la ruta para asegurar toma de muestras y toda la atención requerida.

- **Búsqueda activa institucional:** Los grupos de riesgo o vulnerables a identificar dentro de la institución son: personas consumidoras de alcohol o sustancias

psicoactivas; con enfermedad renal crónica, del sistema inmunológico, mentales; mayores de 65 años hospitalizados, PPL y guardias; pacientes VIH, oncológicos, etc. Importantes pacientes que son contactos de personas diagnosticadas en algún momento de TB y personal de salud.

- Sintomáticos respiratorios que tiene VIH (PPV) existe un riesgo de reactivación de reinfección latente es de 5-10% y no aplica la definición de sintomático respiratorio por lo que se debe hacer tamizaje clínico con los siguientes síntomas: tos, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna de cualquier duración, la ausencia de estos tiene valor predictivo negativo >97% para TB y con la presencia de uno se debe descartar TB activa u otras enfermedades.

Mayores de 15 años en consulta externa (A)	sintomáticos respiratorios a captar				
	Meta (B)	Captar por año (C)	Captar por trimestre (D=C/4)	Captar por mes (E=D/3)	Captar por día (F=E/30)
100					

Decimales se aproximan.

- **Búsqueda activa comunitaria:** Los grupos de riesgo o vulnerables a identificar dentro de la comunidad son: Áreas geográficas de alta incidencia. Población con barreras de acceso a salud (zona rural dispersa, indígenas, afrodescendientes, migrantes, refugiados y habitantes de calle). Personas tratadas por TB, con lesiones fibróticas en radiografía, con VIH, DBM, enfermedades respiratorias crónicas y fumadores, DNT, con gastrectomía o derivación yeyuno-ileal. niños o niñas **menores de 15 años** y **adultos mayores de 65 años** en zonas de difícil acceso a servicios de salud. mineros o expuestos a sílice y trabajadoras informales con factores de riesgo.
- **Investigación epidemiológica de campo:** Durante la visita, se registran en una base de datos nominales (libro de contactos) para su seguimiento.

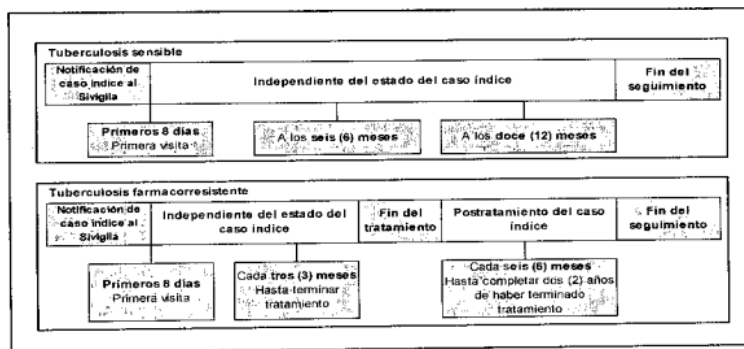
La gestión con los contactos sintomáticos respiratorios se diferencia según el tipo de tuberculosis del caso índice de la siguiente manera:

Casos de tuberculosis sensible: búsqueda en la primera semana de detectado el caso índice, a los seis meses y al año de iniciado el tratamiento.

Casos de tuberculosis farmacorresistente: búsqueda en la primera semana de detectado el caso índice, de manera trimestral hasta que el caso índice termine el tratamiento y luego cada seis meses durante 2 años.

Contacto estrecho: convive más de 6 horas al día con caso índice.

Figura 1. Momentos de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en contactos, según tipo de tuberculosis



- **Búsqueda activa de población en riesgo de TB en comunidad:** Se centra en zonas de difícil acceso a servicios de salud y población vulnerable a la infección.

Instituciones de protección social (albergues, hogares de atención a **niños, adultos mayores**, etc. son de especial interés para el programa y se debe realizar una programación de captación de sintomáticos teniendo como meta indicativa un 10% de la población atendida el año anterior. Para grupos étnicos también será de un 10% de la población censada.

En población privada de la libertad se debe realizar búsqueda sistemática al 100% de los reclusos en el momento de ingreso, durante traslados, visitas epidemiológicas y jornadas a personal de salud y guardias.

De manera intramural se programa captar el 10% de la población en la institución.

Grupo de riesgo	Censo año anterior (A)	sintomáticos respiratorios a captar				
		Meta (B)	Captar por año (C)	Captar por trimestre (D=C/4)	Captar por mes (E=D/3)	Captar por día (F=E/30)
Grupos étnicos						
Albergues						

PPL						
-----	--	--	--	--	--	--

Decimales se aproximan.

Resumen de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y el acompañamiento con otros entes.

	Búsqueda activa comunitaria	Búsqueda activa institucional
¿Quién la hace?	DTS, ESE e IPS en el marco del PIC, agentes comunitarios y gestores EAPB entrenados	Profesionales y auxiliares de la IPSI
¿Dónde?	Zonas de difícil acceso y poblaciones vulnerables, centros penitenciarios, albergues e instituciones de protección social	En la institución a nivel intramural
¿Cómo?	Casa a casa, sitios de congregación y visitas epidemiológicas. Durante ingreso, estancia y egreso del centro penitenciario	Consulta externa, salas de espera, hospitalización
Base para la programación	Listado de censo: <ul style="list-style-type: none"> - Grupos étnicos: 10% - Habitante de calle: 10% - PPL: 10% 	Consulta externa: 2.5 %
Metas de captación	90% de lo programado	90% de lo programado

6.6.2. Confirmación diagnóstica de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar

	TB PULMONAR	TB EXTRAPULMONAR
SOSPECHA DIAGNÓSTICA	Manifestaciones clínicas y radiológicas.	Manifestaciones clínicas y estudios imagenológicos.
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	Demostración de la micobacteria a través de métodos bacteriológicos o microbiológicos, fenotípicos o genotípicos.	Mediante estudios microbiológicos, moleculares e histopatológicos.
Se deben realizar pruebas microbiológicas y estudios radiológicos a todo sintomático respiratorio.		

Si no es posible realizar la confirmación bacteriológica, se aceptará el diagnóstico basado en aspectos clínicos e imagenológicos siempre y cuando el cuadro sea sugestivo de la enfermedad y no haya otro diagnóstico probable. De igual manera si el estado de salud de la persona está muy deteriorado lo anterior se considera fundamento para el inicio del tratamiento.

Nota: Se deberán hacer ajustes al sistema de información del programa y al SIVIGILA en caso de que la persona afectada sea reclasificada por un hallazgo microbiológico.

- **Criterio microbiológico:** La confirmación microbiológica es fundamental para el tratamiento e ingreso de pacientes al programa nacional de TB. No iniciar tratamiento si no se ha realizado la evaluación microbiológica; independientemente del resultado el médico puede determinar la pertinencia del tratamiento teniendo en cuenta la clínica, nexo epidemiológico y hallazgos radiológicos.

En TB pulmonar se utiliza como muestra el esputo.

Exámenes que realizar:

- **Baciloscopia seriada de esputo:** Recolección de muestras de esputo provenientes del árbol bronquial del sintomático respiratorio. La baciloscopia es considerada como la técnica de elección para el control de la tuberculosis pulmonar.

Recolección de la muestra	
Se deben recolectar 3 muestras de la siguiente manera:	
1era muestra	Apenas se detecte el sintomático respiratorio.
2da muestra	Al día siguiente, primer esputo de la mañana (se toma en el domicilio).
3era muestra	Al momento de entregar la segunda muestra.
<ul style="list-style-type: none"> – Cantidad de la muestra: 3 ml – 5 ml. – Baciloscopia positiva: contiene de 5.000 a 10.000 bacilos por mm³. – Tiempo de procesamiento de la muestra por laboratorio: < 24 horas. – Para control del tratamiento de TB pulmonar se utiliza una sola muestra de esputo, dicho control se realiza al finalizar la fase intensiva, al 4to mes y al finalizar el tratamiento. 	

- Cualquier muestra de baciloscopia positiva debe ser cultivada. Si las 3 muestras son negativas se cultiva la de mejor calidad.
- Si solo se toma una muestra de esputo, se debe realizar prueba molecular y cultivo cuando sea necesario.
- El frasco recolector debe tener: tapa de rosca, cierre hermético y una capacidad entre 30 ml a 50 ml.
- En zonas de difícil acceso las muestras serias pueden recogerse el mismo día con un intervalo mínimo de una hora.
- Si la primera muestra da como resultado una baciloscopia positiva, no es necesario procesar las otras muestras y debe iniciarse tratamiento.
- No se deben rechazar muestras con cantidades inferiores a las establecidas.

En personas que tengan dificultad para expectorar o ausencia de esta se realizará la inducción del esputo o un lavado gástrico.

Inducción de esputo: Se realiza mediante de nebulizaciones con soluciones hipertónicas 3-5% durante 15 minutos con el objetivo de fluidificar las secreciones, producir tos y poder recoger la muestra; en niños menores puede realizarse un aspirado nasofaríngeo para recolectar la muestra. En niños se administra un broncodilatador de acción rápida previo a las nebulizaciones.

Lavado gástrico: Detecta bacilos en el esputo ingerido, debido a la escasa cantidad de bacilos que pueden obtenerse siempre se realiza un cultivo y una prueba molecular.

Se deben recolectar 3 muestras, se recomienda:

- Estar en ayunas y no tener estimulación alimenticia.
- Aspirar con una sonda nasogástrica de 3-5 ml de contenido gástrico.
- Si la muestra es escasa irrigar de 10 ml-15 ml de agua destilada o solución fisiológica estéril y succionar contenido gástrico.
- Para neutralizar la acidez de la muestra adicionar bicarbonato de sodio al 8%.
- Remitir la muestra al laboratorio para cultivo líquido y prueba molecular, su procesamiento debe realizarse antes de 24 horas.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - En niños se prioriza la prueba molecular como técnica diagnóstica. - Realizar prueba molecular y cultivo líquido a cada muestra recolectada. |
|---|

- Número de muestras: Si es del mismo espécimen 3, si es de diferente espécimen tomar 2 muestras de cada uno. Entiéndase por espécimen al aspirado gástrico o al esputo inducido.

- **Pruebas de detección molecular:** Detectan componentes específicos del ADN del complejo del *M. tuberculosis* por reacción de la cadena polimerasa en tiempo real con resultados en 2 horas, a su vez permiten identificar mutaciones que puedan generar resistencia a medicamentos.

Se considera la prueba de elección en pacientes previamente tratados, personas con VIH o inmunosupresión, menores de 15 años y poblaciones vulnerables.

Se utilizarán pruebas moleculares de alta sensibilidad para detección de *M. tuberculosis* a partir de muestras positivas o negativas que tengan entre 16 a 130 unidades formadoras de colonias-UFC de MBT/m.

- **Cultivo líquido para *M. tuberculosis*:** Permite una rápida evaluación microbiológica sobre todo en pacientes inmunocomprometidos y niños, permite identificar entre 10 a 100 bacilos/mm³ en una muestra de esputo en un tiempo de 2 a 3 semanas.

En caso de que el cultivo sea positivo se debe realizar identificación de la especie y una prueba molecular de sensibilidad de fármacos de primera línea, si se detecta resistencia se realizará prueba de sensibilidad a los medicamentos de segunda línea. Si es posible, evaluar la resistencia a la isoniacida antes de iniciar el tratamiento.

Se realizarán cultivos líquidos de control y pruebas de sensibilidad a pacientes expuestos a medicamentos de primera y segunda línea, pacientes con fracaso al tratamiento o que son contacto de personas con TB. Multidrogorresistente-MDR.

- **Criterio clínico:** Depende de los signos y síntomas que se presenten, los signos y síntomas pueden ser sugestivos de TB pulmonar en sintomáticos respiratorios o de TB extrapulmonar.

El criterio clínico se apoya de:

- **Radiografía de tórax:** Fundamental en el diagnóstico de TB pulmonar en sintomáticos respiratorios, se toma en las proyecciones postero-anterior y lateral. La radiografía aumenta la posibilidad diagnóstica y sirve como complemento de las pruebas microbiológicas que se realizan para confirmar el diagnóstico.

Otros estudios imagenológicos:

- Tomografía de tórax de alta resolución: Se realiza en pacientes con tratamiento inmunosupresor.
- Estudios imagenológicos y estudios bacteriológicos se utilizarán simultáneamente en casos de TB extrapulmonar.
- **Nexo epidemiológico:** Se considera positivo cuando la persona ha estado expuesta a la enfermedad o ha estado en contacto con un caso confirmado.
- **Estudio histopatológico:** Biopsia de cualquier tejido que presente granulomas con necrosis de caseificación y ziehl-Neelsen positivo, se considera criterio diagnóstico de TB, exceptuando la adenitis post vacunal de BCG.

