



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO
TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR
TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE

Versión 001.

La tarjeta de registro individual de administración del Tratamiento Directamente Observado (TDO) en tuberculosis farmacorresistente, es el instrumento principal para consolidar la información con respecto a la configuración diagnóstica, seguimiento y tratamiento de las personas afectadas por TB FR, el cual da cuenta del seguimiento integral de las personas afectadas acorde a lo establecido a los prestadores de servicios, aseguradoras y entidades territoriales.

Este instructivo define las pautas para el adecuado diligenciamiento de la tarjeta de tratamiento de tuberculosis farmacorresistente; además cuenta con algunos aspectos claves tomados de la Resolución 227 de 2020, para la orientación de decisiones en lo que respecta al adecuado manejo de las personas afectadas por TB farmacorresistente.

Tener en cuenta las siguientes consideraciones generales:

- La tarjeta debe diligenciarse por completo y mantenerla actualizada.
- Se sugiere que su manejo sea de manera digital.
- Hace parte integral de la historia clínica, por lo tanto, debe custodiada.
- Si el paciente presenta un nuevo ingreso al programa, debe cerrarse el expediente y diligenciar una nueva tarjeta de tratamiento.
- Hace parte integral de la historia clínica, por lo tanto, los prestadores de servicios de salud, las EAPB y las entidades territoriales deben mantener restricción en el acceso acorde a la Ley **Habeas Data**.
- Si el paciente presenta un nuevo ingreso al programa, debe cerrarse el expediente y diligenciar una nueva tarjeta de tratamiento contando con la debida trazabilidad.
- El 100% de los casos diagnosticados deben contar con su tarjeta de tratamiento.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1. Departamento: Consigne el nombre del departamento en el cual se realiza el diagnóstico de TB.

1.2. Municipio/Localidad/Comuna: Consigne el nombre completo del municipio donde se realiza el diagnóstico de TB. Esta variable aplica para distritos, corregimientos, localidades o comunas, lo cual dependerá cómo se encuentra clasificada la sectorización según el departamento de planeación de cada municipio.



1.3. Tipo de identificación y número: De acuerdo con el tipo de documento que presente la persona afectada, consigne las siglas correspondientes: CC: Cédula de ciudadanía, TI: Tarjeta de identidad. RC: Registro Civil. MS: Menor sin identificar. CE: Cédula de extranjería. PS: Pasaporte. PEP: Permiso especial de permanencia. NIUP: Número único de identificación personal. AS: Adulto sin identificación.

Número de identificación: Coloque los dígitos completos, como aparecen en el documento soporte que presente la persona afectada por TB. En caso de dudas se recomienda ingresar a la base BDUA comprobador de derechos para constatar nombres, lugar y aseguramiento: <https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps>

1.4 IPS de diagnóstico: Diligenciar la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que realizó el diagnóstico del caso.

1.5 Régimen de afiliación: Diligenciar el régimen de afiliación al que pertenece el usuario, según corresponda: Contributivo, subsidiado, no asegurado, especial, excepción. (Realizar verificación en el BDUA <https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps>).

1.6 EAPB: Diligenciar la EAPB según corresponda. (Realizar verificación en el BDUA <https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps>).

1.7 IPS de Atención Primaria: Diligenciar la IPS de atención primaria asignada por la EAPB para la asistencia a sus controles médicos, de enfermería, controles bacteriológicos entre otros.

1.8. IPS de Supervisión del Tratamiento: Diligenciar la IPS donde la persona afectada por TB FR está recibiendo el tratamiento Antituberculosis.

1.9. Pertenencia étnica: Marque con una X cómo se reconoce la persona afectada por TB: Palenquero, ROM, indígena, raizal, otro.

1.10. Grupo poblacional: Marque con una X, al grupo poblacional al que pertenezca la persona afectada por TB, puede seleccionar varias opciones. Puede marcar más de una opción: Habitante de calle, privado de la libertad, persona con discapacidad, trabajador de la salud, migrante, gestante, persona en centro psiquiátrico, LGBTIQ+, otro, Cuál?.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

2.1. Primer apellido: Corresponde al primer nombre del paciente textual al documento de identificación, es un campo obligatorio.

2.2. Segundo apellido: Corresponde al segundo nombre del paciente textual al documento de identificación. Es un campo opcional.

2.3. Nombres: Corresponde al primer y segundo nombre, textuales al documento de identificación, el primer nombre es obligatorio.



