



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INSTRUCTIVO FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS
ENTRE ENTIDAD TERRITORIALES Y A NIVEL INTERNACIONAL**

1. PRESENTACIÓN.

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT), desarrolla diferentes acciones y estrategias encaminadas a mantener la adherencia al tratamiento de las personas afectadas, y realizar la coordinación intersectorial, que permita la regularidad en la toma de los medicamentos y acceso a los controles clínicos y paraclínicos establecidos, por tanto los prestadores de servicios de salud y aseguradoras, deberán ejercer la gestión individual del riesgo, bajo acompañamiento de las entidades territoriales en los procesos de referencia y contrarreferencia según competencias del artículo 3 de la Resolución 227 de 2020.

Este instructivo de georreferenciación pretende organizar y estandarizar los pasos relacionados con los procedimientos y documentos que se deben llevar a cabo, para el proceso de georreferenciación las personas afectadas por tuberculosis con alcance departamental, distrital, municipal, al igual cuando se requiera una referencia internacional, para lo cual este instructivo está dirigido a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) básicas y complementarias, entidades territoriales a nivel municipal, departamental y distrital, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

A continuación, se deberán tener en cuenta las siguientes definiciones y conceptos que deben aplicarse en el proceso de referenciación:

2. DEFINICIONES DE INGRESO.

- **Tuberculosis pulmonar:** Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que afecta el parénquima pulmonar o el árbol laringo traqueo bronquial. La tuberculosis laríngea y miliar se deben clasificar como tuberculosis pulmonar.
- **Tuberculosis extra pulmonar:** 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 extra pulmonar.
- **Condiciones de ingreso al programa:** se cuentan con dos condiciones de ingreso, casos nuevos o casos previamente tratados, de acuerdo a su antecedente de tratamiento para la tuberculosis.



- **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 como 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.
 - ✓ **Remitido:** Caso que ha sido remitido de otra entidad territorial para continuar con el tratamiento de tuberculosis o referenciado internacionalmente por el Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **Tuberculosis sensible.** Personas diagnosticadas con tuberculosis que no se ha identificado ningún patrón de resistencia.

- **Tuberculosis resistente:** Personas diagnosticadas con tuberculosis que se ha identificado un patrón de resistencia, de acuerdo al reporte de las pruebas de sensibilidad.

- **Tipo de farmacoresistencia:** La farmacoresistencia se define de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad:
 - ✓ **Monorresistencia:** resistencia a sólo un medicamento antituberculosis de primera línea (Rifampicina (R), Isoniacida (H), Pirazinamida (Z), Estreptomina (S), Etambutol (E).
 - ✓ **Polirresistencia:** resistencia a más de un medicamento antituberculosis de primera línea (que no sea Isoniacida y Rifampicina a la vez).
 - ✓ **MDR (Multidrogoresistencia):** resistencia in vitro a Isoniacida y Rifampicina simultáneamente o combinada con otros fármacos antituberculosis.
 - ✓ **RR:** resistencia in vitro solo a Rifampicina.
 - ✓ **PREXDR (Pre extensamente resistente):** Seleccione cuando exista un caso con multidrogoresistencia, que es resistente a una fluoroquinolona o al menos a uno de los medicamentos del grupo A existentes en la Resolución 0227 de 2020, tales como Bedaquilina, Linezolid.

- ✓ **XDR (Extensamente resistente):** es un caso con multidrogorresistencia, que es resistente a una fluoroquinolona y al menos a uno de los medicamentos del Grupo A existentes en la Resolución 0227 de 2020, tales como Bedaquilina, Linezolid.

3. MODALIDAD DEL SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO:

Modalidad de tratamiento directamente observado. Es el tipo de TDO en el que se le está administrando el tratamiento al paciente.

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).

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 requirentes, 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 llevara el registro correspondiente de dosis administradas en la ficha individual de tratamiento dispuesto por el PNPCT.

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 PNPCT, con el acompañamiento del equipo de salud.

TDO Hospitalario: Esta modalidad aplica en persona con diagnóstico de tuberculosis, TB/VIH, tuberculosis farmacoresistente, 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.