- Ziehl-Neelsen negativo no descarta la TB.
- Realizar cultivo líquido y pruebas moleculares a muestras con diagnóstico diferencial de infección por micobacterias.
- Tener en cuenta patologías que presentan ausencia o alteración de granulomas de caseificación pese a presentar TB activa.
- Las pruebas moleculares a partir de biopsia para confirmar M. tuberculosis se realizan en muestras de tejido óseo, ganglios, biopsias pulmonares, biopsia pleural, materia fecal, LCR orina, etc.
- Si no es posible realizar confirmación microbiológica, se aceptará el diagnóstico basado en aspectos clínicos, imagenológicos y estudios complementarios siempre y cuando no haya otro diagnóstico probable.

- **Prueba de tuberculina (PPD):** Permite identificar TB latente mas no la TB activa y se usa en personas con riesgo alto de contraer la enfermedad. Se realiza mediante la técnica de Mantoux, que consiste en administrar de forma intradérmica 0.1 ml de tuberculina en el tercio medio superior de la cara externa del antebrazo hasta formar una pápula, pasadas 48 o 72 horas el enfermero realiza la medición en mm del diámetro de la induración con ayuda de una regla.

Interpretación del resultado		
Resultado	Población	Interpretación
Induración < 5 mm	Cualquier población.	Negativo
Induración ≥ 5 mm	<ul style="list-style-type: none"> - Conversión de PPD previamente negativa. - Niños con desnutrición severa, marasmo o kwashiorkor. - Contacto reciente con pte de TB. - Personas con alteraciones radiológicas. - Personas que viven con VIH. - Personas con patologías o tratamientos inmunosupresores. 	Positivo
Induración ≥ 10 mm	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajadores de la salud. - Inmunocompetentes. - Niños no incluidos en el grupo anterior. 	Positivo
<p>*En pacientes con VIH o inmunosuprimidos se recomienda repetir la prueba a la tercera semana, de igual forma, ante sospecha de un falso negativo. Si la segunda PPD sale negativa, se descarta y se repite anualmente.</p> <p>*Ante positividad se realiza radiografía para descartar TB activa.</p> <p style="text-align: right;">Fuente: Minsalud</p>		

- **Ensayo de liberación de interferón:** Prueba realizada en sangre que permite identificar la TB latente sin generar falsos positivos, genera un resultado de 24 a 48 horas. Cabe aclarar que esta prueba no reemplaza la prueba de tuberculina.
- **Adenosina de aminasa (ADA):** Se utiliza como ayuda diagnóstica de la TB en líquido pleural, meníngeo y otras serosas; siempre debe estar acompañada de un cultivo de medio líquido del tejido de la biopsia.

Líquido pleural	>32u/l a 37°C, compatible con TB pleural.
Líquido cefalorraquídeo	>5 u/l a 37°C, compatible con TB meníngeo.

6.6.3. Diagnóstico de TB pulmonar activa

Las pruebas moleculares y el cultivo líquido se establecen como los métodos de elección a nivel microbiológico para la TB, por tal razón la IPS debe garantizar el acceso a este tipo de servicios.

Criterios diagnósticos de TB pulmonar activa según el tipo de población:

- **Población en general sin compromiso inmunológico:** En sintomáticos respiratorios sin compromiso del sistema inmune se realizará una radiografía de tórax y una baciloscopia seriada de esputo. Si el resultado de la baciloscopia es positiva se hará una prueba molecular con identificación y una prueba de sensibilidad a fármacos, sin embargo si la baciloscopia es negativa pero hay presunción de la enfermedad se realizará un cultivo en medio líquido y pruebas moleculares con prueba de sensibilidad a fármacos como rifampicina e isoniacida desde el inicio.

- Si los resultados son negativos y la sospecha clínica es alta se debe evaluar la calidad de las muestras procesadas y solicitar nuevas muestras.
- Si se confirma otro diagnóstico o los síntomas desaparecen se descarta la TB.
- Si hay persistencia de síntomas el criterio clínico determinará el inicio del tratamiento antituberculoso.

- **Poblaciones vulnerables o de riesgo:** En las poblaciones que cumplan con los criterios establecidos se realizará una Prueba molecular con cultivo en medio líquido y una radiografía de tórax.
 - **Privadas de la libertad:** Presencia de tos con expectoración por más de 15 días o mayor a 1 día de evolución si hubo contacto con personas diagnosticadas con TB.
 - **Población étnica que se encuentre en asentamientos de difícil acceso o de desplazamiento:** Personas que presenten Tos con expectoración mayor o igual a 15 días o de más 1 día de evolución en contactos de personas diagnosticadas con TB.
 - **Habitantes de calle:** Presencia de tos con expectoración por más de 15 días.
 - **Personas previamente tratadas, personas que provengan de zonas con prevalencia de TB farmacorresistente y personas con contacto de casos de TB pulmonar bacilífera con resistencia a fármacos:** En esta población inicialmente se evalúa la resistencia a la rifampicina e isoniacida. Se realizan

las pruebas correspondientes si hay presencia de tos con expectoración por más de 15 días de evolución o menos.

- **Otras:** En Afrodescendientes, migrantes de zonas con alta carga de TB, desplazados, discapacitados, trabajadores de salud y extranjeros que presenten tos por más de 15 días Se realizarán las pruebas correspondientes. En el caso de extranjeros con vulnerabilidad social y económica se garantiza también la baciloscopia.

- **Personas con enfermedades o tratamientos inmunosupresores:**

Para el diagnóstico de TB pulmonar en esta población se debe garantizar, el cultivo en medio líquido con identificación de especie, las pruebas de sensibilidad a fármacos antituberculosos y la radiografía de tórax. El seguimiento al tratamiento se realiza mediante la baciloscopia y el cultivo en medio líquido.

Se debe descartar la TB activa u otro diagnóstico en personas con VIH que presenten síntomas como fiebre, tos, pérdida de peso o sudoración nocturna; ante la presencia de tos de cualquier duración se realizará una prueba molecular complementada a su vez por un cultivo y una radiografía de tórax, se podrá utilizar como ayuda diagnóstica de TB pulmonar y extrapulmonar la prueba rápida LAM en orina.

Ante resultados negativos podrá iniciarse tratamiento antituberculoso basado en criterios y sospecha clínica.

- **Menores de 15 años**

Dentro de los criterios clínicos para iniciar estudios diagnósticos de TB en este grupo poblacional se encuentran: tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre de más de 8 días de evolución, disminución de la actividad o el juego, disminución o aumento de peso en los tres meses anteriores y haber tenido contacto con una persona con TB. En tales casos se garantizará la realización de la prueba molecular, el cultivo en medio líquido, la radiografía de tórax y la prueba de la tuberculina PPD.

Ofrecer prueba voluntaria de VIH siempre que se realice diagnóstico de TB.

6.6.4. Resultados de las pruebas diagnósticas y sus recomendaciones.

- **Personas sin antecedentes de enfermedades o tratamientos inmunosupresores.**

Cultivo en medio líquido para micobacterias e identificación.	Prueba molecular rápida	Basilos copia	Radiografía de tórax compatible con TB.	Recomendación
En procesamiento	+	+/-	+/-	Iniciar tratamiento y correlacionar con el resultado del cultivo y respuesta al tratamiento.
En procesamiento	-	+	+/-	Iniciar tratamiento y correlacionar con el resultado del cultivo y respuesta al tratamiento, descartando micobacteria no tuberculosa.
En procesamiento	-	-	+	Realizar exámenes complementarios, descartar otro diagnóstico (dx) y considerar inicio de tratamiento.
En procesamiento	-	-	-	Considerar dx diferencial y criterios clínicos.
Resultado positivo	+/-	+/-	+/-	Continuar o iniciar tratamiento.
Resultado negativo	+	+/-	+/-	Verificar condición técnica de la prueba y según evolución continuar tratamiento.
Resultado negativo	-	+	+/-	Verificar condición técnica de la prueba y según evolución continuar tratamiento.
Resultado negativo	-	-	+	Considera dx diferencial y exámenes complementarios para ello. Se recomienda valoración por neumología. Si inicio tratamiento evaluar su continuidad según la evolución o reconsiderar otro dx.
Resultado negativo	-	-	-	Considerar dx diferencial.
<p>- Si el cultivo indica micobacteria no tuberculosa, se deberá realizar nuevamente un cultivo en medio líquido, en caso de que obtenga el mismo resultado no suspender tratamiento y remitir con especialista.</p> <p>- Ante cultivo negativo baciloscopia positiva verificar calidad de la muestra y procesamiento.</p> <p style="text-align: right;">Fuente: Minsalud</p>				

- **Personas con enfermedades o tratamientos inmunosupresores o en condiciones de vulnerabilidad.**

Cultivo para micobacterias en medio líquido e identificación.	Prueba molecular rápida	Radiografía de tórax compatible con TB	Recomendación
En procesamiento	+	+/-	Tratamiento
En procesamiento	-	+	Considerar inicio de tratamiento según criterio de neumología o infectología y posteriormente evaluar según resultado de cultivo y respuesta al tratamiento.
En procesamiento	-	-	Definir dx, considerar repetir pruebas, considerar exámenes complementarios, considerar dxs diferenciales o remitir a un mayor nivel de complejidad.
Resultado positivo	+/-	+/-	Continuar o iniciar tratamiento.
Resultado negativo	+	+/-	Verificar condiciones técnicas de las pruebas y continuar el tratamiento según la evolución clínica.
Resultado Negativo	-	+	Si hay mejoría clínica continuar el tratamiento de lo contrario considerar otro dx.
Resultado negativo	-	-	Considerar diagnósticos diferenciales.
<p>*Si el cultivo indica micobacteria no tuberculosa, se deberá realizar nuevamente un cultivo en medio líquido, en caso de que se obtenga el mismo resultado no suspender tratamiento y remitir con especialista. *El médico podrá iniciar o mantener el tratamiento según criterios clínicos.</p> <p style="text-align: right;">Fuente: Minsalud</p>			

- **Menores de 15 años que cuenten con baciloscopia.**

Cultivo para micobacterias en medio líquido e identificación.	Prueba molecular rápida	Baciloscopia	Radiografía de tórax compatible con TB.	Recomendación
En procesamiento	+	+/-	+/-	Tratamiento.
En procesamiento	-	+	+	Iniciar tratamiento y evaluar según resultados de cultivo y evolución clínica.

En procesamiento	-	+	-	Iniciar tratamiento y evaluar según resultados de cultivo y evolución clínica.
En procesamiento	-	-	+	Considerar dx diferencial y estudios complementarios a ello. Se recomienda valoración por neumología, descartar dx diferencial e iniciar tratamiento.
En procesamiento	-	-	-	Verificar condiciones técnicas de las pruebas. Evaluar necesidad de exámenes complementarios y considerar dx diferencial.
Resultado positivo	+/-	+/-	+/-	Continuar o iniciar tratamiento.
Resultado negativo	+	+/-	+/-	Verificar condiciones técnicas de las pruebas y continuar tratamiento según evolución clínica.
Resultado negativo	-	+	+	Verificar condiciones técnicas de las pruebas y continuar tratamiento según evolución clínica.
Resultado negativo	-	+	-	Evaluar continuidad del tratamiento según evolución clínica.
Resultado negativo	-	-	+	Continuar tratamiento según evolución clínica.
Resultado negativo	-	-	-	Considerar dx diferencial. Si se inició tratamiento evaluar continuidad según evolución clínica o descartar TB.
<ul style="list-style-type: none"> - Considerar inicio del tratamiento o su continuidad según resultado del cultivo. - Si el cultivo indica micobacteria no tuberculosa, se deberá realizar nuevamente un cultivo en medio líquido, en caso de que se obtenga el mismo resultado no suspender tratamiento y remitir con especialista. 				

6.6.5. Diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar

Las manifestaciones clínicas de la TB pulmonar dependen del órgano afectado, el sistema inmunitario del individuo y el avance de la enfermedad. Dentro de los principales signos y síntomas se encuentran: malestar general, astenia, fiebre, pérdida de apetito, pérdida de peso y sudoración nocturna. Dado lo anterior las pruebas diagnósticas son guiadas por la evaluación clínica y siempre debe realizarse búsqueda de TB pulmonar.

Dependiendo del órgano afectado se recolectan muestras de tejido o muestras líquidas, a las cuales se les debe realizar un cultivo en medio líquido con identificación de especie y prueba de sensibilidad a fármacos tuberculosos. Las biopsias se conservaron en solución salina fisiológica o en formol para estudio histopatológico.

Dentro de las pruebas de apoyo se encuentran radiología, histopatología y test de ADA.

