



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud

**VICEMINISTERIO DE REDES DE SALUD COLECTIVA
DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
DIRECCION DE SALUD SEGURA
DIVISION DE SALUD RESPIRATORIA**

**NORMA OFICIAL VENEZOLANA
DEL PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO
DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

Manual para la Red de Atención Comunal 1er Nivel

Noviembre, 2.016

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA SALUD
VICEMINISTERIO DE REDES DE SALUD COLECTIVA
DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
DIRECCION DE SALUD SEGURA
DIVISION DE SALUD RESPIRATORIA**

**NORMA OFICIAL VENEZOLANA
DEL PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO
DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

Manual para la Red de Atención Comunal 1er Nivel

Noviembre, 2.016

DIRECTORIO

MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Dra. Luisana Melo

VICEMINISTRA DE REDES DE SALUD COLECTIVA

Dra. Tulia Hernández

DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

Lic. Freddy Mejía Guerra

DIRECTORA DE SALUD SEGURA

Dra. Deisy Matos

DIVISION DE SALUD RESPIRATORIA

Dra. Mercedes España C.

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Equipo Técnico

Dra. Mercedes España C.

Dr. Alexis Guilarte Ramírez

Dra. Andrea Maldonado

Dra. Thaggianna Reverand

Lcda. Carmen Ramirez

Lcdo. Luis Rojas

Lcda. Omaira Finol

COMITÉ DE REDACCIÓN

Dra. Mercedes España C.

Dr. Alexis Guilarte Ramírez

Dra. Andrea Maldonado

Lcda. Carmen Ramírez

AGENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS QUE PARTICIPO EN LA REVISION Y EDICION DEL DOCUMENTO

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Lcda. Soledad Pérez E.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DE LA NORMA
SOCIEDAD VENEZOLANA DE NEUMONOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX.

INDICE

Titulo.	Pagina
I.- DEFINICIONES DE TERMINOS.....	4
II.- INTRODUCCIÓN.....	9
III.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	10
IV.- ESTRATEGIAS	10
V- META	11
VI.- POBLACIÓN OBJETO.....	11
VII.- CAMPO DE APLICACIÓN DE LA NORMA.....	11
VIII.- ACTIVIDADES SEGÚN NIVEL DE ATENCION.....	11
IX.- DISPOSICIONES GENERALES.....	12
X.- PAUTAS Y PROCEDIMIENTOS.....	14
XI- CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.....	16
A) Vacunación BCG.....	16
B) Localización de casos.....	17
C) Tratamiento.....	19
D) Estudio de Contactos.....	31
E) TITBL - Quimioprofilaxis.....	31
F) Coinfección Tuberculosis – VIH.....	34
XII.- TUBERCULOSIS EN SITUACIONES ESPECIALES.....	35
XIII.- TUBERCULOSIS EN EL NIÑO.....	36
XIV.- SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION.....	38
XV.- BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS (Formatos del Sistema de Registro e Información).....	43

I.- DEFINICIONES DE TERMINOS

Para una mejor comprensión y utilización de estas Normas les sugerimos a los lectores, el conocimiento de estas Definiciones de Términos, lo que permitirá al personal de salud una aplicación adecuada de las Normas, Pautas y Procedimientos establecidos en el documento.

TUBERCULOSIS (TB)

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch (BK). Afecta preferiblemente a los pulmones originando la TUBERCULOSIS PULMONAR. Puede localizarse en otras partes del cuerpo como los ganglios, pleura, aparato génito-urinario, meninges y otros. Las formas graves son: la TUBERCULOSIS MILIAR (forma diseminada por vía hematogena) y la MENINGITIS TUBERCULOSA a las cuales los niños sin vacuna BCG son más susceptibles. El *Mycobacterium bovis* también puede producir enfermedad tuberculosa, especialmente al consumir leche de vaca no hervida ni pasteurizada, o vísceras provenientes de animales enfermos con tuberculosis.

DEFINICIONES DE CASO: TUBERCULOSIS.-

A. TUBERCULOSIS PULMONAR

1.- Tuberculosis Pulmonar con demostración bacteriológica. (Serie P)

1.1.- Tuberculosis Bacilífera.

Criterios: A) Dos baciloscopías positivas o B) una baciloscopía positiva y Radiografía y/o Tomografía Computarizada compatibles con el Diagnostico de Tuberculosis o C) una prueba diagnóstica rápida (Xpert MTB/RIF) positiva, y Radiografía o Tomografía Computarizada compatibles con el Diagnostico de Tuberculosis.

1.2.-Tuberculosis Pulmonar con cultivo positivo.

Criterios: A) Una baciloscopía negativa y 2 cultivos positivos, o B) Una baciloscopía negativa, un cultivo positivo, y Radiografía y/o Tomografía Computarizada compatibles con el Diagnostico de Tuberculosis.

B. TUBERCULOSIS PULMONAR SIN DEMOSTRACIÓN BACTERIOLÓGICA. (SERIE N)

Debe tener los siguientes tres criterios:

- a) Diagnóstico clínico y epidemiológico establecido por médico especialista.
- b) Baciloscopías y cultivo negativo (siempre se debe solicitar cultivo) o una prueba diagnóstica rápida (Xpert MTB/RIF) negativa.
- c) Radiografía y/o Procedimientos de Imagenología compatibles con el Diagnostico de Tuberculosis. (Puede tener estudio anatomopatológico)

C. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR (SERIE EP)

1.- Con demostración bacteriológica: directo o cultivo positivo, o una prueba diagnóstica rápida (Xpert MTB/RIF) positiva.

2.- Sin confirmación bacteriológica.

Debe tener por lo menos tres criterios:

- a) Diagnóstico clínico y epidemiológico establecido por médico especialista acorde con la localización.
- b) Cultivo negativo o una prueba diagnóstica rápida (Xpert MTB/RIF) negativa, de la muestra tomada según localización extrapulmonar.

- c) Radiografía y/o Procedimientos de Imagenología compatibles con el Diagnóstico de Tuberculosis.
- d) Puede tener estudio anatomopatológico

BACILOSCOPIA DE ESPUTO:

Es la técnica de elección para el diagnóstico rápido de la tuberculosis, es el examen microscópico directo de una muestra de esputo, que determina la presencia de Bacilos Acido-Alcohol Resistentes.

BAAR

Bacilos Acido Alcohol Resistentes: bacterias en formas de bastón que no pierden el colorante cuando se exponen al ácido y alcohol después de la tinción.

BIOSEGURIDAD:

Conjunto de medidas preventivas que deben cumplirse en los establecimientos de salud destinadas a proteger la salud de los trabajadores y la comunidad frente a riesgos por agentes biológicos, químicos y físicos.

CASO NUEVO

Enfermo que reúne las condiciones de "CASO DE TUBERCULOSIS", que no ha recibido tratamiento antituberculoso anteriormente.

CONTACTO INTRADOMICILIARIO

Es toda persona que conviva con un enfermo de tuberculosis.

CURACION

- A) Paciente con diagnóstico de TB Pulmonar baciloscopía positiva, que al final del tratamiento (cumplimiento de 100% de las tomas programadas) la baciloscopía es negativa.
- B) Paciente con TB Pulmonar con baciloscopía negativa, cultivo positivo o negativo: que al final del tratamiento (más del 90% de cumplimiento de las dosis programadas) la baciloscopía es negativa y no se demuestra, por métodos habituales (clínico-radiológicos) indicios de lesiones activas.
- C) Paciente con TB Extra pulmonar: que al final del tratamiento (más del 90% de cumplimiento de las dosis programadas) no se demuestra, por métodos habituales (clínico-radiológicos) indicios de lesiones activas

BACILIFERO

Paciente con tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (Si tiene solo cultivo positivo no es bacilífero) o una prueba diagnóstica rápida (Xpert MTB/RIF) positiva.

BCG – Bacilo de Calmette-Guerin

Vacuna de bacilos vivos atenuados liofilizados. Su principal acción es proteger contra las formas graves de TB diseminadas (miliar) y la meningitis tuberculosa, en niños vacunados al nacer.

COHORTE DE CASOS:

Es un estudio longitudinal de observación (prospectivo) diseñado para evaluar la eficacia del tratamiento antituberculoso y la eficiencia de los servicios que lo administran. Debe evaluarse en todos los niveles de ejecución del programa de control (Ver sistema de registro).

FRACASO DE TRATAMIENTO

Paciente que no responde al tratamiento inicial (Régimen N° 1), manteniendo una baciloscopia positiva al 5° mes o al final del tratamiento. Casi siempre suele haber una resistencia a fármacos antituberculosos como causante de los mismos. ESTOS PACIENTES DEBEN SER REPORTADOS CON INFORME COMPLETO LO MAS PRONTO POSIBLE, A TRAVÉS DE LA COORDINACION ESTADAL, AL COMITÉ NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA CON SEDE EN EL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS PARA SUGERENCIAS TERAPEUTICAS Y DECISIONES OPERATIVAS CONCERNIENTES AL CASO.

