



**Asistencial  
Médica**

Calidad Asistencial

# Fortalecimiento del Abordaje de la Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención

*Experiencia Institucional en AMDM – Año 2025*

Dr. Rodrigo Cabrera, Lic. Sylvanna Laborde, Lic. Lab. Oscar González  
Equipo de Tuberculosis de AMDM

# Antecedentes de la Descentralización de la TB en Uruguay



# Plan Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis



Plan nacional de control y prevención de la tuberculosis

Primera versión  
Julio 2018  
Uruguay

El plan reconoce un aumento sostenido de la incidencia nacional.

Es un marco normativo y operativo que establece las disposiciones para la **prevención, diagnóstico, tratamiento, vigilancia y control** de la tuberculosis en el país

Objetivo Principal

**Reducir la morbilidad por TB en Uruguay** en línea con las estrategias internacionales de "Fin a la TB"

## Estructura Organizativa del Plan Nacional



### Nivel Central

MSP-PNC-TB de la CHLA-EP

Asesora en políticas y estrategias nacionales para la prevención y control de la TB



### Nivel Departamental

DDS y centros periféricos de la CHLA-EP implementan estrategias regionales y supervisan prestadores locales



### Nivel Local

Prestadores del SNIS en todos los niveles de atención, énfasis en el Primer Nivel de Atención

Conformación de **equipos técnicos** integrados por médico, enfermería y laboratorio

# Responsabilidades de los Prestadores del SNIS

Detección Precoz

Diagnóstico Institucional

Notificación Obligatoria

Tratamiento DOT

Vigilancia de Resistencia

Seguimiento del Caso

Control de Contactos

Protocolos de Recaptación

Consulta a PNC-TB

Test de VIH

# Funciones Clave de los Equipos Técnicos

## Atención Integral

Implementar la asistencia a personas con TB y supervisar el cumplimiento PNC-TB, priorizando el primer nivel de atención.

## Capacitación Interna

Capacitar al equipo de salud de la institución en la asistencia integral de las personas con TB.

## Aplicación Normativa

Asegurar el cumplimiento estricto de la Guía Nacional para el Manejo de la TB en todos los niveles asistenciales.

# Evolución del Abordaje de la Tuberculosis en AMDM (2018-2025)



Fuente: Informes TB AMDM 2019-2024



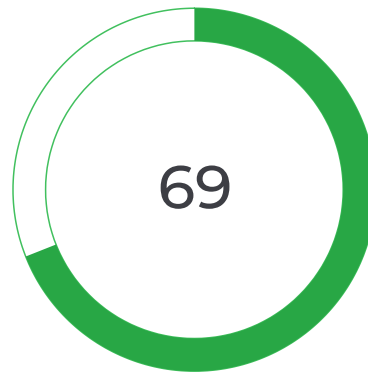
## Situación Epidemiológica 2024

Contexto nacional (Uruguay, 2024)



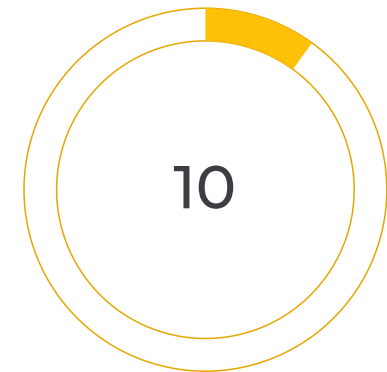
Casos incidentes de TB en Uruguay

Departamento de Maldonado (2024)