6.6.6. Tratamiento farmacológico para tuberculosis activa

Recomendaciones generales

- Iniciar tratamiento a toda persona diagnosticada con TB confirmada por clínica o microbiológica.
- Realizar una atención integral que incluya prescripción, suministro, supervisión y seguimiento del caso y sus contactos, además de actividades educativas tanto para el paciente, la familia y la comunidad.
- Teniendo en cuenta las necesidades de la persona el seguimiento puede ser: directamente observado a nivel de la IPS, comunitario, domiciliario y virtual.
- Los medicamentos para el tratamiento de la TB son de carácter gratuito.
- La toma de los medicamentos debe ser estricta y debe ser registrada y supervisada por el personal de salud o agentes comunitarios encargados.
- Responsabilidades del médico: Formular dosis de los medicamentos teniendo en cuenta el peso de la persona y solicitar paraclínicos e interconsultas de control. La prescripción médica debe tener: número de identificación del paciente y médico tratante, dosis en mg de cada medicamento, presentación, vía de administración, número de tabletas a administrar y dosis totales.
- Responsabilidades de enfermería: Realizar consulta antes de iniciar el tratamiento y mensualmente, establecer un plan de cuidados que favorezca la adherencia al tratamiento y adquisición de saberes, realizar apertura de la ficha individual de tratamiento y concertar la modalidad de seguimiento.
- Registrar la dosis administrada en la tarjeta individual de tratamiento de forma oportuna. Una vez diligenciada dicha tarjeta la IPS deberá registrarla en la base nominal del sistema de información del programa de tuberculosis y al SIVIGILA.
- Garantizar seguimiento por los diferentes profesionales de salud según lo establecido.
- Evaluar desde el inicio el riesgo de abandono al tratamiento o factores que limitan la adherencia al mismo.

- Recomendaciones para el personal de salud: Verificar en cada control el peso y ajustar dosis, vigilar diariamente presencia de reacciones adversas, realizar registro en la tarjeta individual de tratamiento y notificar al programa nacional de farmacovigilancia.
- Paciente con coinfección TB/VIH deben recibir simultáneamente el tratamiento para ambas patologías. Si la persona ya estaba siendo tratada por VIH antes de ser diagnosticada con TB no debe suspender el tratamiento a menos que presente interacciones con medicamentos de TB. Si la persona con la coinfección no está recibiendo tratamiento antirretroviral se prioriza siempre el tratamiento antituberculoso y en un lapso de 2 a 8 semanas cuando se haya tolerado se podrá iniciar con el antirretroviral.

*La IPS debe realizar la supervisión del tratamiento directamente observado a todos sus usuarios y reportar la información en la tarjeta individual de tratamiento.

*Se debe garantizar un tratamiento continuo y sin interrupciones.

6.6.7. Manejo de reacciones adversas a fármacos antituberculosos

La pirazinamida, isoniacida y rifampicina están asociados con toxicidad hepática (2-28%), por tanto si se elevan las transaminasas o las bilirrubinas se suspende tratamiento y se hace reintroducción escalonada, excepto si es una elevación leve y transitoria al inicio del tratamiento.

Criterios para evaluar suspensión:

- AST: aspartato aminotransferasa, tres veces mayor de lo normal más síntomas.
- ALT: alanino aminotransferasa, 5 veces mayor de lo normal más síntomas.
- Bilirrubina >2mg/dl
- Reacciones dermatológicas severas

Síntomas de hepatotoxicidad: dolor abdominal, náuseas, vómito y marcada astenia.

Factores de riesgo para hacer seguimiento estricto de la función hepática:

- Mayores de 60 años
- Desnutrición
- Alcoholismo
- Coinfección con VIH
- Hepatitis B y C
- Uso de medicamentos hepatotóxicos

Si la suspensión del tratamiento compromete la vida del paciente (meningitis tuberculosa, TB miliar o falla respiratoria asociada a TB) se deberá considerar uno alterno transitorio sin hepatotoxicidad con los siguientes fármacos: moxifloxacina o levofloxacina, etambutol, inyectables (amikacina, kanamicina, capreomicina) y linezolid.

De lo contrario se realizará de la siguiente manera el reinicio del tratamiento una vez las transaminasas arrojen menos de 2 veces el valor normal:

Tabla 12. Inicio escalonado de tratamiento tras suspensión por hepatotoxicidad

DIA	Medicamento 2	Dosis/mg	Medicamento 3	Dosis/mg	Medicamento 4	Dosis/mg
1	Rifampicina	150				
2	Rifampicina	150				
3	Rifampicina	300				
4	Rifampicina	600				
5	Rifampicina	600	Isoniacida	100		
6	Rifampicina	600	Isoniacida	100		
7	Rifampicina	600	Isoniacida	200		
8	Rifampicina	600	Isoniacida	300		
9	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	400
10	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	400
11	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	800
12	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	800
13	Rifampicina	600	Isoniacida	300	Pirazinamida	1200
14	Rifampicina	600*	Isoniacida	300*	Pirazinamida	1200*

Notas:

*La dosis total a alcanzar es la calculada por peso para cada medicamento.

- En cuanto al aumento progresivo de dosis, puede hacerse de esta manera; o se puede empezar de una vez con la dosis total de cada medicamento (medicamento 2 el día 1, medicamento 3, el día 5; medicamento 4, el día 9).
- El etambutol (medicamento 1) que no es hepatotóxico, se inicia a dosis total desde el día 1 con el medicamento 2.
- Según el grado de lesión hepática, el grupo tratante podría definir la no reintroducción de pirazinamida.

Al reinicio se realiza control de perfil hepático 2 veces por semana y seguimiento estricto. En paciente con toxicidad hepática severa (ALT: 10 veces 10 veces mayor) la pirazinamida se reinicia según criterio de especialista. Para paciente sin factores de riesgo, el equipo tratante define si se inicia esquema de manera no escalonada.

Toxicodermias asociadas al tratamiento: 5% de los pacientes presentan clínica leve como: lesiones exantemáticas, prurito 2-3 horas postingesta y requiere antihistamínicos, no se suspende tratamiento, pero si seguimiento estricto.

Importante: ¡Reconocer escenarios graves de toxicidad dermatológica! síntomas: eosinofilia, fiebre, exantema extenso y compromiso multiorgánico (síndrome DRESS: fiebre, malestar general, exantema de rápida evolución a desprendimiento y mucositis)

Recomendaciones niños-niñas y adolescentes

- **Manejo paciente con VIH**

- Las PVV coinfectadas con TB reciben tratamiento de manera simultánea para ambas patologías, si ya había iniciado con antirretroviral en el momento del diagnóstico se continúa sin interrupción a menos que exista interacción medicamentosa. El experto en VIH realiza el cambio garantizando continuar el tratamiento de las dos, teniendo en cuenta que rifampicina es el mejor medicamento antituberculoso.
- Si la persona con VIH no había iniciado el tratamiento, el **esquema antituberculoso siempre será prioridad**, seguido por la terapia antirretroviral en un lapso de entre 2 semanas (sí inmunosupresión severa CD4 < 50 células / mm³) a 8 semanas (CD4 ≥ 50 células / mm³) después de iniciado el tratamiento antituberculoso, se espera ya haya tolerado los medicamentos de TB, no tener los resultados de DC4 no impide inicio de terapia antirretroviral en el tiempo establecido. Aplica a todas las personas coinfectadas, incluso farmacorresistentes y embarazadas. La única excepción son personas con TB meníngea y VIH donde el inicio temprano se asocia a eventos adversos severos por lo cual se debe iniciar después de las 8^a semana.

Medicamentos	Inhibidores nucleósidos	Tercer fármaco	Observaciones
Opción preferida	Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg / Emtricitabina 200 mg/día	Efavirenz 600 mg/día	Si está contraindicado o hay resistencia se consideran las demás opciones
Alternativa 1	Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg / Emtricitabina 200 mg/día o Abacavir 600 mg / lamivudina 300 mg/día	Raltegravir 800 mg c/12 horas	Doble dosis hasta 2 semanas después de suspender la rifampicina
Alternativa 2		Raltegravir 400 mg c/12 horas	Se considera en personas con carga viral <100 mil copias/ml
Alternativa 3		Dolutegravir 50 mg c/12 horas	Doble dosis hasta 2 semanas después de suspender la rifampicina
Alternativa 4		Inhibidor de la proteasa (IP)	Solo ante resistencia es indispensable usar IP, implica tener rifabutina en vez de rifampicina y antituberculosos en presentación individual.
Alternativa 5		Inhibidor de la proteasa	Levofloxacin o moxifloxacin en vez de rifampicina. Solo se usa cuando no se puede usar

			rifabutina, se prolonga por un año el tratamiento.
--	--	--	--

Profilaxis: Toda persona con TB/VIH recibe trimetropim sulfametoxazol dosis de 160/800 mg/día. Si hay <350 CD4/mm³, se inicia apenas esté el diagnóstico de coinfección.

Niños, niñas y adolescentes con TB y VIH se manejan con el esquema normal.

6.6.8. Manejo de TB activa sensible en situaciones especiales

- **Embarazo:** Se debe verificar si está en embarazo y se realiza seguimiento multidisciplinario con especialistas en obstetricia; los riesgos son: TB congénita, mayor morbilidad materna, parto prematuro, bajo peso al nacer, transmisión perinatal y postnatal y riesgo alto de mortalidad perinatal.

La TB no termina el embarazo no contraindica amamantar al bebé, solo se maneja como gestante de alto riesgo obstétrico. Se informa a la gestante sobre el VIH y TB antes de la prueba y descartar la coinfección que aunque es poco frecuente, tiene alta mortalidad y se duplica el riesgo de transmisión materno infantil de VIH.

Los fármacos de primera línea son seguros, se debe hacer control de función hepática. La estreptomycin y los aminoglucósidos están contraindicados por daño al nervio acústico del feto. Se recomienda tener precaución con la pirazinamida ya que hay poca información sobre el uso en gestantes, aunque no evidencia anomalías.

Si se diagnostica TB resistente, se da atención multidisciplinaria por: obstetricia, infectología, neumología o neumología pediátrica y neonatología.

La gestante que toma isoniacida debe tomar piridoxina. Se recomienda adicionar dosis de vitamina k (10 mg) si se recibe rifampicina.

- **Enfermedad hepática:** siempre realizar control de función hepática (escala Child Pugh) para direccionar la terapia por lo cual se plantea dos intervenciones: a) Ajuste del esquema para disminuir hepatotóxicos b) Monitoreo más estrecho de alteraciones al iniciar tratamiento.

La tabla 14 presenta los criterios para el ajuste de la terapia antituberculosa en personas con enfermedad hepática de base, la cual requerirá la evaluación de médico experto y paraclínicos de control para el cálculo de la severidad de la enfermedad hepática.¹¹⁵

Tabla 14. Criterios de evaluación de la severidad de la enfermedad hepática

Parámetros	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3
Ascitis	Ausente	Leve	moderado-severo
Bilirrubina total (mg/dL)	<2	2-3	>3
Albumina (g/dL)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3
Encefalopatía	No	grado 1-2 medio o moderado	grado 3-4 severo
Clasificación	Clase A	Clase B	Clase C
Total de puntos	5-6	7-9	10-15
1 año de supervivencia	100%	80%	45%

Fuente: tomado de Child –Pugh score.

De acuerdo con el resultado se clasifica el estadio así:

Tabla 15. Manejo medicamentoso en personas con enfermedad hepática y tuberculosis

Clasificación	Número de hepatotóxicos recomendados	Medicamentos preferidos a incluir	Observaciones
Child A	2	Rifampicina, isoniazida y etambutol	La pirazinamida es el fármaco más hepatotóxico, no se recomienda su uso. Este esquema implica la extensión del tratamiento de la tuberculosis al menos a 9 meses.
Child B	1	Rifampicina, levofloxacina y etambutol	Cuando solo se pueda iniciar un hepatotóxico, se prefiere que sea rifampicina, porque este es el fármaco más efectivo. Se debe considerar extender el tratamiento hasta completar un año.
Child C	Ninguno	Etambutol, levofloxacina, moxifloxacina, amikacina, kanamicina, cicloserina.	Duración del tratamiento al menos 18 meses.

Tomado: Radha K, et al. 2012

Esquema de RHE por dos meses, seguido de RH por siete meses. Toda persona que necesita ajuste por antecedente de enfermedad hepática debe ser valorado por neumología o infectología.

- **Insuficiencia renal:** se debe realizar ajuste de etambutol y pirazinamida, se da la misma dosis kg/día, pero cada 48 horas (3 veces a la semana) cuando la depuración de creatinina es <30 ml/min

Tabla 16. Esquema de manejo de la tuberculosis en pacientes con insuficiencia renal, de acuerdo con los niveles de depuración de creatinina

Fase de tratamiento/ Días de tratamiento	Depuración creatinina < 30 ml / min		Depuración creatinina > 30 ml / min	
	Fase intensiva	Fase de continuación	Fase intensiva	Fase de continuación
Lunes, miércoles, viernes	RHZE (150/75/400/275)mg), dosis calculada por peso**	Rifampicina e isoniazida dosis usual sin ajustes	Se da la dosis usual calculada por peso, no se requiere ajuste de dosis de medicamentos	
Martes, jueves y sábado	RH 150/75mg dosis calculada por peso***			

Fuente: adaptado de Treatment of Tuberculosis guidelines fourth edition 2010 y Drug-Resistant Tuberculosis: A Survival Guide for Clinicians, Second Edition.

* En pacientes con enfermedad renal se debe hacer seguimiento clínico y de azoados por el grupo tratante para hacer ajustes en caso de cambios significativos de función renal. En caso de depuración de creatinina cercana a 30 ml / min se recomienda hacer depuración de creatinina en orina de 24 h para precisar función renal.