- 2.4. Edad:** Consigne la edad cumplida en número. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento.
Unidad de medida: Marque con una X si el número consignado en la casilla 2.4 corresponde a meses o años.
- 2.5. Sexo:** Se relaciona con el sexo del paciente, como aparece en el documento de identidad. **M:** Masculino, **F:** Femenino.
- 2.6. Ocupación:** Describa la ocupación principal de paciente (si aplica).
- 2.7. Dirección de la vivienda o lugar donde habita:** Coloque la nomenclatura completa del lugar de residencia del paciente, en caso de no contar con ella, describir puntos clave para lograr la localización.
- 2.8. Barrio/Vereda:** Describa el barrio donde reside el paciente. Tenga en cuenta los barrios definidos por la entidad territorial. Describa la vereda en caso de que aplique.
- 2.9. Teléfono del lugar de residencia:** Coloque los números de teléfono de la residencia y/ o el celular donde se pueda ubicar al paciente.
- 2.10. Nombre del lugar de trabajo y dirección:** Consigne la dirección del lugar donde el paciente ejerce la ocupación y la fecha completa o datos claves para su ubicación.
- 2.11. Barrio o vereda:** Describa el barrio donde labora el paciente. Tenga en cuenta los barrios definidos por la entidad territorial. Describa la vereda en caso de que aplique.
- 2.12. Teléfono del lugar de trabajo:** Coloque los números de teléfono fijo del lugar de trabajo y/ o el número celular donde se pueda ubicar al paciente o al acudiente.

3. CONFIGURACIÓN DIAGNÓSTICA

- 3.1. Criterios Diagnósticos:** Marque con una X uno o más de los criterios que hacen parte de la confirmación del caso, en (+): Los criterios hacen parte de los criterios de diagnóstico y se cuenta con los respectivos resultados. (-): Seleccione cuando los resultados del examen respectivo resultan negativos y NR: No realizado.
- **Baciloscopia:** Según lo reporta el laboratorio: Negativo, el reporte positivo: (+), (++) , (+++) , 1 a 9 colonias. No Realizado (NR). Seleccione en el caso que por lo menos una baciloscopia sea positiva.
 - **Cultivo líquido:** Seleccione en caso de que el resultado de cultivo en medio líquido sea positivo.
 - **Pruebas moleculares:** Seleccione en caso de que se encuentre en el reporte: Detectado. Los no detectados o indeterminados no son resultados positivos de pruebas moleculares. Si el resultado es indeterminado solicite una nueva prueba.
 - **Histopatología:** La presencia de granulomas con necrosis de caseificación y Ziehl-Neelsen positivo, en la biopsia de cualquier tejido, es un criterio diagnóstico de tuberculosis.



- **Cuadro Clínico:** Presencia de signos y síntomas sugestivos de tuberculosis, los cuales dependen del o de los órganos afectados.
- **Epidemiológico:** Estar expuesto o ser contacto de un caso confirmado de tuberculosis bacilífera hace positivo este criterio (signo de Combe positivo).
- **Radiológico:** Hallazgos sugestivos de TB, como infiltrados, lesiones cavitarias.
- **Tuberculínico: Es un resultado positivo: Induración mayor o igual a 10 mm en:** Niños y niñas que no pertenezcan a los grupos descritos en la induración mayor de 5 mm, personas inmunocompetentes, trabajadores de la salud
Induración Mayor o igual 5 mm en: Conversión de PPD previamente negativa, niños y niñas contactos, En niños o niñas con desnutrición severa, marasmo o Kwashiorkor, personas que viven con VIH, persona con contacto reciente con un caso de tuberculosis, personas con alteraciones radiológicas sugestivas, personas con patologías o tratamientos inmunosupresores.

3.2. Otras ayudas diagnósticas: Tales como ADA o test de orina (Lipoarabinomano).

3.3. Resultado del BK seriado: Coloque el número de cruces reportadas en el resultado del laboratorio. según lo reporta el laboratorio: Negativo, El reporte positivo: (+), (++) , (+++), 1 a 9 colonias, no realizado (NR).

3.4. Inicio de síntomas: Coloque la fecha: día, mes, año cuando el paciente comienza a sentir síntomas relacionados con la enfermedad.

3.5. Fecha del resultado del cultivo: Coloque el día, mes y año cuando resulta positivo un resultado preliminar o definitivo.

3.6. Fecha de diagnóstico de TB FR: Coloque el día, mes y año en cual se realiza la lectura de los exámenes de laboratorio (Prueba fenotípica o genotípica) que confirman una TB FR.

3.7 COINFECCIÓN TB/VIH: Hace referencia a las actividades colaborativas tuberculosis y VIH

3.7.1 Se realiza Prueba de VIH: Marcar con una X, SI se realizó la prueba de VIH, o si NO se realizó prueba de VIH. Si el paciente no aceptó la prueba se marca en la casilla correspondiente: PACIENTE NO ACEPTA. Si el paciente fue diagnosticado con VIH previo al diagnóstico de la tuberculosis se registra VIH + PREVIO. (Se considera VIH previo si el diagnóstico del VIH fue realizado 30 días anteriores al diagnóstico de la tuberculosis).

3.7.2 Fecha de diagnóstico Previo del VIH: Diligenciar si el paciente tiene diagnóstico previo de VIH, el cual es considerado como el diagnóstico que fue realizado 30 días anteriores al diagnóstico de tuberculosis. Consigne día/mes/año.