INASISTENTE AL TRATAMIENTO

No concurre al servicio a recibir medicamentos según lo programado. A las 3 inasistencias sucesivas a la toma de medicamentos se visitará al enfermo en domicilio.

INFECCION TUBERCULOSA LATENTE (ITBL)

Se define la Infección Tuberculosa Latente como un estado de respuesta inmunitaria persistente a antígenos de *Mycobacterium tuberculosis* adquiridos con anterioridad que no se acompaña de manifestaciones clínicas de TB activa.

PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO

Paciente que por un lapso consecutivo de 30 días no acude al establecimiento de salud a recibir el tratamiento anti-tuberculoso.

PPD

Derivado proteínico purificado de bacilos de la tuberculosis, el cual administrado por vía intradérmica determina una reacción local que indica infección por micobacterias. La "prueba" del PPD o Tuberculina es un examen para detectar infección por tuberculosis en personas no vacunadas con BCG. **No indica enfermedad activa.** Se administra mediante la Técnica de Mantoux con jeringa de tuberculina a una dosis de 0,1 ml por vía intradérmica, a nivel del antebrazo izquierdo. Se lee la induración a las 72 horas. Solo debe ser aplicada por personal calificado.

QUIMIOPROFILAXIS

Es la administración de un fármaco, en este caso Isoniacida por un periodo de 9 meses para prevenir el desarrollo de la enfermedad tuberculosa. Más recientemente se le conoce con el nombre de Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (**TITBL**). Ver página 32

RECAIDA O RECIDIVA

Paciente con Tuberculosis Pulmonar que terminó su tratamiento normado completo, con bacteriología negativa al final de tratamiento (egresado por curación) y que posteriormente

presenta 2 baciloscopías positivas o cultivo positivo. Se pedirá CULTIVO, IDENTIFICACION Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD y se reinicia el REGIMEN N° 1. En el caso de las extrapulmonares los criterios son de la reactivación clínica diagnosticada por el especialista, y/o con confirmación bacteriológica o anatomopatológica. Las recaídas deberán ser notificadas mediante la " FICHA EPIDEMIOLOGICA".

RECUPERACIÓN DE PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO

Paciente que reingresa al tratamiento luego de pérdida de seguimiento durante el tratamiento.

SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR)

Todo consultante de primera vez, de 15 años o más de edad, que consulta por cualquier causa en un establecimiento de salud y al interrogatorio dirigido manifiesta presentar: tos, expectoración y/o hemoptisis de 2 o más semanas de evolución.

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO (SRI)

Persona consultante, a la cual se le realizó interrogatorio y reúne los criterios de sintomático respiratorio, el cual debe registrarse como tal y solicitarle 2 baciloscopías de esputo. La primera muestra será recolectada en el momento que se identifique al paciente como sintomático respiratorio durante la primera consulta y la segunda muestra al siguiente día.

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO EXAMINADO (SRE)

Sintomático respiratorio identificado al que por lo menos se le ha realizado una baciloscopía para diagnóstico cualquiera sea su resultado.

TRANSFERENCIA

Condición de egreso de un paciente tuberculoso que es referido para continuar tratamiento en otro estado u otro país. (Ver página 39)

TRATAMIENTO SUPERVISADO

Componente de la estrategia TAES, que implica la administración de los Medicamentos Antituberculosos mediante la Supervisión Directa, observando que el paciente tome adecuadamente TODOS los medicamentos indicados, cualquiera sea su esquema, sea ambulatorio u hospitalizado. **Las personas que supervisan el tratamiento en los casos ambulatorios pueden ser: 1. Personal de Salud, 2. Voluntarios de Salud debidamente capacitados, 3. Maestros, 4. Personal de salud del servicio médico de las empresas, 5. Cualquier persona voluntaria debidamente capacitada.** Es necesario a su vez el seguimiento y supervisión de las personas que supervisan el tratamiento. NO es recomendable que los familiares supervisen el tratamiento

TAES (ESTRATEGIA)

Siglas en español de DOTS, estrategia internacional para el control de la Tuberculosis; TAES no es solo sinónimo de tratamiento supervisado, sino que se trata de una estrategia con elementos claves en su implementación:

1. Voluntad política (TB es una prioridad)
2. Capacidad de diagnóstico bacteriológico (baciloscopía)
3. Suministro regular de medicamentos e insumos (gratis y para todos los pacientes)
4. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
5. Capacitación y supervisión (continua)
6. Sistema de registro - Monitoreo – Evaluación del Tratamiento.
7. Participación Comunitaria con Información, Educación y Comunicación para la Comunidad

TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE

Es un caso de Tuberculosis (generalmente pulmonar) que expulsa bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosos. Debe ser evaluado por especialista bajo hospitalización.

TUBERCULOSIS MULTIRESISTENTE O MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR)

Los bacilos multirresistentes son simultáneamente resistentes a los dos medicamentos antituberculosos más importantes: Isoniacida y Rifampicina, Esta puede presentarse asociada a resistencias a otros medicamentos antituberculosos, es actualmente una de las formas más graves de resistencia bacteriana y plantea un problema importante a los programas de control de la Tuberculosis. Debe ser evaluado por el médico neumonólogo.

ESTOS PACIENTES DEBEN SER REPORTADOS A TRAVES DE LA COORDINACION ESTADAL, CON INFORME COMPLETO AL COMITÉ NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA CON SEDE EN EL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS PARA SUGERENCIAS TERAPEUTICAS Y DECISIONES OPERATIVAS CONCERNIENTES AL CASO.

TUBERCULOSIS EXTENSAMENTE RESISTENTE (TB-XDR)

Es una TB-MDR que además es resistente a las fluoroquinolonas y al menos a uno de los inyectables de segunda línea (Kanamicina, Amikacina o Capreomicina).

VIH

Virus de la inmunodeficiencia humana

VIH positivo

Persona que tiene prueba serológica de laboratorio que demuestra la presencia de anticuerpos contra el VIH.

Xpert MTB/RIF

PRUEBA DIAGNOSTICA RAPIDA Se refiere a la metodología actual disponible que emplea una tecnología automatizada de amplificación de ácidos nucleicos en tiempo real para una detección rápida y simultánea de TB y de resistencia a la Rifampicina.

II.- INTRODUCCION

La tuberculosis (TB) es la enfermedad infecciosa, causada por agente único, que produce mayor cantidad de muertes en humanos. Desde la antigüedad se conoce que la tuberculosis está asociada a: la pobreza, desigualdades e inequidades sociales presentes en las diversas poblaciones. En la actualidad esta enfermedad no solo es un problema de salud de los países pobres, también se afectan las comunidades pobres de los países ricos. Factores de riesgo como la desnutrición, la diabetes, el tabaquismo, la silicosis, el consumo indebido de alcohol y drogas, dificultan su control. La pandemia del VIH, la aparición de bacilos resistentes a los medicamentos esenciales en el tratamiento de la tuberculosis y la movilidad de las poblaciones son desafíos importantes para el control de la tuberculosis en nuestros países.

Para abordar estos retos se hace imprescindible esfuerzos multisectoriales e inter-programáticos, así como la integración de todos establecimientos del sector salud al Programa Nacional de Tuberculosis, la incorporación de las comunidades y organizaciones de la sociedad civil en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud

Necesitamos:

- 1.- Seguir ampliando y fortaleciendo la capacidad de la red de diagnóstico para lograr el acceso universal al diagnóstico temprano y exacto en todos los niveles de atención, pero sobretodo en el Primer Nivel.
- 2.- Optimizar el tratamiento, lograr que sea oportuno y supervisado en todos los casos para alcanzar la curación de los enfermos, reducir la PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO , prevenir la farmacorresistencia y evitar las defunciones.
- 3.- Contar con amplia participación social, la cual debe hacerse de forma organizada: en la identificación de problemas y en la elaboración o construcción de estrategias para solventarlos

Esperamos que esta guía práctica contentiva de las Normas, Pautas y Procedimientos del Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis proporcione a las personas que trabajan en el Primer Nivel de Atención la información requerida para organizar, aplicar y ejecutar las Acciones Básicas de Control, con alto nivel de calidad, donde el apoyo y el respeto por los enfermos sea una prioridad y la comunicación sea efectiva.

La edición de este documento se realizó con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

III.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo General

Reducir el riesgo anual de infección, mediante la disminución de las fuentes de infección tuberculosa en la comunidad, incrementando la pesquisa de casos, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, logrando al final la disminución de la incidencia y mortalidad por tuberculosis.