** Tratamiento con las tabletas de tetra conjugado (RHZE 150/75/400/275mg), dosis usual por peso sin ajustes.

*** Biconjugado rifampicina 150 / isoniazida 75 cálculo por peso sin ajustes. De esta forma que se lograra aumentar intervalo de dosis de pirazinamida y etambutol a cada 48 horas

Persona con hemodiálisis, se administra cuando termina la sesión, se recomienda dar piridoxina 100 mg diarios a dializados. Si la función renal está alterada no se recomienda administrar estreptomocina u otro aminoglucósido.

- **Diabetes:** Toda persona con TB se debe tamizar para diabetes y viceversa. Antes de iniciar tratamiento, se mide glicemia basal, si la persona recibe hipoglicemiantes orales que puedan tener interacción con la rifampicina, el médico especialista define la pertinencia de ajuste al esquema.

Se debe hacer control estricto por posible descompensación de la glicemia por lo que se recomienda hospitalizar las 2 primeras semanas de tratamiento ya que dado el caso se debe usar insulina.

Los controles bacteriológicos se realizan por baciloscopia y cultivo al final del tratamiento, además seguimiento radiológico antes y al finalizar.

El manejo terapéutico de TB a estas personas es el mismo ya establecido, solo se agrega piridoxina 100 mg diarios para prevenir neuritis periférica.

- **TB miliar, meníngea y ósea:** Régimen de RHZE por dos meses y luego RH por 10 meses, duración de un año por riesgo de recaída. En TB meníngea se recomienda corticoides desde el inicio con reducción gradual para un total de 6 a 8 semanas. En la TB miliar debe estarse descartado compromiso meníngeo.

Tabla 30. Duración de la segunda fase en condiciones particulares de tuberculosis activa, sensible

Condición particular	Número de dosis en la segunda fase del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis y embarazo • Tuberculosis y diabetes 	112 dosis en el esquema de dosis diarias
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis miliar • Tuberculosis y VIH CD4\geq200cel/mm³ y al estar recibiendo tratamiento ARV (Al iniciar tratamiento antituberculoso). 	112 dosis en el esquema de dosis diarias; no obstante, se debe verificar la ausencia de compromiso meníngeo, en tal caso se mantendrá el tratamiento como tuberculosis meníngea.
<ul style="list-style-type: none"> • Silicotuberculosis • Tuberculosis genitourinaria • Tuberculosis e insuficiencia renal crónica • Tuberculosis y VIH CD4\leq200cel/mm³ sin recibir tratamiento ARV (Al iniciar tratamiento antituberculoso), o cuando la tuberculosis es diseminada. 	196 dosis en el esquema de dosis diarias
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis meníngea • Tuberculosis ósea 	280 dosis en el esquema de dosis diarias

Fuente. Programa Nacional de Tuberculosis. Colombia. Año: 2019.

- **Manejo de TB activa farmacorresistente:** todos se clasifican de acuerdo con los resultados de las PSF para definir esquema terapéutico y periodicidad de

controles, son evaluados por equipo multidisciplinario capacitado además de acompañamiento psicosocial, importantes para el éxito del tratamiento.

Se valora por clínica y microbiología (baciloscopia y cultivo mensual) hasta obtener conversión y continuar con cultivo cada dos meses hasta el egreso o antes según clínica.

- **Manejo TB resistente a la isoniácida (mono-poli) sensible a rifampicina:** se debe tener pruebas de susceptibilidad para: determinar el perfil de resistencia, el seguimiento clínico y resultado de baciloscopia de control. Ante reiterada baciloscopia positiva se valora otra vez el perfil de sensibilidad, se reclasifica y ajusta el tratamiento
- **Manejo TB MDR/RR:** se manejan esquemas convencionales, pero se hará un análisis individualizado. Se valora mensual por clínica y microbiología (baciloscopia y cultivo líquido) hasta obtener conversión y continuar con cultivo cada dos meses hasta finalizar y evaluar reversión. La claritromicina y otros macrólidos no se incluyen en tto de MDR. Ante el uso de carbapenémicos, se debe intensificar la vigilancia de la resistencia. Terminado el tratamiento se realiza seguimiento cada 6 meses por un año.
- **Manejo TB resistente a fluoroquinolona o un inyectable de segunda línea y TB XDR:** En 15 días debe estar establecido el tratamiento. El estudio de contactos será riguroso: trimestral hasta terminar tratamiento y luego, semestral por dos años de haber terminado el tratamiento el caso índice.

Los casos de farmacoresistencia se presentan en el Comité Regional de Evaluación de Casos Especiales de Tuberculosis (CERCET)

6.6.9. Tratamiento farmacológico para tuberculosis latente

No se recomienda búsqueda de TB latente en diabéticos, consumidores de alcohol, fumadores o con bajo peso, a menos de ser un grupo priorizado. En zonas de alta prevalencia se debe evaluar pertinencia de aplicar terapia preventiva con isoniácida a gestantes con alto riesgo de contagio o que la han adquirido recientemente. Durante la lactancia, el tratamiento de isoniácida se da con piridoxina con dosis de 25-50 mg/día, igual dosis para niños.

Se realiza búsqueda en el personal de salud de acuerdo con el perfil de riesgo

Tabla 17. Abordaje programático de la tuberculosis latente en personas que viven con VIH en Colombia

Tipo de contacto	Tamizaje clínico y radiológico	Estudio de tuberculina	Conducta
Persona con VIH contacto estrecho mayor o igual a 6 horas /día con caso de tuberculosis confirmado. †	Asintomático y radiografía de tórax sin alteración	Aplicar si está disponible.	Iniciar tratamiento para infección tuberculosa latente.
Persona con VIH sin contacto cercano de caso de tuberculosis	Asintomático y radiografía de tórax sin alteración	Si: criterio positivo de $\geq 5\text{mm}$ de induración a las 48-72hrs (positiva)	Iniciar tratamiento para infección tuberculosa latente.
Persona con VIH sin contacto cercano de caso de tuberculosis	Asintomático y radiografía de tórax sin alteración.	Si: criterio negativo de $< 5\text{mm}$ de induración a las 48-72 horas y con repetición de PPD a las 3 semanas para evaluar efecto booster y este resulte negativo.	No tratar para infección latente. Repetir tuberculina anualmente para evidenciar si hay viraje tuberculínico.
Persona con VIH sin contacto cercano de caso de tuberculosis	Asintomático y radiografía de tórax sin alteración	Si: criterio negativo de $< 5\text{mm}$ de induración a las 48-72 horas y con repetición de PPD a las 3 semanas para evaluar efecto booster y este resulte $\geq 5\text{mm}$ de induración a las 48-72 horas (positiva).	Iniciar tratamiento para infección tuberculosa latente.

† Conviviente de más de 6 horas día con el enfermo de tuberculosis en actividades de estudio o trabajo de manera recurrente en el mismo espacio con el enfermo de tuberculosis.

En los menores de 5 años que viven con VIH, que son contactos de personas afectadas por tuberculosis bacilíferas, se debe instaurar el tratamiento para tuberculosis latente descartando la enfermedad activa.

En niños o niñas que viven con VIH, menores de 12 meses de edad, se administrará el tratamiento profiláctico para tuberculosis latente, solo si tienen contacto con un caso confirmado de tuberculosis, descartando previamente la enfermedad tuberculosa activa y (véase el Algoritmo

6.6.10. Quimioprofilaxis

Grupos de riesgo: PVV, menores de 5 años contacto de TB, personas con enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal crónica, beneficiario de trasplante o transfusión, persona con silicosis y trabajador de la salud.

- **PVV:** se administra isoniacida o isoniacida - rifapentina (bajo supervisión).
- **Personas de alto riesgo:** isoniacida, pero si hay contacto con persona con TB farmacorresistente se debe definir si requiere adaptarse otro esquema de profilaxis.

El tratamiento por TB latente será autoadministrado por la persona y se orientará para consultar ante la presencia de sintomatología. Si el esquema es de isoniacida y rifapentina la dosis semanal será supervisada. Al finalizar el tratamiento se debe evaluar la condición de egreso.

6.6.11. Esquemas de tratamiento farmacológico

6.6.11.1. TB activa sensible

- Dosis recomendadas

Adultos y menores con peso ≥ 25 kg

Medicamento	Dosis diaria (mg/kg)	Dosis 3 / semana (mg/kg)	Dosis máxima/día
Rifampicina (R)	10 (8-12)	10 (8-12)	600 mg
Isoniacida (H)	5 (4-6)	10 (8-12)	300 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	35 (30-40)	
Etambutol (E)	15 (15-20)	30 (25-35)	

*Rango entre paréntesis

Menores con peso < 25 kg

Medicamento	Dosis diaria (mg/kg)	Dosis máxima
Rifampicina (R)	15 (10-20)	600 mg
Isoniacida (H)	10 (7-15)	300 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	
Etambutol (E)	20 (15-25)	

*Rango entre paréntesis

*Cuando alcance peso de 25 kg, se continua dosis adultos.

- Dosis fija combinadas

Adultos y menores con peso ≥ 25 kg

Rango de peso en Kg	Número de tabletas	
	Fase intensiva (56 dosis) diaria de lunes - sábado	Fase de continuación (112 dosis) diaria de lunes - sábado
	RHZE - 150/75/400/275 mg	RH - 150/75 mg
25-39	2	3
40-54	3	3
≥50	4	4

Menores con peso < 25 kg

Rango de peso en Kg	Número de tabletas	
	Fase intensiva (56 dosis) diaria de lunes - sábado	Fase de continuación (112 dosis) diaria de lunes - sábado

	RHZ-75/50/150 mg	E - tab. 100 mg	RH - 75/50 mg
4-7	1	1	1
8-11	2	2	2
12-15	3	3	3
16-20	4	4	4
21-24	4	5	4

6.5.11.2 TB activa farmacorresistente

- **Resistente a isoniacida, sensible a rifampicina (mono H).**

Fuente: Minsalud

Patrón de resistencia	Régimen sugerido según el momento diagnóstico del perfil de resistencia.			Observaciones
	Durante el 1er mes de la fase intensiva.	Durante el 2do mes de la fase intensiva.	Durante la fase de continuación.	
H H Y Z H Y E	RHZE + levofloxacina por 6 meses a partir del inicio de esta fluoroquinolona.	Continuar RHZE hasta 6 meses de tratamiento dependiendo la evolución clínica y bacteriológica.	Si al tercer mes se identifica la resistencia a isoniacida se recomienda reiniciar RHZE por 6 a 9 meses efectuando evolución clínica.	Se recomienda utilizar la fluoroquinolona únicamente si se conoce la resistencia a isoniacida, antes de iniciar el tratamiento o si lleva menos de un mes con los medicamentos de primera línea. Si se utiliza de forma inadecuada puede generar casos más complejos de resistencia.

- **Esquema corto y largo para TB MDR/RR**

Para el tratamiento de la TB MDR/RR existen unos esquemas cortos con una duración de 9-12 meses y esquemas largos con duración de 18 -20 meses, el esquema elegido debe ser adaptado a las particularidades de cada caso.

Esquema cortó para TB MDR/RR

Alta dosis	Alta dosis	Alta dosis
------------	------------	------------

Esquema largo para MDR/RR

Mayores de 6 años	6 meses Lfx-Lzd-Bdq-Cfz--- 12 a 14 meses Lfx-Lzd-Cfz
Menores de 6 años	6 meses Lfx-Lzd-Cfz-Cs--- 12-14 meses Lfx-Lzd-Cfz

El esquema corto solo está indicado en TBMDR o TBRR que no ha sido tratada previamente con fármacos de segunda línea y en los cuales se ha descartado la resistencia a fluoroquinolonas u inyectables.

En niños menores de 5 años, paucibacilares y con pocas lesiones en los que se escoja el esquema corto se recomienda excluir la amikacina debido a los efectos nocivos sobre la audición.

TB resistente a fluoroquinolona o inyectable de segunda línea, además TB XDR:

6 meses Lzd-Bdq-Cfz-Cs—**12 meses** Lzd- Cfz-Cs.

La duración total del esquema es mínimo de 12 meses, si la baciloscopia y el cultivo siguen siendo positivos al final del sexto mes, se considera fracaso del esquema y por ende se debe considerar inicio de tratamiento individualizado.

6.5.11.3. TB latente:

Esquema	Duración	Dosis/Kg	Frecuencia	Dosis máxima
Isoniacida en monoterapia	6 meses	Niños: 10 mg (7-15 mg) Adulto o niño >30 kg: 5 mg	Diaria - autoadministrada. Seguimiento mensual	300 mg
Isoniacida más rifapentina (12 dosis)	3 meses	Isoniacida Edad: 2-11 años: 25 mg (sí DNT: se da piridoxina) Edad ≥ 12 años: 15 mg Rifapentina S/peso en kg: 10-14: 300 mg 14.1-25: 450 mg 25.1-32: 600 mg 32.1-50: 750 mg >50: 900 mg	Semanal (supervisada)	Isoniacida: 900 mg Rifapentina: 900 mg

6.5.12. Tratamiento con medicina tradicional

El acompañamiento con medicina propia se realiza en la sede de sierra morena, el sabedor ancestral acompaña, aconseja y dirige desde la espiritualidad para evidenciar en armonía y equilibrio. El tratamiento para TB puede variar dependiendo del estado de salud del paciente al momento de la consulta, el médico tradicional es el encargado de instaurar el tratamiento, duración y seguimiento a los pacientes.

