

LIBRO DE REGISTRO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE

Este libro se debe diligenciar en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que manejen en promedio más de 10 casos por año y todos los municipios y distritos o departamentos que tengan casos de TB-FR.

Constituye la fuente de información (base de datos) para el programa municipal, departamental y nacional. Su objetivo es registrar los datos de TODOS los pacientes a quienes se les diagnostica tuberculosis RR (Incluye Mono R, MDR y XDR) desde el momento del ingreso hasta su egreso del programa.

Instrucciones para diligenciamiento

El libro se elaboró en una hoja de Excel la cual está protegida y tiene un listado de desplegables para su adecuado diligenciamiento, puede ser diligenciado de forma impresa conservando las características originales.

| VARIABLE | DESCRIPCION |
|--|--|
| No. | Corresponde al consecutivo del paciente. |
| Departamento o Distrito | Elegir de la lista desplegable el nombre del departamento o distrito al que pertenece la IPS. |
| Municipio | Elegir de la lista desplegable el nombre del municipio donde está ubicada la IPS. |
| IPS de diagnóstico | Escribir en mayúscula el nombre de la IPS donde se realizó el diagnóstico del paciente. |
| IPS de seguimiento de tratamiento | Escribir en mayúscula el nombre de la IPS donde se le suministra el tratamiento. |
| Trimestre del año | Elegir de la lista desplegable el número correspondiente al trimestre del año en el cual ingreso el paciente al programa (I, II, III o IV). |
| Ingresa a tratamiento | Elegir de la lista desplegable SI o NO. |
| Fecha de ingreso a tratamiento | Escriba en formato dd/mm/aaaa la fecha en la que el paciente tomo su primera dosis. |
| Nombres | Escribir en mayúsculas los nombres del paciente. |
| Primer apellido | Escribir en mayúsculas el primer apellido del paciente. |
| Segundo apellido | Escribir en mayúsculas el segundo apellido del paciente. |
| Tipo ID | Elegir de la lista desplegable: CC = Cédula de ciudadanía, TI = Tarjeta de identidad, RC = Registro civil, MS = Menor sin identificar, AS = Adulto sin identificar, CE = Cédula de extranjería, PS = Pasaporte, de acuerdo a lo que corresponda. |
| Número de identificación | Escribir el número del documento de identificación del paciente. |
| Sexo | Elegir de la lista desplegable M o F según corresponda. |
| Edad | Elegir de la lista desplegable la edad en años, si tiene menos de un año escoja la opción < 1. |
| Pertenencia étnica | Identifique claramente la pertenencia étnica del paciente (RAIZAL, ROM, INDÍGENA, AFROCOLOMBIANO, PALENQUERO, si no pertenece a ninguno de los anteriores elija la opción OTRO. |
| Pueblo Indígena | Si el paciente es indígena elegir el pueblo al cual pertenece de la lista desplegable. |

| VARIABLE | DESCRIPCION |
|---|--|
| Grupo poblacional | Elegir de la lista desplegable la opción que se ajuste al paciente (discapacitado, desplazado, migrante, población carcelaria, gestante, indigente, población infantil a cargo ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, población en centros psiquiátricos, víctima de violencia armada, trabajador de la salud, otros) |
| Dirección | Escribir la dirección completa o sitio de la vivienda donde se ubique el paciente. |
| Teléfono | Escribir el número telefónico fijo o celular donde se ubique el paciente. |
| Barrio | Escriba en mayúsculas el nombre del barrio de residencia del paciente. |
| Localidad o Comuna | Escriba en mayúsculas el nombre de la localidad o comuna a la que pertenece a la dirección de residencia del paciente. |
| Régimen de afiliación | Elegir de la lista desplegable de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) pertenece la persona, así C - contributivo, S - subsidiado, N - no asegurado, E - régimen especial como: policía, ejército, armada, docentes y P – excepción. |
| EAPB | Elegir de la lista desplegable a cual Entidad Administradora de Planes de Beneficios está afiliado el paciente, si es no asegurado elegir No aplica. |
| TIPO DE TUBERCULOSIS | Elegir de la lista desplegable el tipo de tuberculosis que tiene el paciente (pulmonar o extrapulmonar). De acuerdo con las nuevas definiciones la TB miliar y laríngea está clasificada como TB pulmonar. |
| LOCALIZACIÓN DE LA TB EXTRAPULMONAR | Elegir de la lista desplegable de acuerdo a la localización: Meníngea, Peritoneal, Ganglionar, Renal, Intestinal, Osteoarticular, Genitourinaria, Pericárdica, Cutánea, Pleural, otro (En este caso escribir en las observaciones el lugar). |
| CONDICIÓN DE INGRESO | Elegir de la lista desplegable según corresponda: NUEVO REINGRESO TRAS FRACASO REINGRESO TRAS PÉRDIDA EN EL SEGUIMIENTO (Este reemplaza el reingreso por abandono) REINGRESO TRAS RECAÍDA REMITIDO |
| HA RECIBIDO TRATAMIENTO DE 2ª Línea | Elegir de la lista desplegable SI, NO o DESCONOCIDO, según sea el caso. |
| DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE | Registrar los siguiente información: Fecha: escriba en formato dd/mm/aaaa la fecha del resultado de las PSF. Metodología: elegir de la lista desplegable: NITRATO REDUCTASA, PROPORCIONES EN LJ, BACTEC MGIT, PROPORCIONES EN AGAR, LiPA, PCR EN T' REAL. Tipo de resistencia: Elegir de la lista desplegable: MONO R, MDR, XDR, POLI QUE INCLUYE R |
| COINFECCIÓN TB/VIH-SIDA | Se realizó APV: elegir de la lista desplegable SI, NO, PACIENTE NO ACEPTA o VIH + PREVIO, de acuerdo a lo que corresponda. Se realizó prueba: elegir de la lista desplegable SI, NO, PACIENTE NO ACEPTA o VIH + PREVIO, de acuerdo a lo que corresponda. Resultado prueba: Elegir de la lista desplegable POSITIVO, NEGATIVO, PACIENTE NO ACEPTA, VIH + PREVIO. |