3.7.3 Resultado y fecha de prueba presuntiva del VIH: Diligenciar el resultado de la prueba presuntiva del VIH, si el resultado fue POSITIVO, marcar X en POS. Si el resultado fue NEGATIVO, marcar X en NEG. Si el paciente no aceptó la realización de la prueba, se debe diligenciar X en PACIENTE NO ACEPTA. Para Consigne la fecha: día/mes/año.

3.7.4 Resultado y fecha de prueba confirmatoria de VIH: Sólo se diligencia si el resultado de la prueba presuntiva fue positiva o el paciente es VIH + Previo. (Si el resultado de la prueba confirmatoria fue negativa esta columna se deja en blanco). Marque con una X el resultado de la prueba confirmatoria del VIH, según el reporte de laboratorio como POSITIVO marca la X en POS y si es negativo marca la X en NEG. Si el paciente no aceptó la prueba registra en la casilla correspondiente.



Se considera VIH previo si el diagnóstico del VIH fue realizado 30 días anteriores al diagnóstico de la tuberculosis. Se deben seguir los últimos algoritmos diagnósticos, para la atención del VIH en niños, adultos, gestantes entre otros grupos según las guías del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.7.5 Recibe tratamiento antirretroviral: Se debe diligenciar siempre y cuando se confirme el resultado positivo de la prueba de VIH, registrar “SI”, si recibe el tratamiento antirretroviral y “NO” si no lo recibe. (Si el resultado de la prueba presuntiva fue NEGATIVA, este campo quedará en blanco). Recordar que el 100% de las personas con TB y VIH deben tener inicio de ARV acorde capítulo 6 de la Resolución 0227 de 2020.

3.7.6 Fecha de inicio antirretrovirales: Se registra día-mes-año, del inicio del tratamiento antirretroviral. (Si el resultado de la prueba presuntiva fue NEGATIVA, este campo quedará en blanco).

3.7.7 Recibe Trimetoprim Sulfametoxazol: Se debe diligenciar, siempre y cuando se confirme el resultado positivo de la prueba de VIH o el caso sea VIH PREVIO, registrar SI, si recibe el tratamiento con Trimetoprim o TMS y NO si no lo recibe. (Si el resultado de la prueba presuntiva fue NEGATIVA, este campo quedará en blanco). Desde los programas de TB y atención primaria se indica que toda persona con TB y VIH debe recibir profilaxis, no obstante acorde al conteo de CD4 superior a 350 o valoración de medico experto definirá la pertinencia de continuar o suspender este tratamiento.

4. CONDICIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS: Hace referencia a la condición de ingreso de la persona afectada por la tuberculosis, al programa de prevención y control de la tuberculosis.

4.1 Tipo de paciente/condición de ingreso: Marcar con una X, una sola opción, según la condición de ingreso que corresponda:

- **Caso nuevo:** Aquel que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes.
- **Caso previamente tratado:** Persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado. Se clasifica además por el resultado de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:
 - ✓ **Reingreso tras recaída:** Persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis, fue declarada como curada o con tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento y ahora se le diagnostica con un episodio recurrente de tuberculosis (Ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de tuberculosis causado por reinfección).
 - ✓ **Reingreso tras fracaso:** Persona previamente tratada por tuberculosis, cuyo tratamiento fracasó, evidenciado mediante un resultado de baciloscopia o cultivo de esputo positivo en el cuarto mes, o posterior, durante el tratamiento.
 - ✓ **Reingreso tras pérdida en el seguimiento:** Persona que había sido tratada previamente por tuberculosis y fue declarada perdida en el seguimiento, realizado al final de su tratamiento más reciente y reingresa nuevamente al programa.



- ✓ **Otros previamente tratados:** Son aquellos que han sido previamente tratados por tuberculosis, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o no ha sido documentado.

Ha recibido medicamentos de segunda línea: Marque con una “X” SI, si se encuentra documentado la recepción de medicamentos de segunda línea, NO, en caso de que no se encuentre documentado la administración de medicamentos de segunda línea, “SIN DATO”: Cuando no se cuenta con la documentación de la recepción de medicamentos de segunda línea.

Cuáles: Relacione los medicamentos de segunda línea recibidos por la persona afectada por TB.

IPS y ET de donde fue remitido: Coloque el nombre completo de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que remite la persona afectada, también se debe relacionar la entidad territorial: Departamento y municipio que remite a la persona afectada por TB.

4.2 Tipo de tuberculosis: Hace referencia a la clasificación basada en la localización anatómica de la enfermedad, la cual se divide en dos:

- **Tuberculosis pulmonar:** Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta el parénquima pulmonar o el árbol laringo traqueobronquial. La tuberculosis laríngea y miliar se deben clasificar como tuberculosis pulmonar.
- **Tuberculosis extrapulmonar:** Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta otros órganos que no sean los pulmones, como, por ejemplo, la pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos, y meninges. Las linfadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastinales o hiliares) o el derrame pleural causado por la tuberculosis sin alteraciones radiográficas de los pulmones, configuran un caso de tuberculosis extrapulmonar.