Inicialmente cuando la persona que consulta es sintomático respiratorio el médico tradicional indicará la necesidad de realización de la baciloscopia para confirmar el diagnóstico de TB.

Nota. Independiente de si el caso es confirmado o no y la persona presenta tos, se envía inicialmente un tratamiento para la tos.

Acompañamiento para pacientes con sospecha o diagnóstico de TB

6.5.12.1. Armonización

Proceso realizado por el médico tradicional que consiste en realizar un acompañamiento a la persona para lograr un equilibrio entre el ámbito físico, espiritual y natural.

6.5.12.2. Purga

6.5.12.3. Medicina natural

- Antibiótico

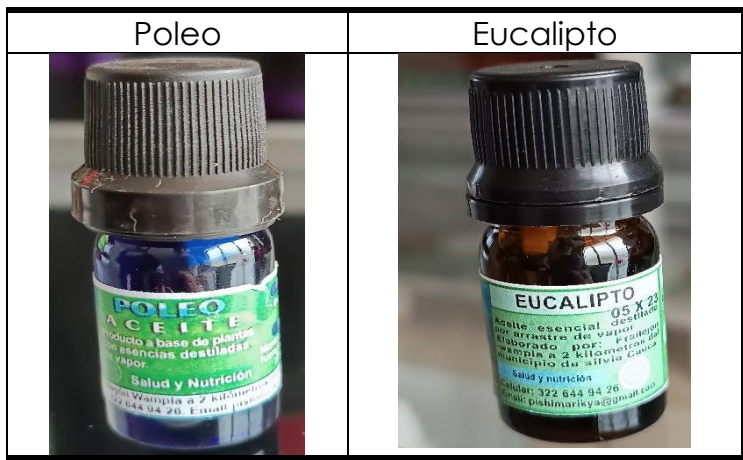


- Tratamiento para la tos:

Jarabe para la tos	Poleo	Contra gripa
--------------------	-------	--------------



- Aceites esenciales:



- Complementos

Preparado (contiene plantas y aceites medicinales)	Circulación
---	-------------



- Otros:


Fiebre	Anti-infección

6.5.12.4. Baños de vapor

Se realizan una vez a la semana o según criterio del médico tradicional, esto puede variar dependiendo del estado de salud de la persona para ello se utiliza Eucalipto, pino, romero, caléndula, hierbabuena, sauco, sauce.

6.5.12.5. Acompañamiento nutricional

Zumo de plátano, cereales, harina de quinua, cúrcuma, pulverizados de maíz, habas, pino, arrayan, miel de abeja para la tos.

Quinua	Cúrcuma
	

Forma de pensar del ser: consiste en concientizar a la persona sobre la importancia de reconocer que la salud va más allá de lo físico, ya que también debe tenerse en cuenta la parte espiritual y natural solo de esta forma el tratamiento será efectivo.

Nota: El paciente decidirá si desea seguir del tratamiento natural, cabe recalcar que este solo es un coadyuvante del tratamiento farmacológico, dicho de otro modo el acompañamiento natural no significa que la persona no deba recibir un tratamiento clínico.

7. SEGUIMIENTO Y CONTROL

7.1. Exámenes y pruebas de control

Actividad	TB sensible	TB farmacorresistente
Farmacovigilancia activa	Realizar monitoreo y seguimiento a reacciones adversas a fármacos durante el tratamiento reportarlo en la tarjeta individual de tratamiento del programa nacional de TB y reporte de farmacovigilancia en el Invima.	
Prueba de VIH	2. Informar sobre el VIH y relación con la TB. 3. Realizar prueba rápida voluntaria para VIH en el momento de la detección del caso y antes de los dos primeros meses.	
Cuadro hemático	Antes de iniciar tratamiento	Antes de iniciar el tratamiento y mensual.
Pruebas de función renal	BUN y creatinina, antes de iniciar tratamiento.	BUN y creatinina, antes de iniciar tratamiento y mensual.
Función hepática	AST, ALT, fosfatasa alcalina, bilirrubinas antes de iniciar el tratamiento.	AST, ALT, fosfatasa alcalina, bilirrubinas antes de iniciar el tratamiento y mensual.
Glicemia en ayunas	-Antes de iniciar el tratamiento y después según condición del paciente, incluir hemoglobina glicosilada dependiendo de resultados.	-Antes de iniciar el tratamiento y mensualmente, incluir hemoglobina glicosilada según resultados.
TSH	Según criterio médico	Antes de iniciar tratamiento y trimestral.
Electrocardiograma	No requiere	-Antes de iniciar tratamiento y trimestral. - Cuando el esquema incluya: bedaquilina, delamanid, clofazimina y fluoroquinolonas, especialmente si se usa moxifloxacina.
Radiografía de tórax y otros estudios radiológicos.	Al inicio y según criterio médico.	Antes de iniciar tratamiento, a los 6 meses y al finalizar tratamiento.
Prueba de embarazo	Antes de iniciar tratamiento en mujeres de edad fértil.	
Ácido úrico	Durante el seguimiento al tratamiento y según evaluación médica.	Al inicio del tratamiento y trimestral.
Otras pruebas: Albumina, electrolitos (NA, K, Ca, Mg), amilasa sérica, urea, prueba de ácido láctico u otros.	Según criterio médico	Antes de iniciar tratamiento y repetir según condijó clínica. En caso de usar bedaquilina se realizará prueba de amilasa de forma mensual.

Fuente: Minsalud

7.2. Responsabilidades del Personal de salud

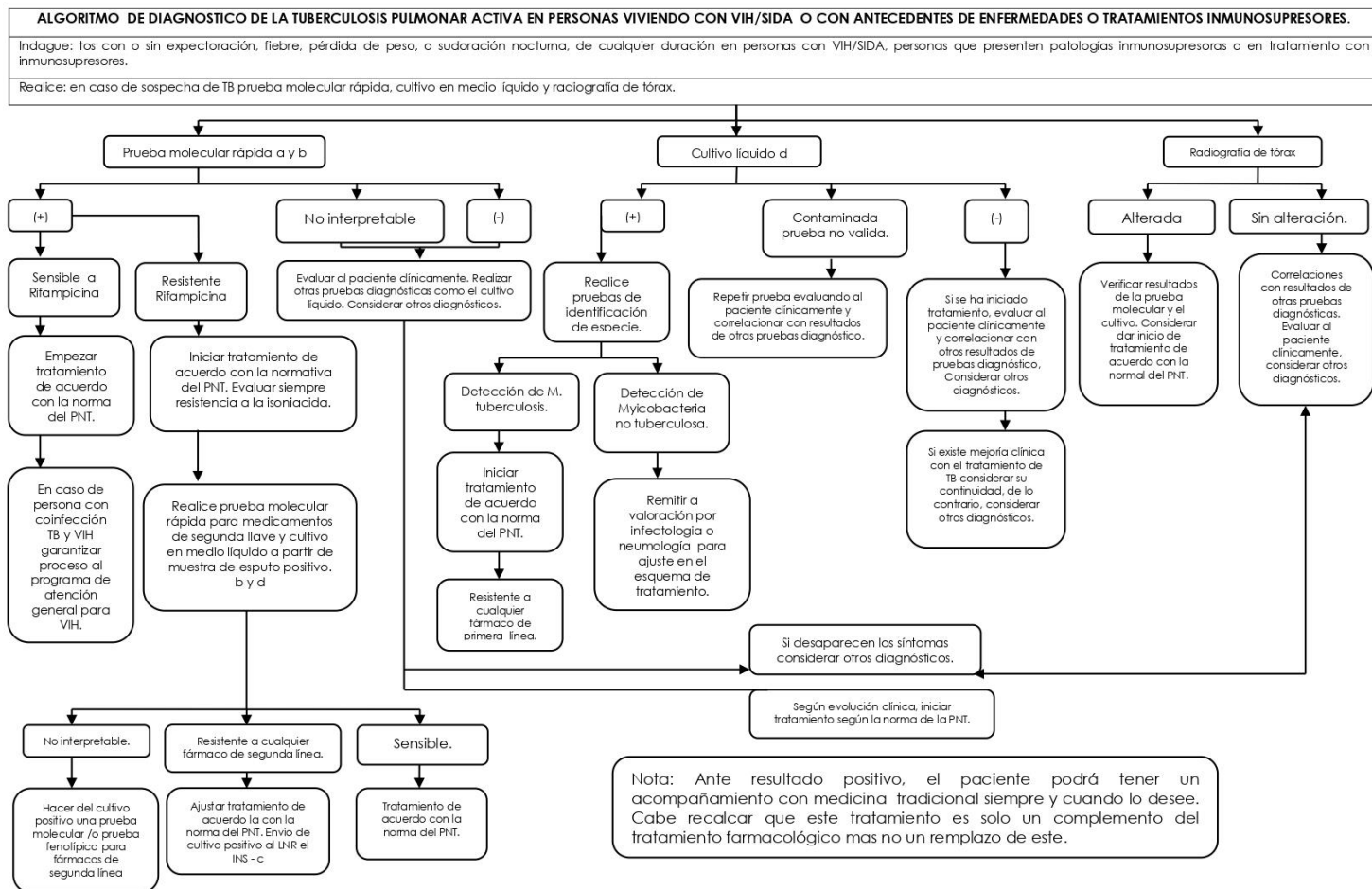
Actividad	TB sensible	TB farmacorresistente
-----------	-------------	-----------------------

Medicina general	En el momento del diagnóstico y cada 2 meses hasta finalizar el tratamiento. Realizar control a los 6 meses de finalización del tratamiento.	En el momento del diagnóstico y mensual hasta finalizar el tratamiento. Realizar control a los 6 meses de finalización del tratamiento y al año.
Medicina especializada	Cuando la condición clínica lo requiera.	Trimestral durante el tratamiento y al finalizar.
Enfermería	En el momento del diagnóstico y mensual hasta finalizar el tratamiento.	En el momento del diagnóstico y mensual hasta finalizar el tratamiento.
Nutrición	Al inicio del tratamiento y posteriormente según requerimiento.	Trimestral -incluye suplementación nutricional si se requiere
Auxiliar de enfermería	Diaria	Diaria
Control bacteriológico	Baciloscopia, mínimo cada dos meses hasta finalizar el tratamiento. Si el diagnóstico se hizo por cultivo los controles se deberán hacer por cultivo.	Baciloscopia y cultivo mensual hasta la fase intensiva y continuar con cultivo bimensual hasta finalizar tratamiento.
Valoración por parte del comité de casos especiales de TB. (CERCET)	No requiere	Se requiere.
Ofthalmología	Según criterio médico	Antes de iniciar tratamiento y trimestral
Audiometría	No requiere	Realizar prueba si hay uso de amikacina o cualquier aminoglucósido antes de realizar tratamiento y trimestral.
Psicología	Al inicio del tratamiento y acorde a resultados de tamizaje de ASSIST, AUDIT, SRQ, RQC.	Cada 3 meses durante el tratamiento y acorde a resultados de tamizaje de ASSIST, AUDIT, SRQ, RQC.
Trabajo social	En caso de identificar vulnerabilidad social y económica se debe realizar canalización de la persona a programas de protección existentes en el territorio y evaluar funcionalidad familiar mediante el APGAR.	