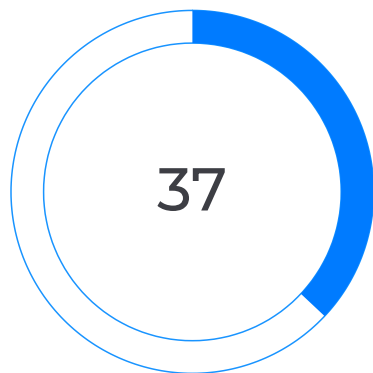


Casos de TB en total en Maldonado

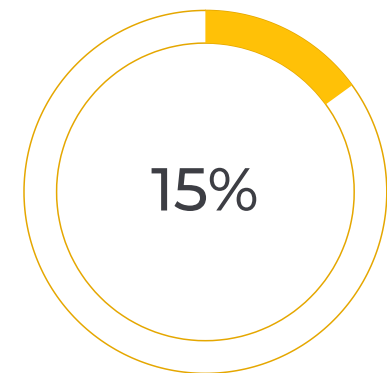
AMDM



Casos de TB detectados en AMDM



Casos de TB por 100.000 habitantes



% del total de casos de TB en Maldonado

# RESULTADOS SITUACIÓN DE LA TB EN AMDM 2024

1

## Formas clínicas

8 pulmonares (3 bilaterales),  
2 pleurales  
1 diseminada

2

## Distribución etaria y sexo

9 casos entre 15–54 años  
1 mayor de 54 años  
5 hombres y 5 mujeres

3

## Confirmación bacteriológica

8/10 casos confirmados

4

## Diagnóstico

7 SNA  
4 PNA

# RESULTADOS SITUACIÓN DE LA TB EN AMDM 2024

## Tratamiento

40% tratamiento iniciaron  
tratamiento en AMDM, 60% en CP  
CHLA-EP

100% RAFA Leves

100% tratamiento exitosos

1 resistencia a isoniacida  
registrada

## Pérdidas de seguimiento

No se registraron perdida de  
seguimiento

## Mortalidad

0 Fallecidos





## RESULTADOS SITUACIÓN DE LA TB EN AMDM 2024

### **Coinfección TB-VIH**

1 caso

### **Estudios realizados**

232 pruebas (129 baciloscopias y 103 PMR); 9 resultados positivos

### **Prevención**

56 estudios para ITBL  
22 iniciaron quimioprofilaxis preventiva



# Plan Institucional de TB – AMDM

## Objetivo General

Facilitar el diagnóstico, tratamiento y continuidad asistencial de los usuarios de la AMDM IAMPP con Tuberculosis.

## Acciones Clave del Plan Institucional

**Diagnóstico Oportuno**  
Detección precoz: Algoritmos diagnósticos adulto-Pediatría

**Coordinación Externa**  
Articulación con CHLA-EP, DDS y prestadores



**TES**  
Tratamiento Supervisado estructurado

**Prevención**  
Contactos: Identificación, estudio  
Medidas de protección personal  
Abordaje de pérdidas de seguimiento

**Coordinación Interna**  
Integración entre niveles asistenciales y servicios

# Espacio de Seguimiento de TB

**Espacio semanal de encuentro del equipo (2 horas)** orientado a coordinar y ejecutar acciones integrales de seguimiento para personas con tuberculosis (TB) e infección tuberculosa latente (ITBL).

1

## Contacto Inicial

Comunicación telefónica a **todas** las personas con TB e ITBL

2

## Registro HCE

Carga como problema activo en historia clínica

3

## Modalidad Seguimiento

Definición de vía principal de contacto

4

## Control Integral

Seguimiento clínico y programático continuo



# Acciones estandarizadas del Seguimiento

- **Adherencia Terapéutica**

Control sistemático de adherencia al tratamiento farmacológico y registro de intervenciones de apoyo específicas.

- **Evolución Clínica (TB)**

Valoración integral de la evolución clínica y comorbilidades en cada control programado.

- **Farmacovigilancia**

Detección, clasificación y tratamiento de reacciones farmacológicas adversas con énfasis en el inicio del tratamiento.

- **Coordinación Paraclínica**

Facilitación de solicitud y coordinación de estudios según cronograma de tratamiento de la GNMTB-CHLA-EP.

- **Gestión de Riesgos**

Identificación de factores de riesgo y activación de protocolo ante ausentismo o interrupciones.

- **Comunicación de Resultados**

Envío sistemático de resultados paraclínicos desde [archivo\\_medico@asistencial.com.uy](mailto:archivo_medico@asistencial.com.uy) a los CP CHLA-EP Maldonado y San Carlos