4.3 Localización de tuberculosis extrapulmonar: Consigne la localización de la tuberculosis extrapulmonar como: Pleural, Ganglionar, Abdominal, Cutánea, Pericárdica, Miliar, Ósea, Meningea, entre otras.

5. CONDICIONES ASOCIADAS PARA TENER EN CUENTA PARA EL MANEJO O EL SEGUIMIENTO: Se refiere a las condiciones o enfermedades asociadas de la persona afectada por tuberculosis, las cuales se deben tener en cuenta para el manejo del tratamiento antituberculosis. Marcar con una X todas las posibilidades:

- Desnutrición
- VIH/SIDA
- COVID-19
- Diabetes Mellitus
- EPOC
- Enfermedad Renal Crónica



- Enfermedad hepática
- Embarazo
- Hipertensión
- Tabaquismo
- Silicosis
- Consumo SPA
- Cáncer
- Alcoholismo
- Otra: Relacione las condiciones o enfermedades asociadas para tener en cuenta para el manejo o el seguimiento, que no se encuentran relacionadas en el listado anterior

6. MODALIDAD DE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO: A continuación, se describen las posibles modalidades de supervisión del tratamiento antituberculosis. Marque con una X la opción seleccionada:

6.1. TDO en IPS: Esta actividad implica la asistencia diaria de la persona a la IPS más cercada a su domicilio o trabajo, para recibir el tratamiento supervisado en boca. Se podrá realizar en cualquier institución básica o complementaria del país sin restricciones por tipo de aseguramiento. La administración estará a cargo del personal capacitado por ejemplo (medico, enfermero profesional, auxiliar de enfermería). Se llevará registro de dosis en la ficha individual de tratamiento y adecuada vigilancia de reacciones adversas acorde a lo dispuesto en el Programa Nacional de Tuberculosis (PNPCT).

6.2. TDO Domiciliario: La respectiva EAPB, acorde a indicación del médico tratante, deberá autorizar la atención domiciliaria para la administración del TDO, en personas que por su condición clínica, social y económica, no les sea posible acudir a la IPS más cercana, por ejemplo, en el caso de personas con enfermedades crónicas y degenerativas, con limitaciones visuales o motoras, drogodependientes, oxígeno requirientes, con enfermedades mentales, adultos mayores, con ausencia de red familiar de apoyo, usuarios que requieren aplicación de inyectables, entre otros. Las EAPB deberán generar la atención requerida durante el tiempo que dure el tratamiento de manera interrumpida. La IPS de atención domiciliaria llevaran el registro correspondiente de dosis administradas en la ficha individual de tratamiento dispuesto por el PNPCT.

6.3. TDO Comunitario: La entidad territorial deberá generar capacidades en líderes comunitarios, docentes, profesionales de otras instituciones del estado, organizaciones religiosas, centros de protección adulto mayor, centro de cuidado habitante de calle entre otros, para el desarrollo de actividades de apoyo a la supervisión y administración del tratamiento supervisado, coordinado con las IPS y EAPB. Las entidades territoriales, en el marco de los procesos de caracterización social, propios de la gestión de la salud pública y fortalecimiento de capacidades, deberán realizar el mapeo de los actores, agentes comunitarios y sociales, presentes en su territorio. El gestor o líder comunitario será debidamente entrenado para llevar el registro de dosis administradas, en la ficha individual de tratamiento, dispuesta por el PNT, con el acompañamiento del equipo de salud.

6.4. TDO Hospitalario: Esta modalidad aplica en persona con diagnóstico de tuberculosis, TB/VIH, tuberculosis farmacorresistente, que, por su condición clínica, social o a juicio del médico tratante,



requieran hospitalización temporal, para el monitoreo de reacciones adversas graves o el seguimiento ante comorbilidades crónicas del tipo renal, hepático o metabólico, que puedan derivar complicaciones. En el caso de personas en situación de habitante de calle que hayan sido hospitalizadas, las IPS deberán, previo al egreso hospitalario, realizar articulación con centro de autocuidado y protección de habitante de calle para asegurar la continuidad del tratamiento supervisado.

6.5. TDO virtual: Las EAPB, a través de sus prestadores de servicios de salud, en articulación con la entidad territorial, deberán evaluar la pertinencia de inclusión de herramientas tecnológicas de supervisión del tratamiento tales como: videoconferencias, videollamadas o registro en video diario de tratamiento. La administración del TDO virtual será acompañada por mensajes de texto y seguimiento telefónico que recuerde la toma de la medicación, previa concertación individual con la persona afectada o su cuidador. Esta modalidad deberá contar con la firma de consentimiento informado donde se explique las pautas de administración y registro del TDO y ser aplicadas según el contexto social y de acceso las tecnologías disponibles en cada usuario.