Fuente: Minsalud

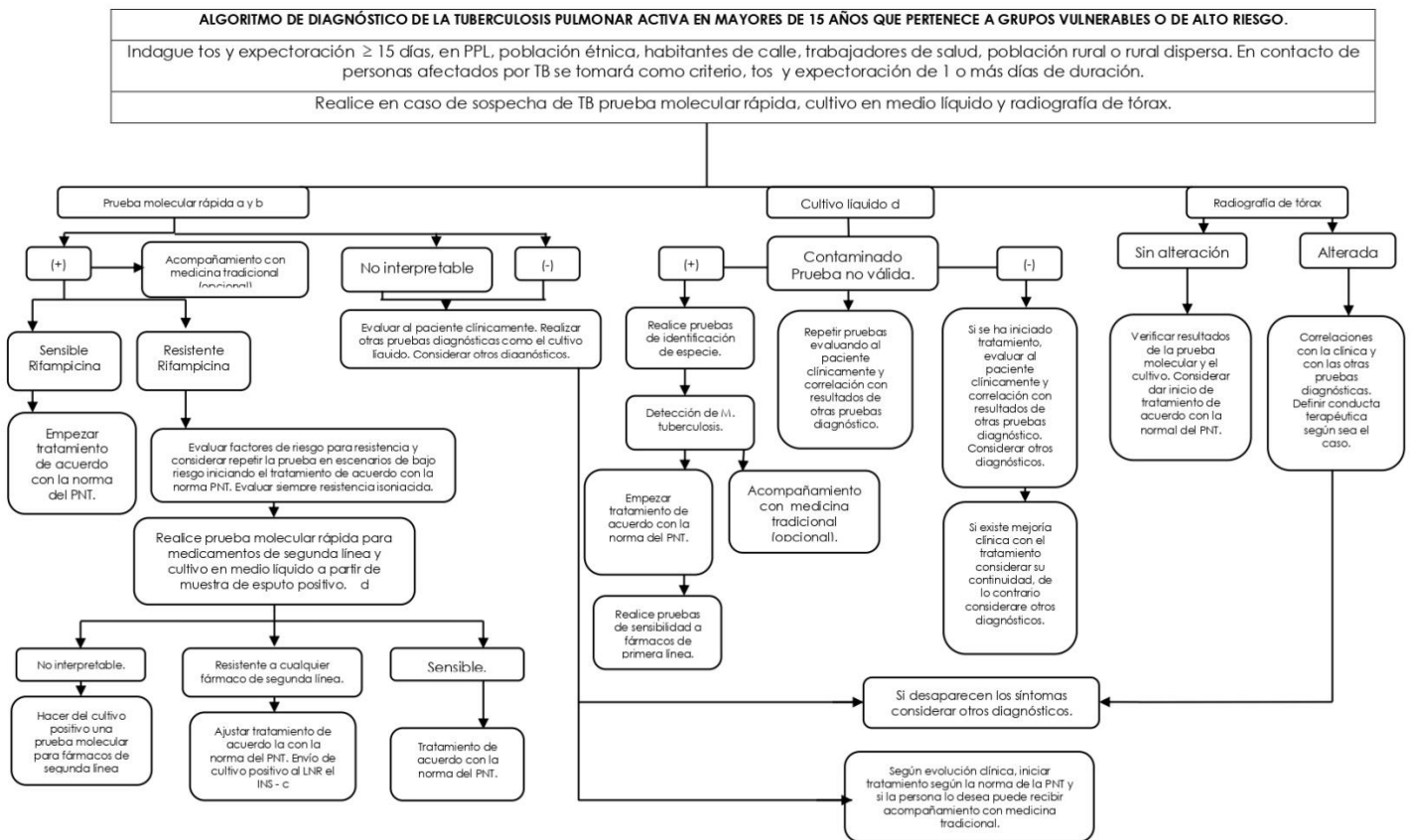
8. ALGORITMOS

Algoritmo N° 1. Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar activa en personas viviendo con VIH/SIDA o con antecedentes de enfermedades o tratamientos inmunosupresores.



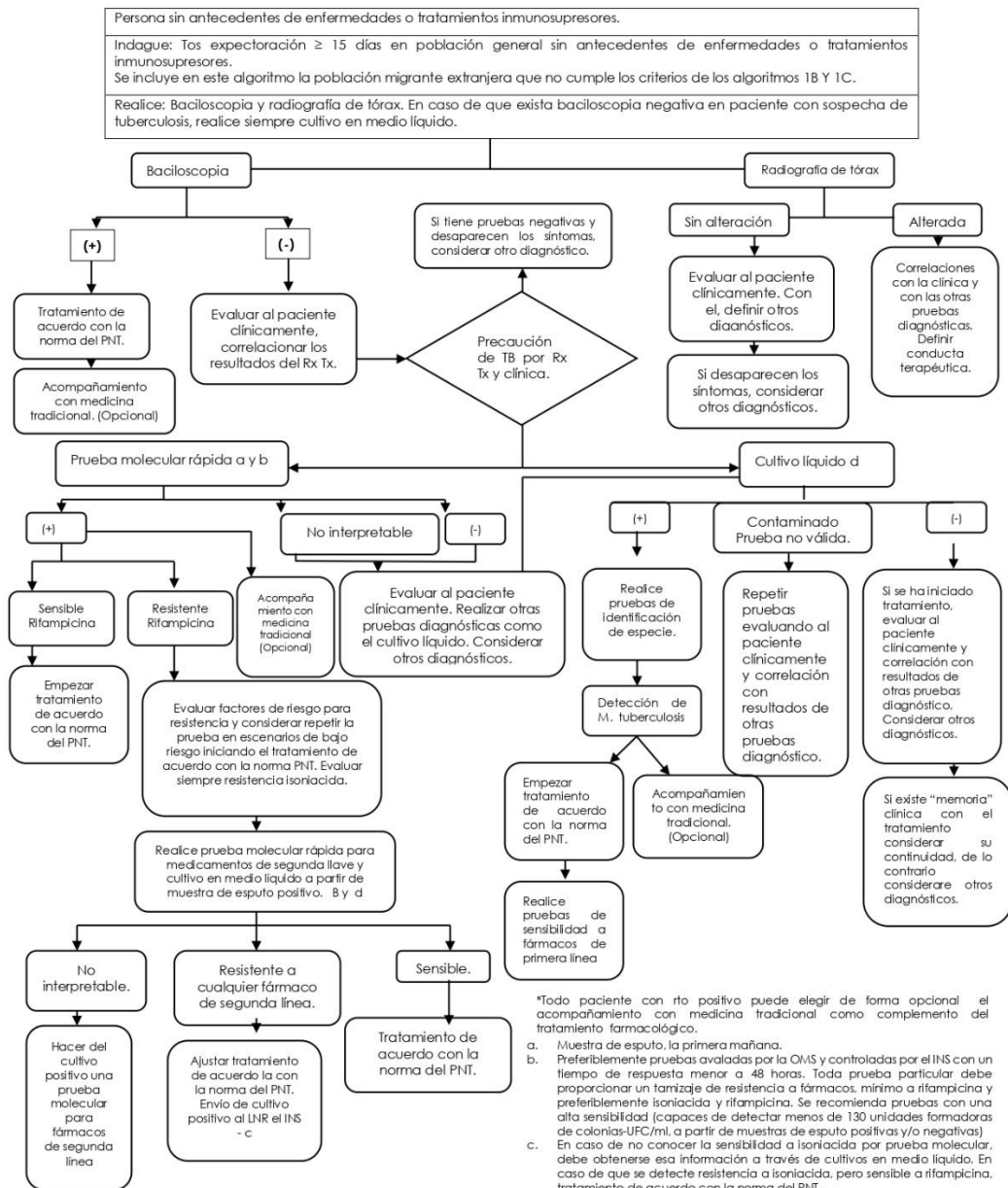
- Muestra de esputo, la primera mañana.
- Preferiblemente pruebas avatadas por la OMS y controladas por la INS con un tiempo de respuesta menor a 48 horas. Toda prueba particular debe proporcionar un tamiz de resistencia a fármacos, mínimo a rifampicina y preferiblemente isoniacida y rifampicina. Se recomienda pruebas con una alta sensibilidad (capaces de detectar menos de 130 unidades formadoras de colonias-UFC/ml, a partir de muestras de esputo positivas y/o negativas)
- En caso de no conocer la sensibilidad a isoniacida por prueba molecular, debe obtenerse esa información a través de cultivos en medio líquido. En caso de que se detecte resistencia a isoniacida, pero sensible a rifampicina, tratamiento de acuerdo con la norma del PNT.
- Cultivo en medio líquido recomendado por la OMS.}
- Todos los cultivos de muestras con resistencia a cualquier medicamento se deben enviar al LNR del INS para vigilancia
- Radiografía de tórax PA y lateral.

Algoritmo N° 2. Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar activa en mayores de 15 años que pertenece a grupos vulnerables o de alto riesgo.



- a. Muestra de esputo, la primera mañana.
 - b. Preferiblemente pruebas avaladas por la OMS y controladas por la INS con un tiempo de respuesta menor a 48 horas. Toda prueba particular debe proporcionar un tamizaje de resistencia a fármacos, mínimo a rifampicina y preferiblemente isoniazida y rifampicina. Se recomienda pruebas con una alta sensibilidad (capaces de detectar menos de 130 unidades formadoras de colonias-UF/ml, a partir de muestras de esputo positivas y/o negativas)
 - c. En caso de no conocer la sensibilidad a isoniazida por prueba molecular, debe obtenerse esa información a través de cultivos en medio líquido. En caso de que se detecte resistencia a isoniazida, pero sensible a rifampicina, tratamiento de acuerdo con la norma del PNT.
 - d. Cultivo en medio líquido recomendado por la OMS.
 - e. Todos los cultivos de muestras con resistencia a cualquier medicamento se deben enviar al LNR del INS para vigilancia
 - f. Radiografía de tórax PA y lateral.
- Nota: Todo paciente con resultado positivo para M. tuberculosis podrá elegir de forma opcional el acompañamiento con medicina tradicional siempre y cuando así lo quiera, cabe recalcar que esto no reemplaza el tratamiento farmacológico ya que solo es un complemento.

Algoritmo N° 3 Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar activa en mayores de 15 años que no pertenece a grupos vulnerables o de riesgo.



ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS QUE NO PERTENECE A GRUPOS VULNERABLES O DE ALTO RIESGO.

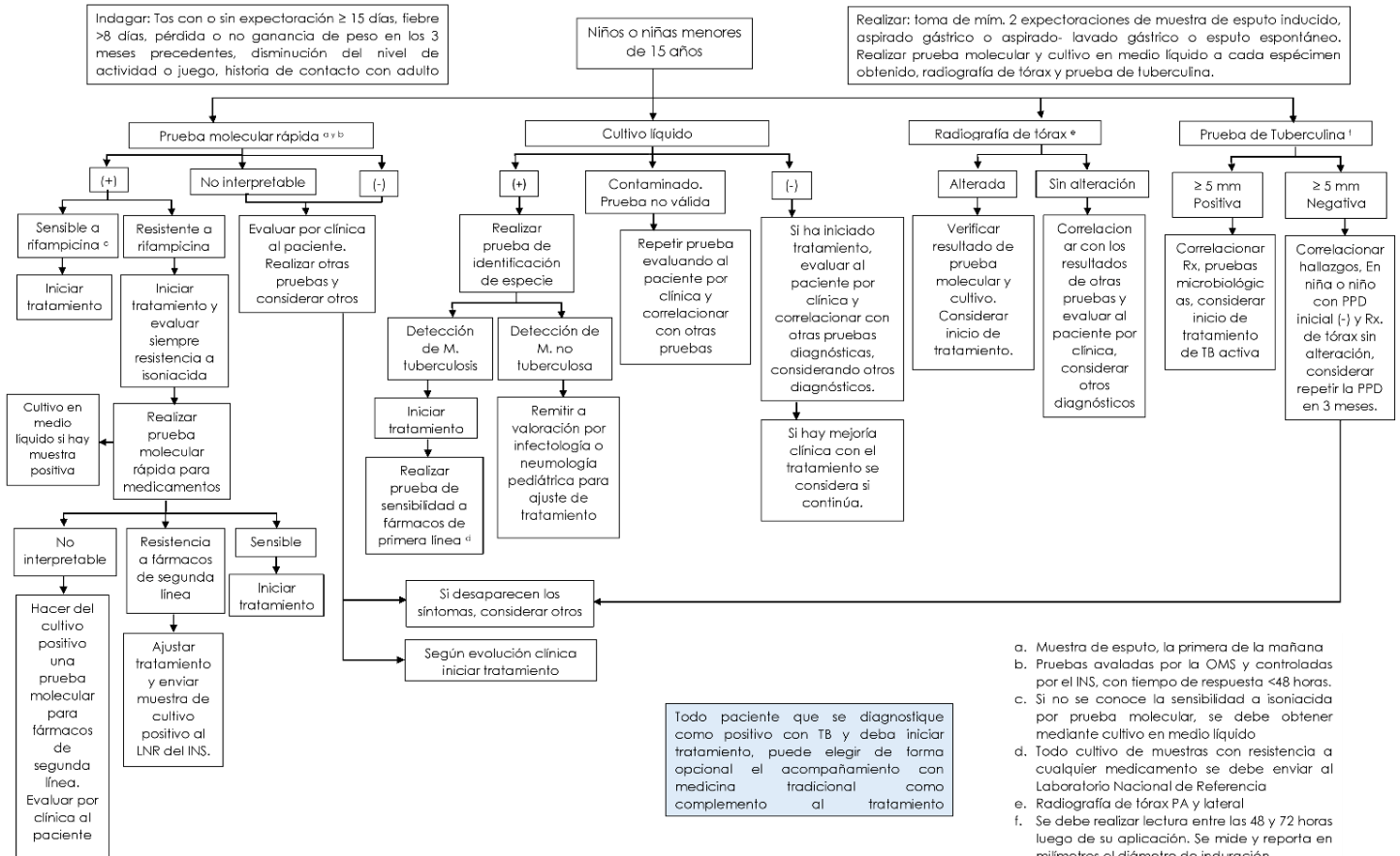
*Todo paciente con rto positivo puede elegir de forma opcional el acompañamiento con medicina tradicional como complemento del tratamiento farmacológico.