Objetivos Específicos

- Detectar precozmente, a los tuberculosos bacilíferos, tuberculosos no bacilíferos, a los infectados y la coinfección VIH-Tuberculosis.
- Tratar adecuadamente, a los tuberculosos bacilíferos, tuberculosos no bacilíferos, a los infectados y la coinfección VIH-Tuberculosis.
- Proteger a los grupos de alto riesgo de contraer la infección o la enfermedad.
- Proteger a los niños de 0 a 14 años, de las formas graves de tuberculosis.
- Disminuir la Tasa de Mortalidad por Meningitis Tuberculosa en niños de 0 a 4 años.
- Curar los casos que inician tratamiento.
- Realizar la vigilancia rutinaria de la resistencia a fármacos antituberculosos, prevenir el desarrollo de las TB resistentes y realizar el diagnóstico y tratamiento precoz en los mismos.

IV.- ESTRATEGIAS

- Promoción de la Salud, Educación Sanitaria y Participación comunitaria en Tuberculosis. Educación para la salud a los pacientes para prevenir la PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO y a los familiares para que participen en el proceso del tratamiento del paciente y colaboren en la investigación de contactos.
- Vacunación BCG a los Recién Nacidos, antes de su egreso del establecimiento de salud o en su primer control post-parto.
- Búsqueda activa de los Sintomáticos Respiratorios, mediante el interrogatorio a los Consultantes de 15 años y más, de los servicios generales de salud.
- Examen baciloscópico, de dos muestras de esputo, a los Sintomáticos Respiratorios Identificados de 15 años y más, en las consultas generales.
- Tratamiento, de todos los casos nuevos de tuberculosis, con esquemas de corta duración, totalmente supervisado, ambulatorio y gratuito.
- Tratamiento, de todos los casos de tuberculosis, totalmente supervisado, y gratuito
- Investigación de los contactos de todo caso de tuberculosis, especialmente el grupo familiar que convive con el paciente.
- Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITBL) o Quimioprofilaxis, a contactos menores de 15 años según algoritmo, a pacientes con alto riesgo: Cáncer, inmunosuprimidos, trasplantados, etc. y pacientes coinfectados VIH-TB.
- Integración de las actividades de control de la tuberculosis, en todos los establecimientos de salud con capacitación y adiestramiento continuo al personal.
- Investigaciones operacionales para la actualización de parámetros de programación y verificación de medidas estandarizadas y simplificadas.
- Coordinación interprogramática con otros Programas de Salud: VIH/SIDA, PAI

V.-META:

Detectar anualmente el 80% de los casos TB bacilíferos

Curar anualmente el 95% de los casos TB bacilíferos que inician tratamiento (TAES)

Reducir la tasa de mortalidad en un 5% anual

VI.- POBLACION OBJETO

Toda la población del país, para promoción y educación con acciones específicas para:

a.- Vacunación BCG: Población de 0 a 7 años.

b.- Localización de Casos:

- Población consultante de 15 años y más,
- Casos VIH/SIDA,
- Contactos.

c.- Quimioprolifaxis (TITBL): Todas las edades según condición clínica y Contactos menores de 15 años

d.- Tratamiento TOTALMENTE SUPERVISADO: para toda persona, que sea diagnosticada como Caso de Tuberculosis, de acuerdo a lo establecido en estas normas.

VII.- CAMPO DE APLICACION DE LA NORMA

Esta Norma Nacional de cumplimiento obligatorio y diseñada en los aspectos técnicos, clínicos, paraclínicos y administrativos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, sustentan las decisiones y acciones a nivel Estatal, Distrital/Municipal y Local en cada establecimiento de salud, público y privado, de todo el país, dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad por esta causa. Los establecimientos de salud deberán investigar todos los casos de tuberculosis, cumpliendo como mínimo lo establecido en esta norma nacional.

VIII.- ACTIVIDADES SEGÚN EL NIVEL DE ATENCION.**NIVEL LOCAL NEJECUTOR**

A este nivel corresponde la ejecución del programa, conformado por los establecimientos de salud y los órganos representativos de la comunidad. Es el nivel básico y fundamental para la ejecución del programa.

Los establecimientos de salud; a efecto del Programa de Tuberculosis estarán clasificados en tres niveles de atención según su complejidad:

- a). -Mínima complejidad PRIMER NIVEL DE ATENCION-RED DE ATENCION COMUNAL
- b). -Mediana complejidad – SEGUNDO NIVEL DE ATENCION
- c). -Alta complejidad – TERCER NIVEL DE ATENCION

PRIMER NIVEL DE ATENCION - RED DE ATENCION COMUNAL

Consultorios Populares Tipo 1, 2 y 3, (Ambulatorios Urbanos tipo I y II, Ambulatorios Rurales tipo I y II, Centros de Atención Integral, etc.) y **Centros de Diagnóstico Integral**.

Características:

Con o sin laboratorio para realizar baciloscopía, en el caso de los Centros de Diagnóstico Integral deben tener laboratorio para realizar baciloscopia.

Con o sin médico permanente

Actividades a realizar:

- Localización de casos:
 - Identificación del “sintomático respiratorio”
 - Toma de muestra de esputo, su almacenamiento y envío al Laboratorio de Referencia través de la “Red de Bacteriología de la Tuberculosis”. Si no es factible el envío de muestras se elaborará el extendido en lámina.
- Registro, investigación y tratamiento de contactos
- Tratamiento supervisado de casos
- Visita domiciliaria
- Vacunación BCG
- Referencia de pacientes al nivel superior para su evaluación, cuando sea necesario.
- Educación en Salud
- Establecer conjuntamente con el Equipo Coordinador del Programa y del ASIC o Distrito las metas y actividades, calculando los recursos necesarios para su ejecución.
- Participación en investigaciones
- Registro y envío de información al Nivel ASIC o Distrital/Municipal.

IX.- DISPOSICIONES GENERALES

- La medida preventiva más efectiva es evitar el contagio, esto se hace eliminando las fuentes de infección que se encuentran en el hogar y la comunidad, a través del diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y completo de los pacientes con tuberculosis pulmonar bacilífera.
- La población general debe estar informada sobre:
 - Estilos de vida saludables
 - Los beneficios de habitar en ambientes bien ventilados, que reciban la luz solar
 - La tos y expectoración pueden ser síntomas de enfermedad y cuando se tienen síntomas respiratorios duraderos se debe ir a consulta
 - Que la tuberculosis se transmite por vía aérea y de persona a persona.
- Todo recién nacido sano debe ser vacunado con BCG
- A toda persona de 15 años y más de edad que consulte por cualquier causa, deberá preguntársele si tiene tos y expectoración o hemoptisis. si presenta estos síntomas desde hace dos semanas o más, será considerado un SINTOMÁTICO RESPIRATORIO.
- Toda persona considerada como un Sintomático Respiratorio, debe registrarse como tal, y tomarle 2 muestras de esputo para examen de BK.

- Todas las personas que reúnan los criterios de Caso establecidos por la Norma Nacional, deberán iniciar el tratamiento lo más pronto posible.
- Todas las personas que inicien tratamiento antituberculoso, lo harán bajo los esquemas normados.
- Los esquemas normados para el tratamiento de la tuberculosis son: REGIMEN N° 1; para pacientes nuevos, recaídas y recuperación de PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO, de 15 años y más, REGIMEN N° 2; para personas menores de 15 años y REGIMEN N° 3; Retratamiento en casos de fracaso de tratamiento.
- A todo enfermo de tuberculosis y a su familia se le debe educar sobre las medidas higiénicas, a seguir en el hogar.
- A todo paciente con tuberculosis debe realizársele la prueba del VIH y a todo paciente con serología VIH positivo se le debe investigar tuberculosis. Los fines de estas pruebas son epidemiológicos, sus resultados deben ser utilizados solamente para información y medidas terapéuticas, en beneficio del paciente y para llenar, las hojas de notificación correspondientes, las cuales son confidenciales.
- Todos los contactos de un caso de tuberculosis deben ser evaluados para determinar la conducta específica a seguir.
- Todo caso de tuberculosis deber ser NOTIFICADO y al terminar el tratamiento se debe llenar el INFORME FINAL DE TRATAMIENTO
- Las Meningitis Tuberculosas, las complicaciones de la Vacuna BCG y las Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos deben ser notificadas en los formatos específicos establecidos.
- Las actividades de baciloscopías y cultivo para diagnóstico y control; y la administración del tratamiento, son indispensables para el programa y la salud de la población y no deben ser interrumpidas bajo ningún concepto ya que se consideran emergencias epidemiológicas.
- Se realizará evaluación por especialista. Cuando existan condiciones asociadas como:
 - 1) VIH
 - 2) Hepatitis
 - 3) Tratamiento con Inmunosupresores
 - 4) Insuficiencia renal
 - 5) Diabetes
 - 6) Embarazo
 - 7) Enfermedad tuberculosa grave
 - 8) Silicosis
 - 9) Micobacterias No Tuberculosas
 - 10) Paciente con Trasplante
 - 11) Paciente con Farmacorresistencia
 - 12) Tratamientos con anti-TNF

X.- PAUTAS Y PROCEDIMIENTOS

SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Produce en general tos con expectoración, fiebre, sudoración, pérdida de peso, cansancio y debilidad general. El esputo a veces presenta sangre.