7. CLASIFICACIÓN DE LA RESISTENCIA A FÁRMACOS: Marque con una X la definición que corresponda, de acuerdo con los resultados de las pruebas de sensibilidad genotípicas o fenotípicas:

7.1. Monorresistencia: Resistencia a sólo un medicamento antituberculosis de primera línea (Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z), Estreptomina (S), Etambutol (E)).

7.2. Polirresistencia: Resistencia a más de un medicamento antituberculosis de primera línea (que no sea isoniacida y rifampicina a la vez).

7.3. MDR (Multidrogorresistencia): Resistencia in vitro a isoniacida y rifampicina simultáneamente o combinada con otros fármacos Antituberculosis.

7.4. PREXDR (Pre extensamente resistente): Es un caso con multidrogorresistencia, que es resistente a una fluoroquinolona o al menos a uno de los medicamentos inyectables de segunda línea. Esta definición operará en el Programa hasta que la OMS lo defina, dada la supresión de los medicamentos inyectables del esquema de manejo.

7.5. XDR (Extensamente resistente): Es un caso con multidrogorresistencia, que es resistente a una fluoroquinolona y al menos a uno de los medicamentos inyectables de segunda línea. Esta definición operará en el Programa hasta que la OMS lo defina, dada la supresión de los medicamentos inyectables del esquema de manejo.

Marque con una X el medicamento donde el bacilo presenta resistencia acorde a las pruebas de sensibilidad fenotípicas o genotípicas:

Primera Línea:

- R: Rifampicina
- H: Isoniacida
- Z: Pirazinamida
- E: Etambutol



S: Estreptomicina

Segunda línea:

Bdq: Bedaquiline

Cfz: Clofazimine

Lzd: Linezolid

Mfx: Moxifloxacin

Lfx: Levofloxacin

Amk: Amikacin

Cs: Cycloserine

Eto: Ethambutol

Otros, Cual: Coloque el nombre completo, si existe algún otro medicamento diferente a los relacionados en el listado anterior en el cual se reporte resistencia en los resultados del laboratorio.

8. ESQUEMA DE TRATAMIENTO INSTAURADO Y AJUSTES: Hace referencia al tratamiento antituberculosis con medicamentos de primera y/o segunda línea instaurados para el manejo del caso de tuberculosis farmacorresistente, de acuerdo con los resultados de las pruebas del laboratorio y la configuración del caso y las recomendaciones impartidas en el Comité de Evaluación de Casos Especiales (CERCET). **Tener en cuenta que esta tarjeta de tratamiento también debe ser diligenciada para los casos de TB monorresistente a Isoniacida.**

8.1. Peso Inicial: Coloque en número el peso real (en Kilogramos) del paciente al momento de instaurar el esquema de tratamiento antituberculosis para TB FR.

8.2. FASE INTENSIVA: Corresponde al tiempo de tratamiento que el paciente recibe la Bedaquilina en esquemas de tratamiento sólo con medicamentos orales o en esquemas cortos mientras recibe el medicamento inyectable (Amikacin).

8.2.1. Dosis inicial: Coloque la fecha en día/mes/año que corresponde al inicio del tratamiento para TB FR.

Dosis en mg según peso a recibir: Coloque al frente de cada medicamento, la dosis que corresponde ajustada por peso y sugerida en el CERCET. **Verificar en cada uno de ellos la concentración de la presentación.**

8.2.2. Ajustes en dosis: Verifique si se ha realizado el ajuste de dosis de alguno de los medicamentos prescritos y relacione la nueva dosis al frente del medicamento que corresponde. Los ajustes pueden realizarse por cambio en el peso, nuevos resultados de pruebas de sensibilidad o por reacciones adversas a los medicamentos, entre otros.

8.3. FASE DE CONTINUACIÓN: Corresponde al momento que el paciente recibe sólo medicamentos orales y han desmontado el medicamento inyectable, cuando tiene instaurado un esquema corto o que no recibe la Bedaquilina en esquemas largos de tratamiento para TB MDR/RR.

Nota: El esquema de tratamiento para paciente con TB monorresistentes a Isoniacida no diferencia fases, se debe tener en cuenta el momento del inicio de la quinolona, en caso de ser incluida en el esquema de tratamiento.



8.3.1. Dosis inicial: Coloque la fecha en día/mes/año que corresponde al cambio de fase para el tratamiento para TB FR.

Dosis en mg según peso a recibir: En la primera casilla describa fecha de cambio de fase: día, mes, año. Coloque al frente de cada medicamento, la dosis que corresponde ajustada por peso y sugerida en el CERCET. **Verificar en cada uno de ellos la concentración de la presentación del medicamento.**

8.3.2. Ajustes en dosis: Verifique si se ha realizado el ajuste de dosis de alguno de los medicamentos prescritos y relacione la nueva dosis al frente del medicamento que corresponde. Los ajustes pueden realizarse por cambio en el peso, nuevos resultados de pruebas de sensibilidad o por reacciones adversas a los medicamentos, entre otros.

9. ESTUDIO DE CONTACTOS: Indague a la persona afectada por TB sobre los contactos estrechos. Se definen como contactos estrechos, aquellas personas que conviven con el paciente de tuberculosis más de 6 horas al día.