- Muestra de esputo, la primera mañana.
- Preferiblemente pruebas avaladas por la OMS y controladas por el INS con un tiempo de respuesta menor a 48 horas. Toda prueba particular debe proporcionar un tamizaje de resistencia a fármacos, mínimo a rifampicina y preferiblemente isoniácida y rifampicina. Se recomienda pruebas con una alta sensibilidad [capaces de detectar menos de 130 unidades formadoras de colonias-UFCC/ml, a partir de muestras de esputo positivos y/o negativas]. En caso de no conocer la sensibilidad a isoniácida por prueba molecular, debe obtenerse esa información a través de cultivos en medio líquido. En caso de que se detecte resistencia a isoniácida, pero sensible a rifampicina, tratamiento de acuerdo con la norma del PNT.
- Cultivo en medio líquido recomendado por la OMS.
- Todos los cultivos de muestras con resistencia a cualquier medicamento se deben enviar al LNR del INS para vigilancia
- Radiografía de tórax PA y lateral.

Nota: En población general la baciloscopia deberá ser remplazada de manera progresiva asegurando siempre una prueba molecular y cultivo líquido, dada la mayor sensibilidad y especificidad de estas pruebas diagnósticas.

Algoritmo N°4. Algoritmo de diagnóstico de tuberculosis pulmonar activa en menores de 15 años

ALGORITMO DE DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA EN MENORES DE 15 AÑOS

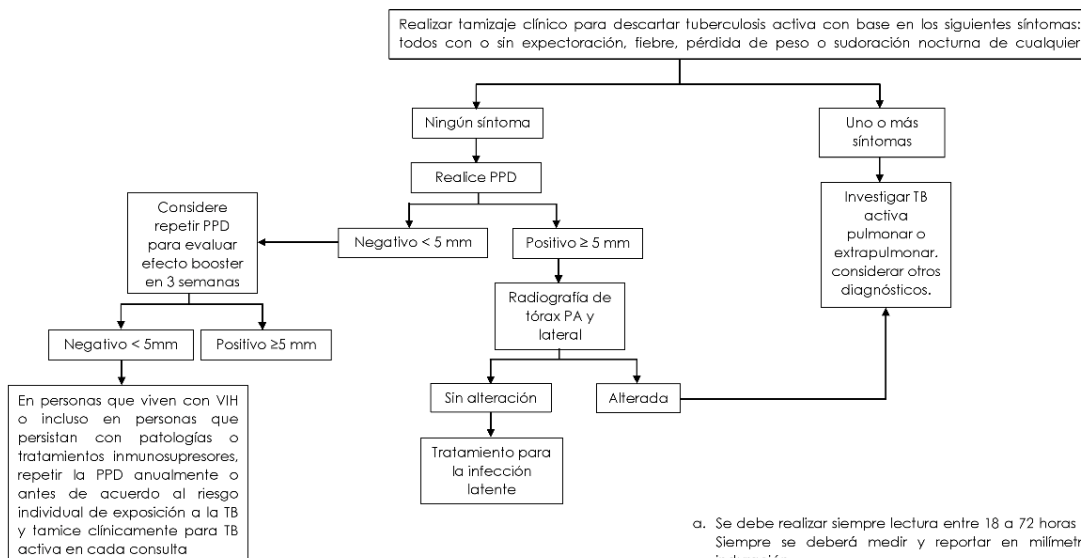


Algoritmo N°5 Algoritmo de diagnóstico de tuberculosis latente en adultos

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS LATENTE EN ADULTOS

Grupos prioritarios para la identificación de la infección tuberculosa latente:

Personas con: VIH/sida, tratamiento antifactor de necrosis tumoral (anti TNF), insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis, receptores de trasplantes, silicosis y trabajadores de salud.

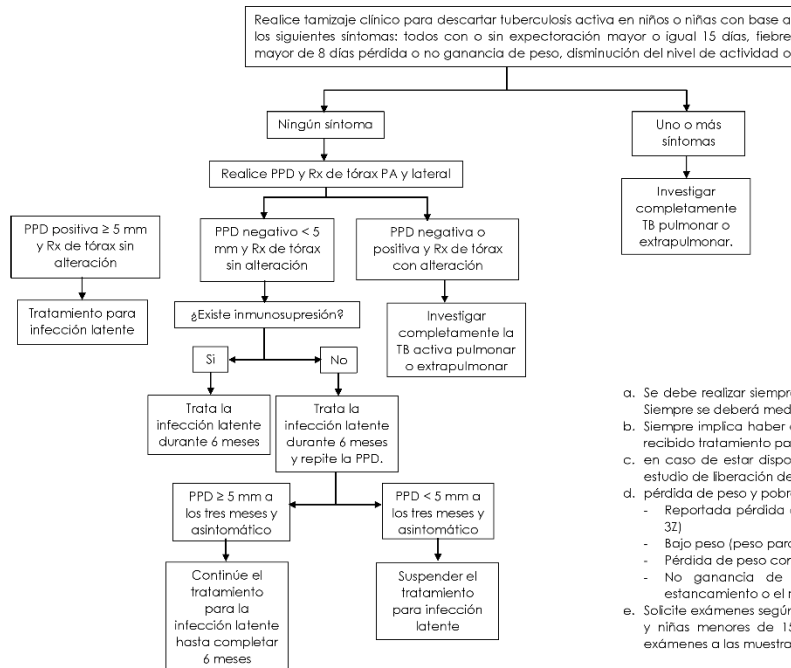


- Se debe realizar siempre lectura entre 18 a 72 horas luego de su aplicación. Siempre se deberá medir y reportar en milímetros el diámetro de la induración.
- Siempre implica haber descartado una tuberculosis activa y verificar que no haya recibido tratamiento para tuberculosis activa ni latente previamente.
- El criterio de PPD positivo en trabajadores de la salud es ≥ 10 mm, si existe inmunocompromiso ≥ 5 mm
- En personas con VIH/SIDA que presenten inmunosupresión severa podrá solicitarse a consideración del clínico tratante estudio de liberación de interferón.
- En el trabajador de salud que tenga un viraje tuberculínico de negativo a positivo entre 12 semanas o 2 años, después de una PPD negativa indicar inicio de quimioprofilaxis

Algoritmo N° 6. Algoritmo de diagnóstico de la tuberculosis latente en niños y niñas menores de 5 años en contacto con personas afectadas por tuberculosis

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS LATENTE EN NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, EN CONTACTO CON PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS

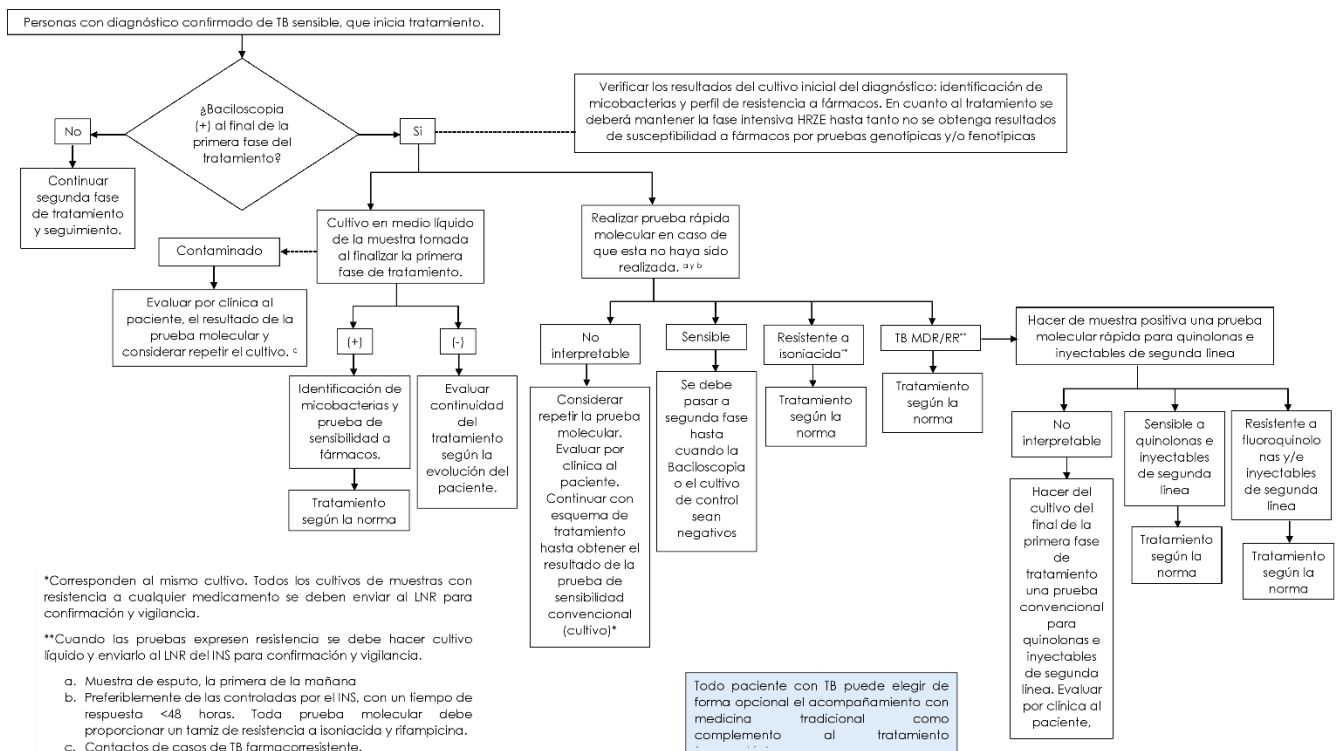
Niños o niñas menores de 5 años que han presentado contacto estrecho con un adulto que presente tuberculosis confirmada a nivel familiar, institucional, comunitario.



- Se debe realizar siempre la lectura entre las 48 a 72 horas luego de su aplicación. Siempre se deberá medir y reportar en milímetros el diámetro de la induración.
- Siempre implica haber descartado una tuberculosis activa y verificar que no haya recibido tratamiento para tuberculosis activa ni latente previamente.
- en caso de estar disponible y a consideración del clínico tratante podrá solicitar estudio de liberación de interferón gamma.
- pérdida de peso y pobre ganancia de peso en niños se define como:
 - Reportada pérdida de peso o muy bajo peso (peso para la edad menor que - 3Z)
 - Bajo peso (peso para la edad menor que -2Z)
 - Pérdida de peso confirmada (>5%) desde la última visita
 - No ganancia de peso. Cuando en los dos últimos controles hay un estancamiento o el niño no sube de peso
- Solicite exámenes según el algoritmo diagnóstico de tuberculosis pulmonar en niños y niñas menores de 15 años y en casos de tuberculosis extrapulmonar realice exámenes a las muestras obtenidas.

Algoritmo N° 7. Algoritmo de decisiones según los resultados microbiológicos del segundo mes en el seguimiento de la tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada.

ALGORITMO DE DECISIONES SEGÚN LOS RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS DEL SEGUNDO MES EN EL SEGUIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR BACTERIOLÓGICAMENTE CONFIRMADA



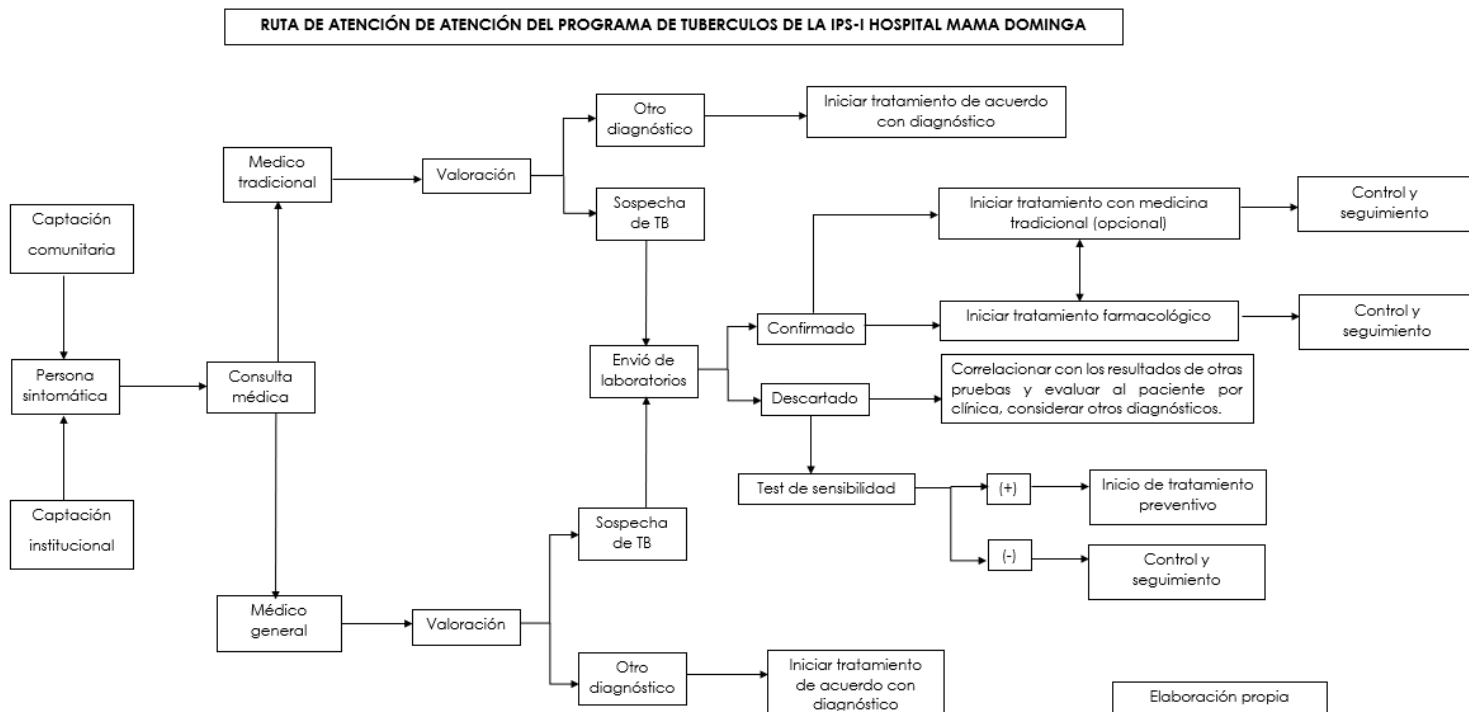
*Corresponden al mismo cultivo. Todos los cultivos de muestras con resistencia a cualquier medicamento se deben enviar al LNR para confirmación y vigilancia.