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. (Ver documento guía implementación TDO virtual)

4. DEFINICIONES DE EGRESO AL TRATAMIENTO.

- **Condición de egreso:** Hace referencia al resultado del tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis.
 - ✓ **Curado:** Persona afectada por tuberculosis pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior por lo menos con un mes de diferencia.
 - ✓ **Tratamiento Terminado:** Persona afectada por tuberculosis que completó el tratamiento, sin evidencia de fracaso, pero, sin constancia que demuestre que la baciloscopia o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior, fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron o porque los resultados no están disponibles.
 - ✓ **Fracaso:** Persona afectada por tuberculosis cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el cuarto mes o posterior durante el tratamiento.
 - ✓ **Pérdida de Seguimiento:** Persona afectada por tuberculosis que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante un mes o más.
 - ✓ **Fallecido:** Persona afectada por tuberculosis, que muere por cualquier razón antes de comenzar el tratamiento o durante su curso.
 - ✓ **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.
 - ✓ **Descartado:** Se refiere a persona diagnosticada con tuberculosis, que posteriormente de acuerdo a 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).

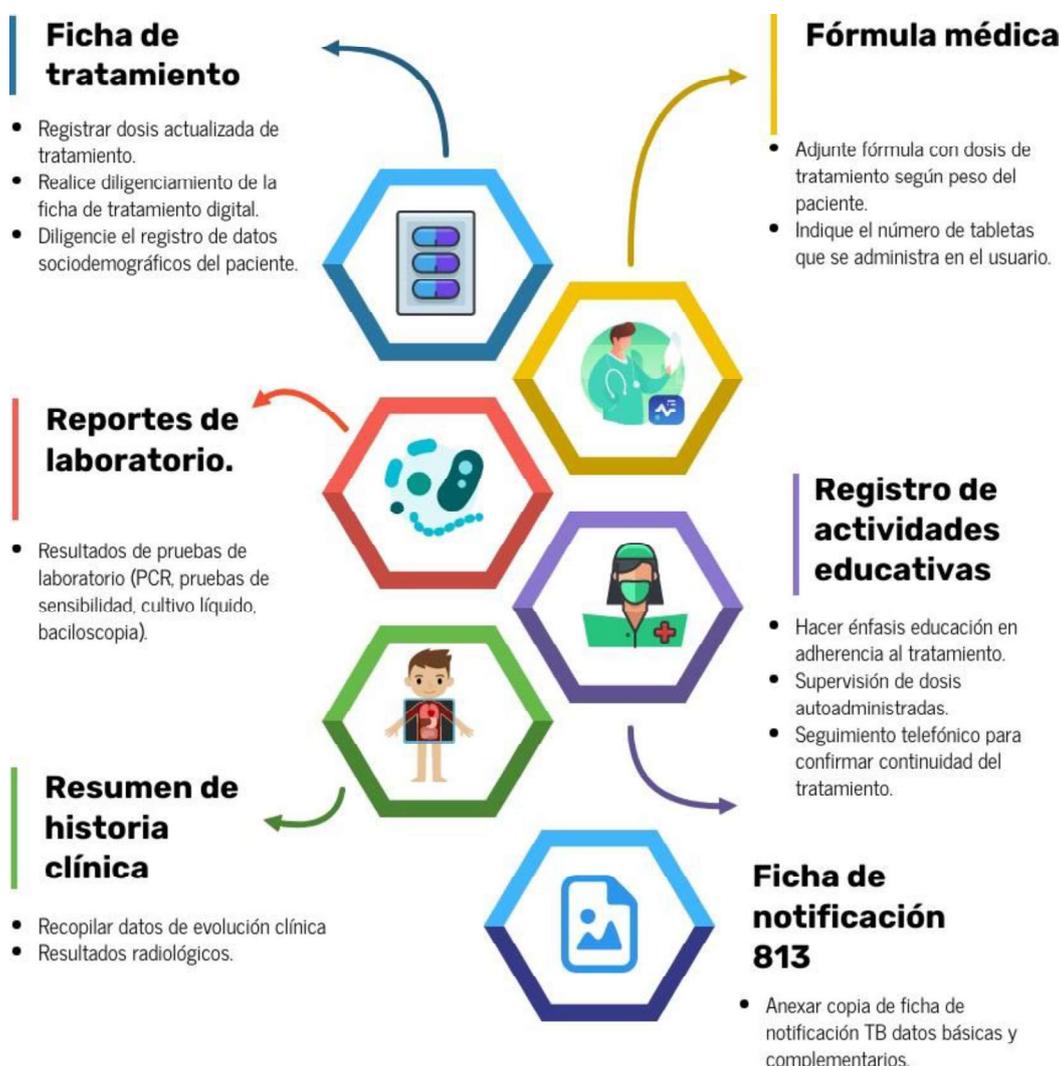


5. PROCESO DE GEOREFERENCIACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS SENSIBLE Y FARMACORRESISTENTE.

Para el proceso de georeferenciación de los casos de tuberculosis sensible y resistente, se deben seguir los siguientes pasos:

Paso 1. Identificar al usuario. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, debe identificar si el usuario diagnosticado con tuberculosis, requiere ser georeferenciado a otra entidad territorial (departamental, municipal o distrital) o a nivel internacional para continuar con su tratamiento y evitar su pérdida en el seguimiento.

Paso 2. Recopilar la información IPS. La IPS y el nivel municipal, debe recopilar la siguiente documentación del caso de tuberculosis y realizar el envío a la entidad territorial departamental o distrital:



Paso 3. Envío de la documentación prestador y municipio. El prestador de servicios de salud deberá enviar a la entidad territorial (Municipal o Distrital) y esta a su vez al nivel departamental los documentos citados previamente para el proceso de georeferenciación.

Desde el nivel IPS y municipal diligenciar el formato de georreferenciación explicitando las dosis de medicamentos dadas al usuario mientras se realiza ubicación del tratamiento. Se brinda recomendación a las IPS brindar al usuario máximo (8 dosis para continuidad en el nivel nacional), (30 dosis) para el nivel internacional previa explicación de su administración en número de tabletas, horario generar TDO virtual.

En caso de que el usuario viaje a nivel internacional se deberá contar con recopilación de la documentación ya citada y copia de soportes de tiquetes aéreos o terrestres donde se explicita fecha y hora de vuelo, aerolínea o empresa de transporte, así como la ciudad, lugar y teléfono de contacto en el país de destino a fin de facilitar el contacto por las autoridades sanitarias.

Paso 4. Recepción del nivel departamental distrital: Entidad departamental y distrital de residencia del usuario, realiza recepción de la documentación y realiza envío a la entidad departamental o distrital de destino. También a fin de facilitar los procesos de seguimiento al usuario y de gestión individual del riesgo se deberá enviar copia de formato de referenciación a la EAPB del usuario.

Paso 5. Departamento o distrito remite a municipio e IPS: El municipio de residencia y el prestador que recibe el usuario, deberá recibir la documentación y contactar telefónicamente al paciente para brindar continuidad al tratamiento, acorde a la modalidad de tratamiento previamente concertada con el usuario.

FLUJOGRAMA DE GEORREFERENCIACIÓN

A continuación, se describe por medio ruta en el proceso de georreferenciación.

Figura 1. Ruta de georreferenciación de usuarios con diagnóstico de TB.



Fuente: Elaboración propia.



RECOMENDACIONES

Se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones, para la georreferenciación de los casos:

- Se deberá realizar educación al usuario teniendo en cuenta anexos de la Resolución 227 de 2020, haciendo énfasis en la toma del tratamiento y continuidad dejando registro en historia clínica o acta.
- Realizar seguimiento del usuario por parte del prestador, entidad territorial identificando factores de riesgo o no adherencia que interfiera en la continuidad al tratamiento.
- Brindar educación a la persona y acudiente o familiar en torno de alentar la toma al tratamiento y buscar continuidad en el servicio de salud.
- Generar seguimiento telefónico en el usuario para constatar que se haya dado continuidad al tratamiento, cualquier novedad reportar a la entidad territorial, departamento, distrito, EAPB o incluso al Ministerio de Salud.
- Generar por parte de las EAPB procesos de información y educación al usuario frente a trámites administrativos como la portabilidad.
- En caso de referencia internacional, la documentación citada deberá ser remitida por el nivel departamental y distrital por vía electrónica al Ministerio de Salud y Protección Social, Programa Nacional de Tuberculosis ocruz@minsalud.gov.co y al Centro Nacional de Enlace correo cne@minsalud.gov.co
- Las dosis auto administradas deberán ser supervisadas mediante TDO virtual en lo posible, con apoyo familiar y/o comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 227 de 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.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis Colombia 2016-2025.
3. Organización Internacional para las Migraciones – Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Monitoreo y Evaluación, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.