9.1 Nombre y apellidos: Diligenciar los nombres y apellidos como aparecen en el documento de identificación de la persona.

9.2 Parentesco: Diligenciar el parentesco de la persona afectada por Tuberculosis, por ejemplo: madre, padre, tío, hermano, hijo, cuñado, se deben incluir otras personas, aunque no tengan algún nivel de consanguinidad, que cumplan el criterio de contacto estrecho.

9.3 Edad: Diligenciar en número la edad en años de la persona contacto.

9.4 Documento de identificación: Diligenciar el número de identificación del contacto, como aparece en el documento de identidad.

9.5 EAPB: Diligenciar la EAPB según corresponda. (Realizar verificación en el ADRES <https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps>).

9.6 ¿Es Sintomático Respiratorio- SR? Se deberá registrar SI, NO o Sin Dato (SD). Se debe recordar que el criterio de SR para personas contacto de personas afectadas por tuberculosis será: **Personas contacto el criterio será tos y expectoración de 1 o más días de duración.**

9.7 ¿Se deriva a atención en salud? Se deberá registrar SI, NO o Sin Dato (SD). Se debe recordar que, si el contacto cumple la definición de SR, deberá ser canalizado a su EAPB para el descarte de enfermedad tuberculosa activa.

9.8. ¿El contacto es evaluado clínicamente?: Coloque SI, NO, Sin Dato (SD), si el contacto accede a evaluación por médico general.

9.9. Si es SR ¿se tomó muestra para prueba molecular y sensibilidad a fármacos. Verificar el ordenamiento y la recolección de la muestra para la realización de las pruebas moleculares, el cultivo en medio líquido y las pruebas fenotípicas.



9.10. Observaciones: Anote datos relevantes para la toma de decisiones con respecto al manejo del contacto, tales como la presencia de condiciones o enfermedades asociadas, diagnósticos previos de tuberculosis, entre otros.

10. ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO: Hace referencia al registro DIARIO, de las dosis administradas al paciente con tuberculosis.

10.1. Fase Intensiva: Registrar mes y año de la fase intensiva (actualizar para cada fila). Seleccione en la lista desplegable la dosis que corresponde en caso de realizar el registro en medio magnético, en caso de que se esté diligenciando de manera física, consigne el número consecutivo de la dosis correspondiente, comenzando con el día que inicia el tratamiento, por ejemplo: el 01/03/2022 registra dosis 1, y así sucesivamente. El día que no se administra el medicamento se coloca (NR: No Registra). Recordar siempre registrar en números y NO marcar con X.

10.2. Fase de Continuación: Registrar mes y año de la fase continuación (actualizar para cada fila). Seleccione en la lista desplegable la dosis que corresponde en caso de realizar el registro en medio magnético, en caso de que se esté diligenciando de manera física, consigne el número consecutivo de la dosis correspondiente, comenzando con el día que inicia el tratamiento, por ejemplo: el 01/03/2022 registra dosis 1, y así sucesivamente. El día que no se administra el medicamento se coloca (NR: No Registra). Recordar siempre registrar en números y NO marcar con X. y que, al cambio de fase, se debe de iniciar nuevamente el conteo desde la dosis 1 y no dar continuidad a la numeración que traía de la fase intensiva.

Nota: Registre mensualmente el seguimiento del peso del paciente en Kg.

11. CONTROLES BACTERIOLÓGICOS: Corresponde a los resultados de los controles bacteriológicos de la persona afectada por tuberculosis farmacorresistente durante el tratamiento. Se deberá realizar seguimiento mensual a los controles y actualizar los resultados de éstos.

11.1 Resultado de Baciloscopia de control al tratamiento: Diligencie el resultado de BK único de seguimiento, según lo reporta el laboratorio: (1 a 19 BAAR), (+), (++) , (+++), negativo, sin dato, no realizado, y registrar la fecha día/mes/año.

11.2 Resultado Cultivo Líquido: Diligencie el resultado de cultivo líquido, según lo reporta el laboratorio: *M. TB* positivo, *M. TB* negativo, contaminado, *M. no TB*, o no realizado. Registrar la fecha de fase intensiva: BK y cultivo mensual

Recuerde:

- Fase de continuación: BK y cultivo bimestral hasta finalizar el tratamiento.
- Conversión bacteriológica: se considera cuando hay 2 cultivos consecutivos negativos con un mes de diferencia.
- Reversión bacteriológica: se considera cuando el caso vuelve a tener 2 resultados de cultivos positivos, posteriores a la conversión bacteriológica. día/mes/año.

12. REGISTRO DE CONTROLES AL SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO: Corresponden al seguimiento clínico y paraclínico de la persona afectada por TB FR. En cada una de las variables,



seleccione SI: en caso de que haya sido realizado el control respectivo, NO: En caso de no ser realizado y SD: En caso de desconocer si se cumple o no con el seguimiento correspondiente.