FORMA DE CONTAGIO

Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar bacilífera, sin tratamiento, tose o estornuda, expulsa los bacilos de la tuberculosis en las gotas de saliva. Estas se secan en el aire y pueden ser aspiradas por las personas que rodean al enfermo. Los lugares mal ventilados y con poca luz natural favorecen la transmisión. Esta persona recién infectada puede desarrollar la enfermedad en ese momento, o bien permanecer sin síntomas por años, y cuando las defensas bajan, los bacilos comienzan a multiplicarse y dan origen a la enfermedad. Cuanto más sea la cantidad de bacilos expulsados y mayor el tiempo de exposición, la probabilidad de infección aumentará. Los contactos intradomiciliarios de enfermos bacilíferos serán los de mayor riesgo.

FACTORES PREDISPONENTES PARA DESARROLLAR ENFERMEDAD TUBERCULOSA:

- Personas en condición de exclusión social, desnutrición, VIH positivas, diabetes mellitus, silicosis, cáncer, insuficiencia o trasplante renal.
- Toda condición con severa depresión de la inmunidad celular
- Tratamientos con anti TNF α
- Algunos tratamientos con inmunosupresores
- Abuso/dependencia de sustancias adictivas: Tabaquismo, drogadicción y alcoholismo

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN EN EL HOGAR

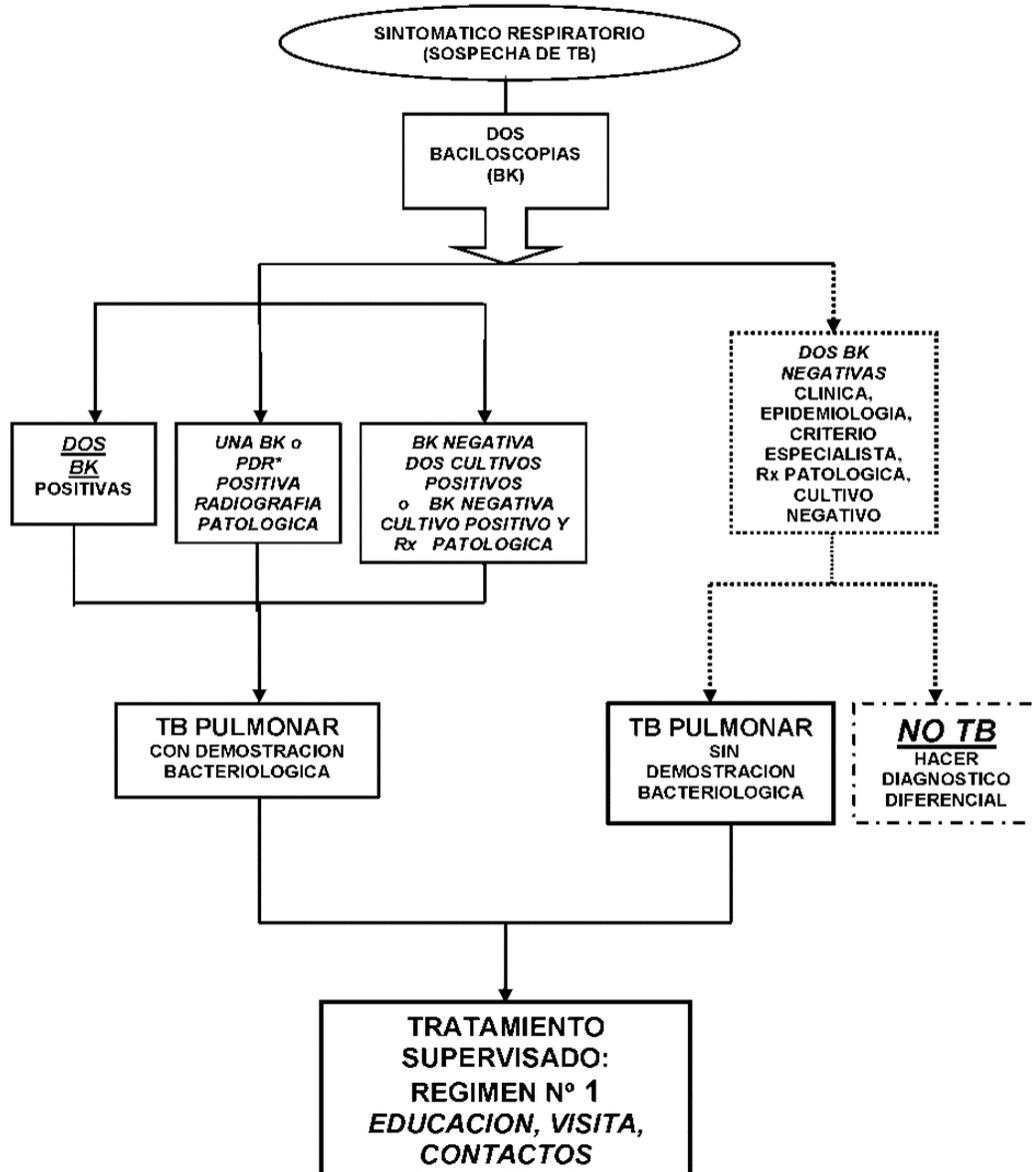
Para evitar el contagio y lograr la curación, el enfermo debe tomar el tratamiento normado y supervisado, a las dos semanas de recibir el tratamiento si el paciente evoluciona favorablemente deja de ser un riesgo para los contactos.

Se recomendará al enfermo y su familia:

1. Al toser y estornudar, cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo, una servilleta de papel o una mascarilla, al descartarla debe hacerlo en un recipiente y rociarla con abundante desinfectante (cloro o creolina) antes de ser desechadas. No se debe escupir en el piso
2. Mantener en lo posible las habitaciones de las casas bien ventiladas e iluminadas con luz solar.

El proceso de Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar en Personas de 15 años y más, se establece en el algoritmo siguiente:

DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR



*PDR: PRUEBA DIAGNÓSTICA RÁPIDA

XI.- CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (ACCIONES BASICAS DEL PROGRAMA)

A) VACUNACIÓN BCG (PARA AMPLIAR INFORMACION REVISAR LAS NORMAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES)

Se aplica a:

- 1.- Todo niño recién nacido a término, sano ANTES DE SU EGRESO DE LA MATERNIDAD, de cualquier establecimiento público o privado.
- 2.- Cualquier niño (menor de 7 años), que no tenga cicatriz de vacuna BCG previa, que esté sano y no sea contacto de un tuberculoso (para niños contacto ver “Estudio de Contactos”)

Preparación:

Debe ser reconstituida en su diluyente, la solución debe ser usada en las primeras 5 horas luego de su preparación. Será protegida de la luz solar directa e indirecta, así como mantenida constantemente en nevera o termos con hielo (4° a 8° C).

Dosis: 0,05 ml para recién nacidos y 0,1 ml menores de 1 año y más de edad,, por vía intradérmica, a nivel de la inserción inferior del músculo deltoides del brazo derecho. Para su aplicación es indispensable la jeringa descartable con escala adecuada para aplicación de tuberculina. Si se inyecta mayor cantidad a 0,1 ml o la aplicación se realiza vía subcutánea, aumenta la probabilidad de complicaciones.

Evolución de la vacuna:

La vacuna BCG es una de las más seguras, la posibilidad de una reacción local va a depender de la cepa, dosis, edad, y de la técnica de aplicación de la vacuna.

En el sitio de la vacuna se produce una elevación de la piel de 5 a 15 mm que aumenta en los minutos siguientes para formar una pápula y desaparece a las 24 a 48 horas. Generalmente entre la segunda y cuarta semana aparece un nódulo del tamaño de una lenteja, que aumenta de tamaño lentamente, se enrojece, se reblandece y puede emanar algunos días o semanas una pequeña cantidad de pus y formando una ulcera, la cual sellara espontáneamente en pocas semanas quedando cubierta por una costra, que se desprende en el momento oportuno. Todo el proceso termina entre las 6 y 12 semanas dejando una cicatriz de 4 a 8 mm de diámetro. Esta cicatriz puede estar ausente en el 10% de los vacunados sin que esto corresponda a una falta de protección.

Concomitantemente con esta evolución aparece una adenopatía de localización axilar, no mayor a 4 cm, en la mayoría de los casos.

Precaución:

Previo a la vacunación pedir la opinión al Médico Especialista, en caso de: Recién nacido prematuro, enfermedades congénitas, trauma obstétrico, deficiencias del sistema inmunitario, tratamiento con inmunosupresores o corticoesteroides, enfermedad grave o febril, enfermedades de la piel extensas, Recién Nacido de madre VIH positiva.