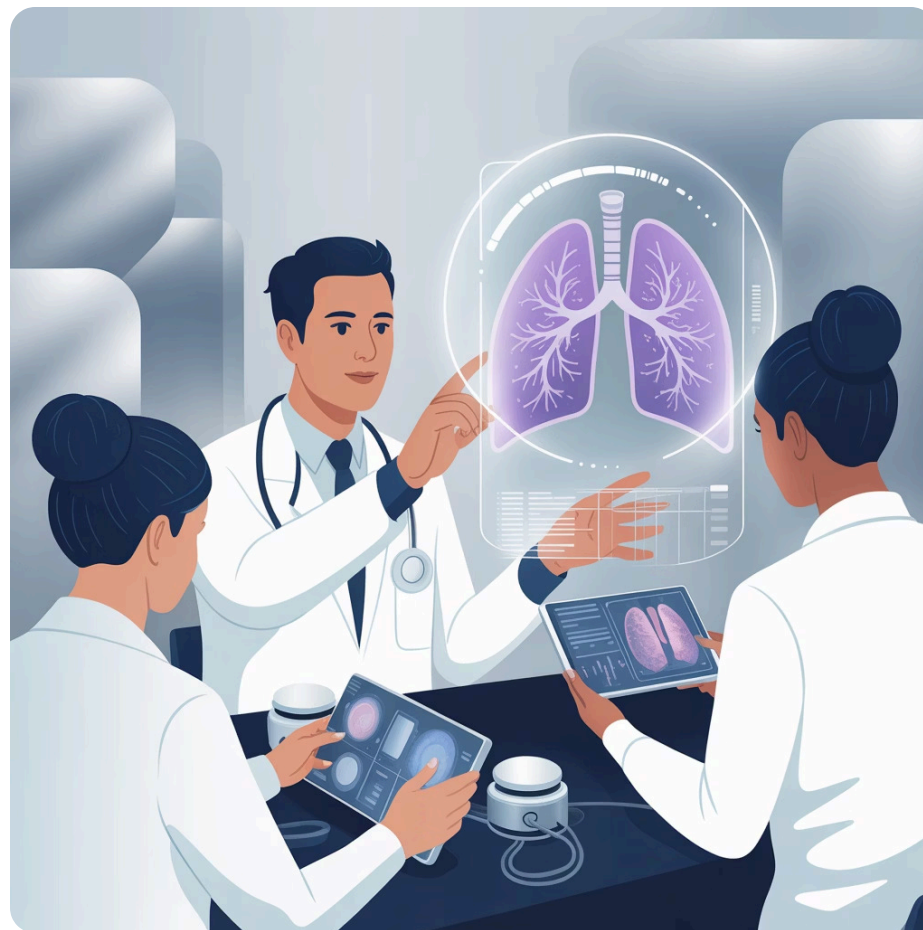
# Capacitación Continua

## Planificación Anual

Se desarrollan **anualmente actividades de formación continua**, tanto institucionales como interinstitucionales, orientadas a fortalecer las competencias del equipo de salud.

### Características de la Capacitación:

- Apoyo institucional garantizado
- Coordinación con Mesa Interinstitucional
- Articulación con DDS Maldonado
- Actualización de conocimientos
- Estandarización de prácticas
- Intercambio de experiencias entre equipos







# Coordinación con centros periféricos de la CHLA-EP

El equipo de seguimiento mantiene un **vínculo estable y fluido con la CHLA-EP**, a través de los Centros Periféricos de Maldonado y San Carlos.

## Intercambio de Información

Facilita el intercambio de información clínica y administrativa necesaria para la **continuidad asistencial**.

## Resultados Oportunos

Garantiza la llegada oportuna de resultados paraclínicos de laboratorio y estudios imagenológicos.

## Control de Contactos

Coordina identificación, estudio y tratamiento de contactos de alto riesgo para **detección precoz**.

## Gestión de Consultas

Gestiona coordinación de consultas en CP cuando se requiere y actualiza datos personales continuamente.

# Sistema Informático de Apoyo

01

---

## Búsqueda Activa

Pregunta automática para sintomático respiratorio al abrir HCE

02

---

## Formulario Digital

Digitalización completa con envío automático al laboratorio

03

---

## Instructivo Digital

Guía digital para recolección de muestras de expectoración

04

---

## Documentación Accesible

Disponibilidad institucional para todos los funcionarios

# Logros y Desafíos de la Experiencia

## Logros Principales

- **Plan institucional propio** alineado con Guía Nacional y CHLA-EP
- **Atención integral coordinada** entre niveles y actores interinstitucionales
- **Fortalecimiento de pesquisa activa** mediante herramientas digitales en HCE
- **Tratamiento supervisado (TES)** consolidado con mejora en adherencia
- **Capacitación continua** del equipo de salud
- **Informes periódicos** con indicadores de seguimiento







## Desafíos Pendientes



### Detección Temprana

Mejorar el índice de sospecha en el Primer Nivel de Atención.



### Sensibilización Comunitaria

Fortalecer la sensibilización comunitaria contra el estigma social.



### Coordinación para Contactos

Ampliar la coordinación interinstitucional para el seguimiento de contactos.



### Seguimiento Post-Tratamiento

Asegurar el seguimiento pos tratamiento por especialista.



### Digitalización de Referencias

Digitalización de referencia externa para una integración sistémica.



### Integración del Médico de referencia

Incorporar a los médicos de referencia de cada paciente con enfermedad TB durante el proceso asistencial.



## ⚠ Limitaciones para replicación

1

Disponibilidad de recursos humanos

2

Dificultades logísticas en seguimiento

3

Brechas de articulación externa

4

Condicionantes sociales persistentes



# Conclusiones

La experiencia de AMDM demuestra que es posible implementar un **modelo integral de atención a la tuberculosis** centrado en el primer nivel de atención, con resultados exitosos en términos de coordinación, adherencia y continuidad asistencial.

## Factores de Éxito

Compromiso institucional, innovación tecnológica, trabajo en equipo multidisciplinario y coordinación interinstitucional sostenida.

## Perspectivas Futuras

Escalabilidad del modelo, mejora continua de procesos digitales y fortalecimiento de la sensibilización comunitaria para optimizar resultados.

Gracias por su atención



## Agradecimientos:

Al equipo de Medicina Ambulatoria AMDM, los CP de Maldonado y San Carlos de la CHLA-EP, la Dirección Técnica de AMDM.

## Referencias bibliográficas:

1. Ministerio de Salud Pública (MSP). Plan Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis. Montevideo; 2022.
2. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP). Protocolo para el manejo clínico y seguimiento de la TB. Montevideo; 2023.
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Fin a la TB 2023–2030. Washington, D.C.; OPS; 2023.
4. Asistencial Médica de Maldonado. Informe sobre situación de tuberculosis institucional. AMDM; 2019-2024.