| VARIABLE | DESCRIPCION |
|-------------------------------------|---|
| | <p>Fecha realización: Escriba en formato dd/mm/aaaa, la fecha de realización de la prueba.</p> <p>Prueba confirmatoria acorde a la norma: elegir de la lista desplegable SI, NO, PACIENTE NO ACEPTA o VIH + PREVIO, de acuerdo a lo que corresponda.</p> <p>Fecha realización (Dx. previo o actual): escriba en formato dd/mm/aaaa, la fecha de realización de la prueba.</p> <p>Recibe TAR: Elegir de la lista desplegable SI o NO.</p> <p>Recibe Trimetoprim: Elegir de la lista desplegable SI o NO.</p> |
| ESQUEMA DE TRATAMIENTO | <p>Para cada uno de los medicamentos R, H, Z, E, Lfx, Mfx, Ofx, Eto, PAS, Cs, Am, Km, Cm, Cfz, Lzd, Amx/Clv, lpm, Mtz, Clr, Rfb, elegir de la lista desplegable SI o NO de acuerdo con el esquema definido. Si se administra uno diferente al de la lista elegir SI en la opción otro y escribirlo en la casilla de observaciones.</p> |
| FECHA DE CONVERSIÓN NEGATIVA | <p>Escriba en formato dd/mm/aaaa la fecha de la conversión negativa del cultivo (cuando dos cultivos consecutivos, tomados al menos con intervalo de 30 días, se encuentran negativos). En tal caso, la fecha de recolección de la muestra del primer cultivo negativo se usa como la fecha de conversión.</p> |
| FECHA DE REVERSIÓN POSITIVA | <p>Escriba en formato dd/mm/aaaa la fecha de la reversión positiva del cultivo (cuando después de una conversión inicial, se encuentran dos cultivos consecutivos positivos, tomados al menos con intervalo de 30 días). Para el propósito de definir el fracaso al tratamiento, la reversión se considera sólo cuando se produce en la fase de continuación.</p> |
| CONDICIÓN DE EGRESO | <p>Elegir de la lista desplegable de acuerdo a las siguientes definiciones:</p> <p>Curado: paciente con TB pulmonar con bacteriología confirmada, 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, después de la fase intensiva.</p> <p>Tratamiento terminado: Paciente con TB 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 después de la fase intensiva.</p> <p>Fracaso: Tratamiento suspendido o necesidad de cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos anti-TB debido a: Falta de conversión al final de la fase intensiva a, o Reversión bacteriológica en la fase de continuación después de conversión a negativo, o Evidencia de resistencia adicional adquirida a las fluoroquinolonas o medicamentos inyectables de segunda línea; o, Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosis (RAFA).</p> <p>Pérdida en el seguimiento: Paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 1 mes o más.</p> <p>Fallecido: Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.</p> <p>No evaluado: Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento y</p> |

| VARIABLE | DESCRIPCION |
|----------------------|--|
| | también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta. |
| Comorbilidad | Elegir de la lista desplegable: VIH, DIABETES, OTRAS INMUNOSUPRESIONES. |
| Observaciones | En esta columna podrá indicar otra información que crea pertinente y relevante para este libro de pacientes con TB-FR. |