Complicaciones:

Son poco frecuentes. El aumento de tamaño de los ganglios axilares mayor a 4 cm, con o sin supuración, es el evento colateral más común. Si se presenta debe referirse el caso al especialista. Una de las complicaciones más graves pero infrecuente, es la diseminación sistémica del Bacilo de Calmette y Guérin (llamada Becegeftis), ocurre sobretodo en niños con profundas alteraciones de la inmunidad celular. Las complicaciones de vacuna BCG (cualquiera que sea) deben ser notificadas.

B) LOCALIZACIÓN DE CASOS

IDENTIFICACIÓN DEL SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR)

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

Es todo consultante de primera vez, de 15 años o más de edad, que consulta por cualquier causa en un establecimiento de salud y al interrogatorio dirigido manifiesta presentar : tos, expectoración y/o hemoptisis de 2 o más semanas de evolución.

A toda persona de 15 años o más, de edad, que consulta por cualquier causa, debe preguntársele si tiene tos y expectoración o hemoptisis. Si presenta estos síntomas desde hace 2 semanas o más, será considerado un sospechoso de TUBERCULOSIS y debe ser IDENTIFICADO como un SINTOMÁTICO RESPIRATORIO debiendo registrarse como tal y hacerle 2 exámenes de esputo.

EL PERSONAL DE SALUD (ENFERMERAS, MEDICOS, AUXILIARES U OTRO FUNCIONARIO CAPACITADO PARA ELLO) DEBE REALIZAR UN INTERROGATORIO SISTEMATICO A TODOS LOS CONSULTANTES DE 15 AÑOS Y MAS, DE TAL FORMA QUE IDENTIFIQUE A LOS SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS, REALIZANDO EL REGISTRO CORRESPONDIENTE EN EL FORMATO DEL SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y SOLICITÁNDOLE DOS MUESTRAS DE ESPUTO

CALIDAD Y CANTIDAD DE LA MUESTRA DE ESPUTO:

Para que la muestra de expectoración sea buena, debe proceder de los bronquios y no ser moco de la nariz, garganta o únicamente saliva, la cantidad de la muestra debe ser suficiente, no se debe llenar más de la mitad de la capacidad del envase, porque será más difícil seleccionar la partícula útil que se va a examinar.

MOMENTO DE RECOLECCION

La primera muestra será recolectada en el momento que se identifique al paciente como Sintomático Respiratorio durante la primera consulta. Para ello el personal de salud (Enfermeras, Médicos, Auxiliares o cualquier personal capacitado), deberá:

- Entregar el envase de esputo al enfermo colocando: 1) nombre completo, 2) si es primera o segunda muestra de diagnóstico, o si es muestra de control, y 3) fecha de toma de la muestra, en las paredes del mismo.
- Se llenarán completa y correctamente las boletas de “Solicitud de Examen Bacteriológico”, por duplicado.
- Indicar al sintomático respiratorio que se dirija al lugar establecido para la toma de muestras, en caso de estar en un ambiente al descubierto se colocara de espaldas al viento.
- Se le explicará al paciente las etapas que debe seguir para la obtención natural del esputo que son:
 1. Inspirar profunda y lentamente
 2. Una vez retenido el aire por unos instantes, expulsarlo violentamente hacia afuera en un esfuerzo de tos,
 3. Echando la “flema” o “gargajo” dentro del envase de plástico destinado para tal fin.

4. Repetir tres veces el mismo procedimiento para obtener una cantidad adecuada de muestra.

- Obtenida la muestra, verificar que sea realmente flema, así como cantidad suficiente, en caso de que sea saliva se le explicará al paciente nuevamente el proceso, si el paciente no puede expectorar flema se procesara la saliva, y se le notificara al médico para que evalúe si es necesario otro procedimiento para la obtención de esputo.
- Asegurar adecuadamente la tapa del envase.

La segunda muestra será recolectada por el paciente en su casa al despertarse en la mañana, en ayunas y sin lavarse la boca.

PASOS A REALIZAR PARA LA TOMA DE MUESTRA

PRIMER DIA DE CONSULTA	PRIMERA MUESTRA	<ul style="list-style-type: none"> • EL PACIENTE DEJA LA MUESTRA OBTENIDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD • EN ESE MOMENTO TAMBIEN SE LE ENTREGA EL ENVASE PARA LA SEGUNDA MUESTRA. QUE DEBERA RECOGER EN SU CASA A PRIMERA HORA DE LA MAÑANA DEL DIA SIGUIENTE
DIA SIGUIENTE	SEGUNDA MUESTRA	<ul style="list-style-type: none"> • EL PACIENTE LLEVA O ENVIA CON UN FAMILIAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LA MUESTRA OBTENIDA EN LA MAÑANA DE ESE DIA

• Calidad de la muestra:

Una buena muestra de esputo es la que proviene del árbol bronquial, recogida después de un esfuerzo de tos y no la que se obtiene exclusivamente de la faringe o por aspiración de secreciones nasales o saliva. Para lo cual el personal de enfermería o el médico deben dar las instrucciones adecuadas al paciente sobre la recolección de la muestra.

• Almacenamiento

Enviar la muestra lo antes posible para su procesamiento, si no puede ser transportada al momento, se guardará en nevera por un máximo de 4 días para baciloscopía y 2 días para cultivo. Si no hay nevera se guardará en un lugar fresco y protegido de la luz por un máximo de 48 horas. Cuando no se pueda enviar la muestra dentro de estos lapsos por estar los establecimientos ubicados en áreas dispersas, que no cuenten con medios de transporte, deberán elaborar los extendidos el mismo día de su recolección, el extendido de la lámina será elaborado por el personal auxiliar de salud, previamente capacitados por el Bioanalista (Si la muestra va a ser procesada solo por baciloscopía y se deba conservar por algunos días, se le puede agregar 1ml de fenol, lisol, cresol al 5% o hipoclorito de sodio al 2% (cloro industrial).

• Transporte de la muestra

Debe elegirse el medio de transporte que garantice mayor rapidez y confianza de entrega. Las muestras deben protegerse del excesivo calor y de la luz solar.

Los envases de esputo estarán bien cerrados (si es necesario se sellarán con adhesivo o tirro) y enviados en cajas de metal u otro material que pueda ser desinfectado o también en cajas de cartón grueso u otro material desechable, colocados de tal forma que no se volteen. Los envases deberán estar bien identificados con el nombre del paciente en sus paredes.

Se enviarán también las boletas de “Solicitud de Examen Bacteriológico Directo” correctamente llenadas. Se verificará que la dirección de destino sea correcta.

- Recepción de la muestra por parte del Laboratorio

Las muestras serán llevadas al laboratorio por el personal de salud asignado, quien las recibe de las consultas de los sintomáticos respiratorios o casos en tratamiento.

A FIN DE HACER VIGILANCIA RUTINARIA DE LA RESISTENCIA A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS SE DEBE SOLICITAR CULTIVO Y PRUEBA DE SENSIBILIDAD A TODO: CONTACTO DE TB-MDR, PERSONA CON COINFECCIÓN TB-VIH, PERSONA DIABETICA, INMIGRANTE, PRIVADO DE LIBERTAD, RECAIDAS, FRACASOS DE TRATAMIENTO, SOSPECHAS DE TB RESISTENTE Y TRABAJADOR DE SALUD CON TB

C.- TRATAMIENTO

Al diagnosticar un caso de tuberculosis debe iniciarse el tratamiento totalmente supervisado lo más pronto posible, es decir, el enfermo recibirá los medicamentos bajo observación directa del personal de salud del establecimiento, una vez al día y de forma simultánea. El tratamiento debe ser descentralizado, lo más cercano posible a la residencia o trabajo del paciente.

Si el paciente está hospitalizado en la fase intensiva, el tratamiento debe recibirlo los siete días de la semana.

Para garantizar el tratamiento supervisado es necesario adecuar la atención en salud a las necesidades de los pacientes y no a las necesidades del servicio, por lo tanto una de las características del tratamiento supervisado efectivo es también la flexibilidad.

La comunicación con el paciente y su familia es fundamental: para aclarar dudas, asegurar su cooperación durante el tratamiento y evitar la inasistencia y la PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO.

Para cada caso que inicie tratamiento debe llenarse la Ficha Epidemiológica y la Tarjeta de Tratamiento, y debe realizarse la prueba de VIH.