12.1 Médico general: En el momento del diagnóstico y mensual hasta finalizar el tratamiento. Realizar control a los seis meses de finalización del tratamiento y al año.

12.2 Profesional Enfermería: Se debe realizar en el momento del diagnóstico y mensual hasta finalizar el tratamiento.

12.3. Médico especialista: Trimestral durante el tratamiento y al finalizarlo.

12.4 Radiografía PA y lateral: Se recomienda antes de iniciar el tratamiento, a los seis meses y al finalizar el tratamiento.

12.5 Psicología y test psicológico: Control por psicología cada tres meses durante el tratamiento. Acorde a la condición particular, evaluar síntomas psicológicos mediante tamizaje con un instrumento validado ASSIST, AUDIT, SRQ, RQC, según corresponda. Para identificar el riesgo de no adherencia al tratamiento, se realizará la aplicación del instrumento presente en la resolución 227 de 2020 (Ver Anexo 5).

12.6. Nutrición: Trimestral e incluye la suplementación nutricional en caso de requerirse.

12.7. Trabajo Social: En caso de identificar vulnerabilidad social y económica, realizar canalización de la persona a los programas de protección existentes en el territorio y evaluar funcionalidad familiar mediante test de APGAR.

12.8. Audiometría: Realizar pruebas de función auditiva si se utiliza amikacina o cualquier aminoglucósido antes de iniciar tratamiento y trimestral.

12.9. Electrocardiograma: Antes de iniciar el tratamiento y trimestral. Cuando el esquema incluya medicamentos como Bedaquilina, Delamanid, Clofazimina y Fluoroquinolonas, especialmente si se usa Moxifloxacina, es imperativo un mayor número de controles electrocardiográficos (basal y semanas 2, 12 y 24, y mensual)

12.10. Recibe ARV si tiene VIH: Realizar seguimiento mensual si el paciente tiene VIH, si recibe tratamiento Antirretroviral, registrar: SI o NO, o Sin Dato. Si el paciente es VIH negativo, esta variable no aplica y este espacio se deja en blanco.

12.11. Recibe TMSX si tiene VIH: Realizar seguimiento mensual si el paciente con coinfección VIH, recibe tratamiento preventivo con Trimetoprim sulfametoxazol, registrar: SI o NO, o sin dato. Si el paciente es VIH negativo, esta variable no aplica y se deja en blanco.

12.12. Pruebas de función renal: Se debe realiza al inicio del tratamiento: BUN, creatinina y controles a criterio médico.

12.13. Pruebas de función hepática: AST, ALT, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, antes de iniciar el tratamiento y mensualmente.

12.14. Hemograma y electrolitos: Hemograma: Se debe realizar antes de iniciar el tratamiento y controles a criterio médico. Electrolitos (sodio, potasio, calcio y magnesio), amilasa sérica: Antes de



iniciar el tratamiento y repetir de acuerdo con la condición clínica. Si se usa Bedaquilina medir la amilasa mensual, dado el riesgo de incremento de pancreatitis

13. REACCIONES ADVERSAS: Hace referencia a la evaluación de signos y síntomas producto de las reacciones adversas a medicamentos antituberculosos, se debe evaluar mínimo una vez al mes, Se deben evaluar todos los ítems, y registrar su evaluación como SI o NO, o SD de acuerdo con los hallazgos de la evaluación clínica y de resultados de paraclínicos.

13.1 Ictericia: La ictericia es una coloración amarilla en la piel, las membranas mucosas o los ojos. La ictericia puede ocurrir si el hígado no puede procesar de manera eficiente los glóbulos rojos a medida que descomponen.

13.2. Prolongación segmento QT en el ECG: La duración normal del Intervalo QTc es de entre 0.32 segundos y 0.44 segundos, se encuentra alargado si es mayor a 0.44, pero siempre se debe tener en cuenta antecedentes, edad, para la toma de conducta.

13.3. Prurito: Es un hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en la zona. El prurito o picazón puede ocurrir en todo el cuerpo o solamente en un lugar.

13.4. Rash cutáneo: El rash es una erupción cutánea que consiste en lesiones básicas que aparecen en la piel.

13.5. Hipoacusia: La hipoacusia se puede definir como la “deficiencia registrada en la capacidad para percibir los sonidos en su intensidad habitual”. Dependiendo del grado de pérdida de audición, puede ser leve, moderada o grave.

13.6. Dispepsia: Es un término para los signos y síntomas recurrentes de indigestión que no tienen una causa obvia, en la parte superior del abdomen que se describe como sensación de ardor, hinchazón o gaseosidad, náuseas o sensación de saciedad demasiado rápido al comenzar a comer.

13.7. Neuritis periférica: La neuropatía periférica, una consecuencia del daño a los nervios fuera del cerebro y la médula espinal (nervios periféricos), a menudo causa debilidad, entumecimiento y dolor, generalmente en las manos y los pies.