**Cuando las pruebas expresen resistencia se debe hacer cultivo líquido y enviarlo al LNR del INS para confirmación y vigilancia.

- a. Muestra de esputo, la primera de la mañana
- b. Preferiblemente de las controladas por el INS, con un tiempo de respuesta <48 horas. Toda prueba molecular debe proporcionar un tamiz de resistencia a isoniacida y rifampicina.
- c. Contactos de casos de TB farmacoresistente.

Todo paciente con TB puede elegir de forma opcional el acompañamiento con medicina tradicional como complemento al tratamiento

Algoritmo N° 8. Ruta de atención del programa de tuberculosis de la IPS-I Mama Dominga



9. MATERIAL EDUCATIVO

9.1. Rotafolio

MAMA DOMINGA

TU NO LA VES PERO ELLA TB

Un territorio seguro para todos y libre de tuberculosis



1

¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?

Enfermedad infecciosa ocasionada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* que afecta principalmente los pulmones pero también puede afectar órganos como hígado, riñones, huesos entre otros.

Es prevenible y curable siempre y cuando se trate a tiempo, de lo contrario puede ocasionar incluso la muerte.



2

¿CÓMO SE TRANSMITE ?

- Se transmite de persona a persona a través de gotitas que quedan suspendidas en el aire.
- La bacteria es expulsada cuando un enfermo de tuberculosis tose, estornuda, habla o canta.
- Si una persona sana inhala el aire contaminado con la bacteria se puede infectar.

Toda persona independientemente de su sexo, raza, etnia o condición social tiene riesgo de contagiarse.



3

¿CUALES SON LOS SÍNTOMAS?

- Tos persistente con o sin flema
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Dolor de pecho
- Cansancio físico
- Sudoración nocturna



¿CÓMO SABER SI TENGO TUBERCULOSIS?

Si presenta alguno síntomas relacionados con tuberculosis:

- Acuda al centro de salud más cercano
- El médico lo examina.
- Baciloscopia
- Análisis de la muestra



¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO TUBERCULOSIS?

Si no he iniciado tratamiento:

- Usar tapabocas N95
- Cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar en un pañuelo o el codo, no con las manos para evitar contagiar a otras personas.

Si ha iniciado tratamiento: Para curarse y proteger a la familia **¡No abandones el tratamiento!**



¿QUÉ HACER PARA CURAR LA TUBERCULOSIS?

- Seguir el tratamiento médico de forma adecuada.
- Asistir a los controles realizados por los trabajadores de salud.
- Tener estilos de vida saludables.
- Seguir el tratamiento con medicina tradicional (opcional).

El tratamiento es totalmente gratuito y lo garantiza la institución de salud.



¿CÓMO ES EL TRATAMIENTO?

Dura 6 meses y consta de 2 fases

- Fase intensiva**
Dura 2 meses
Se toma medicamentos a diario (Lunes a sábado)
- Fase de continuación**
Dura 4 meses
Se toma medicamentos tres veces a la semana (Lunes, miércoles y viernes)



¿QUÉ PUEDO SENTIR TOMANDO LOS MEDICAMENTOS?

Coloración naranja en la orina	Mareos	Ardores en el estómago
Náuseas	Dolor torácico	Picazón
Vértigo	Diarrea	Vómito

Estas molestias se pueden controlar, lo importante es **continuar con el tratamiento**

El personal de salud hará el seguimiento de los efectos del tratamiento



7

8

9

AHORA PUEDE ELEGIR ACOMPAÑAMIENTO CON MEDICINA TRADICIONAL

El médico tradicional realiza una valoración e indica inicio de tratamiento y periodicidad de los controles.

Consta de:

- Aromatización
- Purga
- Medicina natural
- Baños de vapor
- Acompañamiento nutricional
- Forma de pensar del ser

El acompañamiento con medicina tradicional no significa que no deba recibir un tratamiento farmacológico.



RECOMENDACIONES

- Vacunación BCG
- Uso de tapabocas N95
- Buena alimentación
- lavado de manos
- Buena ventilación
- Buena iluminación
- Evitar multitudes
- Tomar medicamentos



CONTROLES DURANTE EL TRATAMIENTO

Se realizará controles con médico general, enfermería, nutrición, bacteriología, entre otros especialistas de acuerdo con los requerimientos de cada persona

Porque tu salud es nuestra prioridad.



Desarrollado por:
Ingrid Vanesa Cerón Muñoz
Andrea Carolina Muñoz Samboni

Asesor:
Jorge Albeiro Sotelo

Programa de Enfermería
Universidad del Cauca
Noviembre 2022 - Diciembre 2023



9.2. Folleto

Tratamiento

Debe seguirse de acuerdo a las indicaciones del médico, es supervisado por el hospital y atención en casa por el promotor de salud de la zona

Dura mínimo 6 meses, no debes abandonar el tratamiento.

Es totalmente gratis



Sede principal - Las Delicias
3113216004

¿Cómo puedo cuidarme?

Aplicar vacuna de BCG al recién nacido.

Cubrirse la boca al toser o estornudar con un pañuelo o con el codo, **NO CON LAS MANOS.**

Indagar el entorno de persona con tuberculosis.

Llevar un estilo de vida saludable.

Ventilar e iluminar adecuadamente el hogar.

Lavar las manos frecuentemente con agua y jabón.



TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD

CABILDO INDÍGENA DE GUAMBIA (IP) - HOSPITAL
MAMA DOMINGA

Mycobacterium tuberculosis

Tu no la ves pero ella TB




Elaborado por:
Vanessa Cerón y Carolina Muñoz
Programa de Enfermería
Universidad del Cauca

Que es la tuberculosis



Enfermedad contagiosa ocasionada por la bacteria llamada Mycobacterium tuberculosis que afecta principalmente los pulmones y también órganos como hígado, riñones, huesos entre otros.

¿Cómo se transmite?

Se transmite de persona a persona a través de gotitas que quedan suspendidas en el aire. La bacteria es expulsada cuando un enfermo de tuberculosis tose, estornuda, habla o canta.



Síntomas

- Tos persistente
- Fiebre
- Falta de apetito
- Perdida de peso
- Cansancio
- Dolor de pecho
- Sudoración nocturna

Diagnóstico



Se realiza mediante diferentes pruebas como:

- Baciloscopia
- Prueba molecular
- Radiografía de tórax
- Test de sensibilidad

Ante resultado positivo el médico define el tratamiento a seguir y junto con el Meprik, te acompañaremos.



¡SOMOS TU HOSPITAL DE CONFIANZA!

10. CONCLUSIONES

La IPS Mama Dominga está comprometida con garantizar el cuidado de la salud de los usuarios, así lo evidencia sus actividades realizadas en todo el territorio con las brigadas y el apoyo de los auxiliares de zona para llegar a cada persona.

Dentro de los pacientes que han sido diagnosticados con tuberculosis se identifica que la mayoría de ellos son adultos mayores y en algún momento de su vida han sido nexo epidemiológico de una persona con tuberculosis en el pasado. La adherencia al tratamiento ha sido buena pero se dejó de lado el seguimiento a los contactos del caso, razón por lo cual es un riesgo inminente de que en el futuro, podrían desarrollar la enfermedad además que sumando la existencia de los determinantes sociales de la salud, entre ellos la etnia, las condiciones socioeconómicas y la cosmovisión, es un reto para la IPS abordaje desde la promoción y prevención a la población para lograr una erradicación de la tuberculosis del territorio.

Los auxiliares de zona, personal de la institución, todos los días vela por la salud de las personas diagnosticadas con tuberculosis para evitar complicaciones para su salud y garantizar que los tratamientos se cumplan teniendo en cuenta el alto costo, se resalta el compromiso de algunos de ellos a la hora de cumplir con sus obligaciones con los pacientes y de acercarlos a los servicios de salud de la institución.

Por otro lado, muchas de las personas diagnosticadas con tuberculosis y sus cuidadores no conocen acerca de la enfermedad razón por la cual no cumplen con todas las recomendaciones que el proceso de enfermedad y autocuidado de la salud es importante y se condicionan a que el auxiliar de la institución sea quien identifique la situación de riesgo y quien realice la demanda a los servicios.

En conclusión, la IPS debe articular esfuerzos con las entidades del territorio para realizar actividades de educación y limpieza en todos los hogares, para lograr fortalecer los conocimientos acerca de esta enfermedad, que permita cerrar las puertas de entrada y garantizar que la población este libre de tuberculosis.

11. RECOMENDACIONES

- Para garantizar una atención integral en el manejo de la población Misak diagnosticada con TB , se recomienda a la IPS-I hospital Mama Dominga implementar una ruta de atención donde se articule la medicina occidental con la medicina tradicional, lo cual garantizará no solo una buena adherencia al tratamiento sino también la preservación de la cultura y saberes propios de la región.
- Teniendo en cuenta que la Tuberculosis puede ser activa o latente y que esta última puede desarrollarse incluso con el paso de los años se recomienda a la IPS-I el uso constante de herramientas que permitan realizar un adecuado seguimiento no solo de los casos confirmados sino también para los contactos de dichos pacientes, como lo son las bases de datos.

12. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			ENERO		
Caracterización del territorio según el análisis de situación en salud (ASIS) Silvia 2021.												
Caracterización de la IPS-I hospital Mama Dominga.												
Análisis de la ruta de atención brindada en la IPS-I Hospital mama Dominga para pacientes diagnosticados con TB y contactos, mediante entrevistas al personal de salud a cargo del manejo de este tipo de pacientes.												
Visita y entrevista a personal a cargo de la sede sierra morena sobre el acompañamiento con medicina tradicional que se realiza a pacientes diagnosticados o con sospecha de TB.												
Visita y entrevista a personas diagnosticadas con TB registrados en la base de datos de la IPS-I												
Revisión bibliográfica de la normativa vigente en el país sobre el manejo de TB.												
Formulación de la estrategia para implementar el programa intercultural para el manejo de la TB en la población Misak usuaria de la IPS-I hospital Mama Dominga.												
Sustentación y socialización del programa desarrollado.												

13. BIBLIOGRAFÍA

- Dc, B., & Marzo De, C. (2022, marzo). *Lineamientos para la Conmemoración del Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis en Colombia. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS*. Gov.co.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-conmemoracion-dia-mundial-tuberculosisi-2022.pdf>
- de Colombia, M. de S. y. P. S. (2021, marzo 24). *Colombia destaca reducción de la tuberculosis*. Gov.co. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-destaca-reduccion-de-la-tuberculosis-.aspx>
- Instituto Nacional de Salud. (2021). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Gov.co.
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_11.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (22/marzo/2022). *Protocolo de Vigilancia de Tuberculosis*.
<https://doi.org/10.33610/infoeventos>
- IPS-I Hospital Mamadominga Guambia*. (s/f). Mamadominga.com. Recuperado el 11 de enero de 2022, de <https://www.mamadominga.com/>
- López, O. A., & Marulanda Román, L. S. (1998). *Vida y pensamiento Guambiano*.
- Oct. (2022, octubre 27). *Aumenta la morbimortalidad por tuberculosis durante la pandemia de COVID-19*. Paho.org. <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2022-aumenta-morbimortalidad-por-tuberculosis-durante-pandemia-covid-19>

Plan de Monitoreo y Evaluación. (Mayo de 2017). Gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-monitoreo-evaluacion-tuberculosis.pdf>

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

(Noviembre de 2021). *INFORME DE EVENTO TUBERCULOSIS AÑO 2021.* Gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comp-ortamiento-tuberculosis-2020.pdf>

RESOLUCION 227 DE 2020. (s/f). Gov.co. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de

<https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039991>

Salud, M. (Septiembre del 2016). *Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis”.* Gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>

Salud y Protección Social, M. (s/f). *¿Qué es tuberculosis (TB)?* Gov.co. Recuperado el 12 de noviembre de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Tuberculosis.aspx>

Salud Y Protección Social, M. (2018). *Ruta Integral de Atención para la Promoción y*

Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>