Para cada caso que finalice el tratamiento bien sea por curación o fracaso, PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO, muerte o si es transferido debe llenarse el Informe Final de Evaluación de Tratamiento

MODALIDADES DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO SUPERVISADO:

- 1. AMBULATORIA DE LUNES A VIERNES:** El paciente acude al establecimiento de salud para recibir la medicación de Lunes a Viernes en la Fase Intensiva, y los Lunes, Miércoles y Viernes en la Fase de Mantenimiento, el personal de salud observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos al final de la mañana o en la tarde).
- 2. HOSPITALIZADO DE LUNES A DOMINGO:** El paciente hospitalizado recibe la medicación de Lunes a Domingo en la Fase Intensiva, y los Lunes, Miércoles y Viernes en la Fase de Mantenimiento, (Lunes a Viernes en el caso del Esquema 3) el personal de salud observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos en la tarde).

3. **DOMICILIARIA DE LUNES A VIERNES:** El paciente recibe la visita del Personal de Salud de los Consultorios Populares o Ambulatorios, para recibir la medicación de Lunes a Viernes en la Fase Intensiva, y los Lunes, Miércoles y Viernes en la Fase de Mantenimiento, el personal de salud observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos al final de la mañana o en la tarde).
4. **POR VOLUNTARIOS DE SALUD DE LUNES A VIERNES:** El paciente recibe la visita del Voluntario de Salud de la Comunidad, previamente capacitado para recibir la medicación de Lunes a Viernes en la Fase Intensiva, y los Lunes, Miércoles y Viernes en la Fase de Mantenimiento, el voluntario observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos al final de la mañana ó en la tarde). Estas personas voluntarias son supervisadas y monitoreadas semanalmente, por el Personal de Salud de los Consultorios Populares o Ambulatorios.
5. **EN LOS PRIVADOS DE LIBERTAD:** El paciente recibe la medicación por el Personal de Salud, o Personal de los Centros Penitenciarios de Lunes a Viernes en la Fase Intensiva, y los Lunes, Miércoles y Viernes en la Fase de Mantenimiento, el personal observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos al final de la mañana o en la tarde).
6. **EN EL CASO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS RESISTENTE:** La supervisión deberá ser diaria durante la duración de todo el tratamiento (mínimo 21 meses) según las indicaciones realizadas y monitoreadas por las coordinaciones Estadales de tuberculosis, utilizando cualquiera de las modalidades expuestas anteriormente.

SE RECOMIENDA EVALUACIÓN POR ESPECIALISTA CUANDO EXISTA UNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN ASOCIADA TAL COMO: VIH, HEPATITIS, TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES, INSUFICIENCIA RENAL, DIABETES DESCOMPENSADA, PACIENTE CON TRANSPLANTE, ENFERMEDAD TUBERCULOSA GRAVE, EMBARAZO, MICOBACTERIOSIS.

No debe iniciarse el tratamiento a una mujer embarazada ni a un enfermo de tuberculosis con hepatitis sin antes ser evaluados por el médico especialista.

En poblaciones indígenas y rurales dispersas, o en poblaciones urbanas, personas voluntarias previamente capacitadas y supervisadas podrán administrar tratamiento supervisado, queda entendido que el monitoreo y control de estas actividades será plena responsabilidad del equipo de salud, sin menoscabo de que se realicen actividades de participación comunitaria. Estas actividades están en concordancia con los documentos publicados por el programa y que exponen las estrategias a seguir en estas poblaciones.

ESQUEMAS NORMADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

RÉGIMEN N° 1 ESTRICTAMENTE SUPERVISADO 15 AÑOS Y MAS CASOS NUEVOS, RECAÍDAS Y RECUPERACIÓN DE PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CON TABLETAS A DOSIS FIJAS COMBINADAS

FASE	PESO DEL PACIENTE EN Kg	N° DE TABLETAS	FRECUENCIA	DURACIÓN
Primera Intensiva 1 tableta contiene H75,R150;Z400, E 275	30 a 37,99	2	5 días por semana: lunes a viernes***	10 semanas Total: 50 Tomas.
	38 a 54,99	3		
	55 a 70,99	4		
	71 y más	5		
Segunda**** Mantenimiento. 1 tableta contiene: H150 y R150	30 a 34,99	2	3 veces por semana: lunes, miércoles y viernes	18 semanas Total: 54 Tomas
	35 a 45,99	3		
	46 y más	4		

LAS TABLETAS A DOSIS FIJA ADULTO NO DEBEN SER PARTIDAS, MASTICADAS NI DISUELTAS EN NINGUN LIQUIDO.

EL PESO DEL PACIENTE DEBE SER CONTROLADO QUINCENALMENTE CON EL OBJETO DE AJUSTAR DOSIS

TRATAMIENTO CON FARMACOS EN PRESENTACIONES INDIVIDUALES

FASE	DROGAS Y DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN
Primera Intensiva	Isoniacida: 5 mg x kg peso día. Max: 300 mg Rifampicina: 10 mg/kg peso día. Max: 600 mg Ethambutol 20 mg/kg peso día. Max:1200 mg* Pirazinamida: 25 mg/kg peso día. Max: 2 gr **	5 días por semana: lunes a viernes***	10 semanas Total: 50 Tomas.
Segunda**** Mantenimiento	Isoniacida: 10 mg x kg peso día.Max:600 mg Rifampicina: 10 mg x kg peso día. Max: 600 mg	3 veces por semana: lunes, miércoles y viernes	18 semanas Total: 54 Tomas

*SI NO PUEDE SER USADO EL ETHAMBUTOL, SUSTITUIRLO POR ESTREPTOMICINA Y ADMINISTRAR 1 GRAMO INTRAMUSCULAR DIARIO. (0,75 gr. para mayores de 50 años). Se requieren 50 ampollas de Estreptomicina para un tratamiento.

** En la primera fase, a las personas de peso inferior a 50 Kg, administrar máximo 3 tabletas de Pirazinamida (1.500 mg).

*** Si el paciente inicia el tratamiento hospitalizado debe recibirlo los siete días de la semana.

**** Se inicia la segunda fase cuando el enfermo cumplió las 50 tomas programadas de la primera fase.

CUANDO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO EL TRATAMIENTO SE ADMINISTRE DIARIAMENTE LA DOSIS INDICADA SERA DE: ISONIACIDA: 5 mg/kg PESO MAX: 300 mg. RIFAMPICINA 10 mg/kg PESO MAX: 600 mg

**CANTIDAD DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA UN
TRATAMIENTO DEL REGIMEN N ° 1**

BLISTERS COMBINADOS A DOSIS FIJA

1^{er} FASE: 200 tabletas (R: 150 mg, H: 75 mg, Z: 400 mg, E: 275mg)

2^{da} FASE: 216 tabletas (R 150 mg, H 150 mg)

SI SE USAN FARMACOS EN PRESENTACIONES INDIVIDUALES:

Ethambutol, tabletas 400 mg.....	150 tabletas
Isoniacida, tabletas 300 mg	158 tabletas
Rifampicina, cápsulas 300 mg.....	208 cápsulas o tabletas
Pirazinamida, tabletas 500 mg.....	200 tabletas