13.8. Alteración neurológica: Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es posible que la persona tenga dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender. También puede haber problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

13.9. Falla hepática: La insuficiencia hepática aguda es la pérdida rápida (en días o semanas) de la función del hígado, por lo general en una persona que no presenta una enfermedad hepática preexistente. Evaluar los resultados de las pruebas de función hepática realizadas mensualmente.

13.10. Falla Renal: La insuficiencia renal aguda ocurre cuando los riñones pierden de repente la capacidad de filtrar los desechos de la sangre. Cuando los riñones pierden la capacidad de filtración, pueden acumularse niveles nocivos de desechos, y puede desequilibrarse la composición química de la sangre. Evaluar las pruebas renales realizadas mensualmente.

14. CONDICIÓN DE EGRESO: Hace referencia al resultado del tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis sensible.



14.1 Curado: Persona con tratamiento completo según lo recomendado por la política nacional sin evidencia de fracaso y tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, en los últimos meses del tratamiento.

14.2 Tratamiento Terminado: Persona con tratamiento completo según lo recomendado por la política nacional sin evidencia de fracaso, pero sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo, en los últimos meses del tratamiento.

14.3 Fracaso: Persona con tratamiento suspendido o quien requirió cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos antituberculosos debido a:

- Falta de conversión a negativo, al final de la fase intensiva.
- Reversión bacteriológica (aparición de resultados positivos) en la fase de continuación después de haber tenido conversión a negativo.
- Evidencia de resistencia adicional adquirida a las fluoroquinolonas o a medicamentos de segunda línea (bedaquilina, linezolid)
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Evidencia de dos baciloscopias positivas (2 o 3 cruces) en la fase de continuación y ausencia de mejoría clínica (en lugares con acceso limitado al cultivo).

14.4 Pérdida en el seguimiento: Persona afectada por tuberculosis que no inició tratamiento para TB FR, o interrumpió el tratamiento durante un mes o más.

Causa: Describa la causa identificada por la que el paciente se pierde en el seguimiento.

14.5 Fallecido: Persona afectada por tuberculosis, que muere por cualquier razón antes de comenzar el tratamiento o durante su curso.

Causa: Describa la causa de defunción de acuerdo con el certificado de defunción.

14.6. No evaluado: Persona afectada por tuberculosis a quien no se le ha asignado un resultado de tratamiento. Incluye los casos transferidos a otras IPS (Sin seguimiento), y también los casos cuyo resultado de tratamiento es desconocido por la IPS que reporta el dato.

Causa: Describa la situación por la que el paciente egresa como no evaluado.

14.7. Descartado: Se refiere a persona diagnosticada con tuberculosis, que posteriormente de acuerdo con los resultados de los laboratorios clínicos, o por criterio del médico tratante se descarta la presencia del *Mycobacterium tuberculosis*. (Estos casos deben excluirse del análisis de los indicadores o de las cohortes, su reporte de casos en base se da en términos de trazabilidad en el sistema de información, cruces de datos y gestión de fármacos).

14.8. Fecha de egreso: Registrar fecha de egreso del tratamiento dd/mm/aa. Si el caso es fallecido se registra la fecha de fallecimiento generado en el certificado de defunción de las estadísticas vitales. Si el caso es pérdida en el seguimiento se registra la fecha de pérdida que corresponde a los 30 días posteriores al dejar de tomar el tratamiento el paciente. Si es caso es curado la fecha de egreso es la consulta médica de cierre. Si es tratamiento terminado la fecha de egreso será la fecha de la última dosis registrada y/o fecha de egreso de la consulta médica de cierre.



14.9. IPS de egreso. Registrar la IPS de egreso que realiza el cierre del caso. 14.9 Nombre del profesional que certifica egreso: Nombre del profesional que está certificando el egreso del caso.

14.10. Nombre de la persona que certifica el egreso: Coloque los nombres y apellidos y el perfil de quien certifica el egreso.

14.11. Teléfono: Coloque el número fijo y el número celular de la persona que certifica el egreso.

14.12. Correo electrónico: Coloque el correo electrónico de la persona que certifica el egreso.

15. OBSERVACIONES EN EL SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO: Diligencie las observaciones relevantes relacionadas con el seguimiento al tratamiento. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cuando el caso sea transferido a otra Entidad Territorial, se debe enviar (Ficha de notificación SIVIGILA, Copia de historia clínica, Formula médica, tarjeta de tratamiento diligenciada, reporte de documentación pendiente y entregar 15 días de tratamiento).
- Cuando el caso sea transferido a otro país debe enviarse al Centro Nacional de Enlace, con la misma documentación mencionada anteriormente y entregar 30 días de tratamiento), previa firma del compromiso para supervisión virtual.

15.1. CERCET: Coloque la regional en el cual fue presentado el caso por primera vez y la fecha de la presentación.

En caso de no ser presentado en el CERCET, describa en la casilla de observaciones la causa de no presentación y el responsable de instaurar el tratamiento. Si fue presentado en varias ocasiones describa las fechas y las causas de las presentaciones adicionales.