CONTROL BACTERIOLOGICO DEL TRATAMIENTO

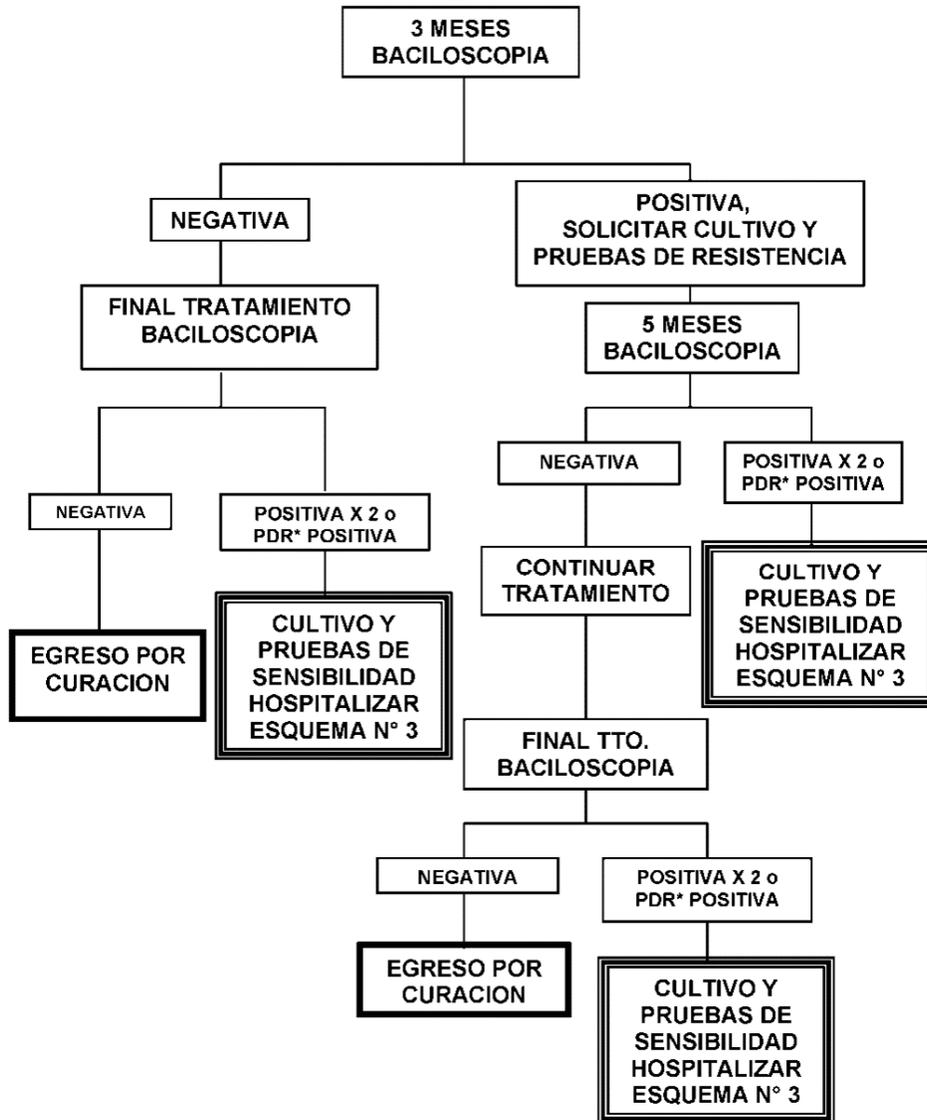
Para control de TODOS los casos BK POSITIVO, se solicitará una muestra al tercer mes de tratamiento, si ésta es positiva se solicitará Cultivo y Pruebas de Sensibilidad y se realizará otra baciloscopía al quinto mes; si al quinto mes o al terminar el tratamiento el paciente tiene dos baciloscopías positivas, se considera Fracaso de Tratamiento y debe realizarse cultivo y pruebas de sensibilidad; si la baciloscopía del tercer mes es negativa se realiza otra al finalizar el tratamiento. La muestra deberá traerla el paciente el mismo día que finaliza el tratamiento y será llevada al establecimiento de salud para su control.

Para tener certeza de que el paciente con tuberculosis pulmonar bacilífera se curó y es negativo, se realizará **siempre** una baciloscopía al concluir el tratamiento, **aun cuando por falta de expectoración, la calidad de la muestra no sea buena.**

Si al 5º mes o al final del tratamiento el paciente tiene 2 baciloscopías positivas, se considera Fracaso de Tratamiento y deberá solicitarse cultivo y pruebas de sensibilidad.

En el retratamiento (Esquema N° 3) se efectuará una baciloscopía y cultivo mensual hasta finalizar el tratamiento.

CONTROL BACTERIOLOGICO DEL TRATAMIENTO - REGIMEN N° 1



*PDR: PRUEBA DIAGNÓSTICA RÁPIDA

LOS PACIENTES CON FRACASO DE TRATAMIENTO DEBEN SER EVALUADOS POR PERSONAL MEDICO ESPECIALISTA Y NOTIFICADOS CON INFORME COMPLETO, E HISTORIA DETALLADA DE LOS TRATAMIENTOS ANTITUBERCULOSOS RECIBIDOS, AL COMITÉ NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SENSIBILIDAD CON SEDE EN EL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS PARA SUGERENCIAS TERAPEUTICAS Y DECISIONES OPERATIVAS CONCERNIENTES AL CASO.

RÉGIMEN N° 2
TUBERCULOSIS EN PERSONAS DE 0 A 14 AÑOS
ESTRICTAMENTE SUPERVISADO
TRATAMIENTO CON TABLETAS A DOSIS FIJAS COMBINADAS

PESO PACIENTE (Kg.)	FASE INTENSIVA (R ₆₀ , H ₃₀ , Z ₁₅₀) LUNES A VIERNES (50 TOMAS) N° TABLETAS	FASE MANTENIMIENTO (R ₆₀ , H ₆₀) LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES (54 TOMAS) N° TABLETAS
3 a 3,9	½	½
4 a 4,9	¾	¾
5 a 7,5	1	1
7,5 a 9,9	1 y ½	1 y ½
10 a 14,9	2	2
15 a 19,9	3	3
20 a 24,9	4	4
25 a 29,9	5	5
30 a 34,9	6	6
35 a 39,9	7	7
40 a 44,9	8	8
45 a 49,9	9	9

LAS TABLETAS PUEDEN SER DISUELTAS EN AGUA (MAXIMO 5 CC). EN NIÑOS GRANDES LAS TABLETAS SE PUEDEN TOMAR DIRECTAMENTE CON AGUA, NO HAY PROBLEMAS SI EL NIÑO LAS MASTICA, PERO DEBE OBSERVARSE QUE TOMA LA DOSIS COMPLETA EL PESO DEL PACIENTE DEBE SER CONTROLADO SEMANALMENTE CON EL OBJETO DE AJUSTAR LAS DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS

TRATAMIENTO CON FARMACOS EN PRESENTACIONES INDIVIDUALES

FASE	DROGAS Y DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN
Primera Intensiva	Isoniacida: 5 mg x Kg. (Rango 4-6 Máximo = 300 mg) Rifampicina: 10 mg x Kg. (Rango 8-12 Máximo = 600 mg) Pirazinamida: 25 mg x Kg. (Rango 20-30 Máximo = 1.500 mg)	5 días por semana: lunes a viernes**	10 semanas Total: 50 Tomas.
Segunda* Mantenimiento	Isoniacida: 10 mg x Kg (Rango 8-12 Máximo = 600 mg) Rifampicina: 10 mg x Kg. (Rango 8-12 Máximo = 600 mg)	3 veces por semana: lunes, miércoles y viernes	18 semanas Total: 54 Tomas

1) En las formas graves de tuberculosis y formas pulmonares con baciloscopia o cultivo positivo, se agregará un cuarto medicamento antituberculoso durante los dos primeros meses de tratamiento:

Estreptomycin = 15 mg/kg-peso/día (rango: 12-18)

Ethambutol = 15 mg/kg-peso/día (rango: 15-20)

Dosis bactericidas de Ethambutol de 25 mg/kg-peso/día se asocian con una mayor incidencia de efectos tóxicos y no deberían darse por más de 2 meses. En niños muy pequeños en los que no es factible detectar cambios en la visión de los colores como efectos tóxicos del Ethambutol, no es recomendable su uso.

* Se inicia la segunda fase cuando el enfermo cumplió las 50 tomas programadas de la primera fase.

** Si el paciente está hospitalizado al inicio del tratamiento deberá recibirlo los siete días de la semana, al egresar del hospital, el tratamiento ambulatorio será en la frecuencia y dosis, según la fase en que se encuentre.

2) En meningitis tuberculosa y formas miliares con insuficiencia respiratoria se podrá agregar, según criterio médico, la prednisona: 1 mg/kg-peso/día por 4 a 6 semanas o hasta normalización de la proteinorraquia, y posteriormente con disminución progresiva de la dosis de Prednisona.

CUANDO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO EL TRATAMIENTO SE ADMINISTRE DIARIAMENTE LA DOSIS INDICADA SERA DE: ISONIACIDA: 10 mg/kg PESO MAX: 300 mg. RIFAMPICINA 10 mg/kg PESO MAX: 600 mg

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA UN TRATAMIENTO DEL REGIMEN N ° 2
<p>BLISTERS COMBINADOS A DOSIS FIJA (Se calcula en base a un promedio de 20 mg/kg peso para cada/niño)</p> <p>1^{er} FASE: 200 tabletas (R: 150 mg, H: 75 mg, Z: 400 mg, E: 275mg) 2^{da} FASE: 216 tabletas (R 150 mg, H 150 mg)</p>
<p>SI SE USAN FARMACOS EN PRESENTACIONES INDIVIDUALES:</p> <p>Isoniacida, tabletas 100 mg.....= 158 tabletas Rifampicina, jarabe 60 ml. (100 mg/5ml).....= 18 frascos Pirazinamida tabletas 500 mg.....= 50 tabletas</p>

RÉGIMEN N° 3 RETRATAMIENTO INICIO HOSPITALARIO, ESTRICTAMENTE SUPERVISADO. INDICADO EN FRACASO DE RÉGIMEN 1 (PREVIA TOMA DE MUESTRAS Y SOLICITUD DE CULTIVO MÁS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD) Y PACIENTES CON MDR CONFIRMADA POR EL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA DE LA TB.

Se debe hospitalizar al enfermo para iniciar el tratamiento, se mantendrá hospitalizado hasta completar la fase intensiva o egresar antes si hay conversión del esputo (cultivo negativo). Se realizara baciloscopía y cultivo de control mensual, hasta concluir el tratamiento. Se deberán evaluar cuidadosamente los riesgos de PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO.

ESTE ESQUEMA SERA INDICADO POR MEDICO ESPECIALISTA, LOS MEDICAMENTOS ESTARAN A NIVEL DE LAS COORDINACIONES ESTADALES, DE LAS CUALES SE ENVIARA PERIÓDICAMENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS NECESARIA PARA CADA PACIENTE EN PARTICULAR. EL REGIMEN DE TRATAMIENTO PODRA SER MODIFICADO SEGUN LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD.

EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL REGIMEN N° 3 DEBE SER ESTRICTAMENTE SUPERVISADO. EL PACIENTE EN TRATAMIENTO AMBULATORIO DEBE SER EVALUADO POR PERSONAL MEDICO DEL AMBULATORIO MENSUALMENTE Y POR PERSONAL MEDICO ESPECIALISTA POR LO MENOS CADA DOS MESES, O A LA BREVEDAD SI PRESENTA COMPLICACIONES O REACCIONES ADVERSAS

ESQUEMA UTILIZADO PARA LAS RECAÍDAS Y RECUPERACIONES DE PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO:

Las recaídas o recidivas con BK (+) posterior al alta por “curación” con un esquema de corta duración (Esquema N°1), Se les iniciará el mismo régimen utilizado en los casos nuevos, pero antes de iniciarlo se solicitara CULTIVO Y PRUEBA DE SENSIBILIDAD, a fin de vigilar la resistencia, y si hubiese resistencia a algún fármaco se debe referir al ESPECIALISTA y COMUNICAR AL COMITÉ DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA

Recuperación de PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO, se aplicaran los siguientes criterios:

- a) Baciloscopía positiva al reingresar o caso VIH positivo: reiniciar el esquema que venía recibiendo. Solicitar CULTIVO Y PRUEBA DE SENSIBILIDAD.
- b) Baciloscopía negativa al reingresar y formas extrapulmonares: continuar el mismo esquema de tratamiento hasta completar las dosis faltantes.
- c) Si el paciente es recuperado 6 meses después de egresado por PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO y está asintomático no se dará tratamiento. Si presenta criterios de enfermedad tuberculosa activa (ver definición de “caso”), se pedirá cultivo y pruebas de sensibilidad, si se pueden obtener muestras y se iniciará un tratamiento nuevo completo utilizando el mismo esquema que abandonó.

En ambos casos, al finalizar este tratamiento se llenará nuevamente el “Informe Final de Evaluación de Tratamiento” Indicando que es una recuperación de PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO.

CONTROL DEL TRATAMIENTO:**.-Evaluación clínica:**

La evaluación médica debe realizarse MENSUALMENTE, realizándose la primera al momento del diagnóstico, al comenzar el tratamiento, con énfasis a los 3 meses y al final del tratamiento.

ES FUNDAMENTAL LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA, el paciente necesita conocer que es la tuberculosis, la importancia de cumplir el tratamiento y el peligro o consecuencias de la inasistencia y la PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO, ES NECESARIO ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE TENGA EL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD.

Al suministrar el tratamiento se indagará sobre los efectos secundarios de los medicamentos, evolución de síntomas y signos, estado de salud de los contactos

Al presentarse intolerancia o efectos secundarios al tratamiento se recomienda evaluación por especialista.

.-VIGILANCIA DE LA PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO:

Cuando el paciente no asiste al servicio a recibir el tratamiento, la tarjeta de tratamiento se colocará en inasistente hasta que comparezca nuevamente.

A las tres inasistencias sucesivas, se visitará al enfermo en su domicilio.

Si el paciente no es localizado o no acude al servicio, su tarjeta permanece en inasistente hasta por un mes, momento en el cual es considerado como PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO. En ese momento debe llenarse el "Informe Final de Evaluación del Tratamiento"

.-TRANSFERENCIAS. Actividades a cumplir cuando se efectúe una transferencia:

- 1) El servicio de salud que refiere al paciente debe:
 - a) Darle al paciente copia de la "TARJETA DE TRATAMIENTO" y del "FORMATO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES" para que lo entregue al servicio al cual es enviado.
 - b) Enviar copia de dichos formatos a la Coordinación Estatal de dicho estado por fax y correo.
 - c) Elaborar y enviar a la Coordinación Estatal "EL INFORME FINAL DE EVALUACION DEL TRATAMIENTO".
- 2) El servicio que reciba al enfermo:
 - a) Continuará el tratamiento y al final del mismo también llenará y enviará "El Informe Final de evaluación del tratamiento" a su Coordinación Estatal
 - b) Esa Coordinación Estatal deberá enviar copia por fax y correo del mismo a la Coordinación Estatal que transfirió originalmente al paciente
 - c) La Coordinación Estatal que transfirió el paciente originalmente, podrá modificar la condición de egreso del paciente cuando reciba la información correspondiente, y además deberá notificarlo al nivel central cuando informe la evaluación de las cohortes, enviando copia del Informe Final de Tratamiento recibido.

-Evaluación bacteriológica:

Es fundamental en todos los casos de tuberculosis pulmonar bacilífera, determinar la conducta a seguir y los criterios de curación. Al indicar el Esquema N° 1, el primer control bacteriológico se realizará a los tres meses de iniciar el tratamiento (ver flujograma, pagina 24, Control Bacteriológico del Tratamiento), si está negativa, se realizará otra al finalizar el tratamiento (6 meses), aunque la calidad de la muestra no sea buena.

Si la baciloscopia es positiva al tercer mes, se solicitara Cultivo y Pruebas de Sensibilidad y se realizará una baciloscopia al quinto mes; si al quinto mes o al terminar el tratamiento el paciente tiene dos baciloscopías positivas, se considera Fracaso de Tratamiento y debe solicitarse cultivo y pruebas de sensibilidad, hospitalizar e indicar, el Régimen N° 3 de Tratamiento.

Si se trata de un caso de TB pulmonar no confirmado bacteriológicamente al inicio del tratamiento (Serie N) o diagnosticado por cultivo., si presenta expectoración a los 3 y 6 meses o si la evolución del tratamiento no es favorable, se debe solicitar BK y cultivo de control

En el Retratamiento (Régimen N° 3) o en los Regímenes Individualizados de pacientes con resistencia (TB-MDR o TB-XDR) se hará baciloscopia y cultivo de control mensual, hasta concluir el tratamiento.

REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

La farmacovigilancia es la "evaluación de la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, comprensión y prevención de los efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con las drogas"

Es Necesario destacar que las RAFA deben ser Notificadas en el Formato del Programa establecido para ello y además reportadas al sistema de vigilancia del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" por los medios establecidos en su página WEB: <http://www.inhrr.gob.ve>

Los fármacos esenciales (de 1ra. Línea) usados en el tratamiento de la TB, generalmente son bien tolerados, algunos pacientes pueden presentar ciertos efectos secundarios o reacciones adversas que dependiendo de la severidad se clasifican en Menores y Mayores. La probabilidad de RAFA esta aumentada en ancianos, desnutridos, gestantes, puérperas, alcohólicos, patología hepática, insuficiencia renal crónica, infección VIH, TB diseminada y avanzada, atopia, anemia, diabetes mellitus.

Las RAFA menores son las más frecuentes, algunas son transitorias y desaparecen con o sin tratamiento sintomático, o al ajustar las dosis de los medicamentos, no ponen en riesgo la vida del paciente, por lo que no ameritan interrupción, ni modificación del esquema. Las RAFA mayores son poco frecuentes, requieren atención inmediata del médico, y evaluación especializada y según el caso, hospitalización y suspensión temporal o definitiva de uno o más fármacos. Es importante determinar con la mayor precisión posible el o los fármacos responsables, con el fin de tomar las decisiones terapéuticas adecuadas, para el reinicio de la medicación una vez controlado el cuadro clínico de la reacción adversa.

RAFA MENOR

La conducta básica a seguir es continuar administrando el medicamento y ajustar las dosis por Kilogramo de peso.

REACCION ADVERSA	FARMACO PROBLAMENTE RESPONSABLE	CONDUCTA A SEGUIR
<u>Cefalea, Insomnio</u> <u>Sensación quemante en los pies</u>	Isoniacida	Piridoxina 100 mgr diarios Ajustar dosis por Kg. De peso (5 mg x Kg de peso)
<u>Síndrome "flu":</u> semejante a una gripe, y que se presenta entre el 3er y 6to mes de tratamiento. <u>Disnea que se asemeja al asma, Orina roja ó anaranjada</u>	Rifampicina	Más frecuente en tratamiento intermitente. Con frecuencia se corrige al dar el tratamiento diario. Tratamiento sintomático y vigilancia. Explicar al paciente que se debe al medicamento y no produce alteraciones mayores
<u>Artralgias, Gota, Hiperuricemia sintomática</u>	Pirazinamida	Administrar antiinflamatorios no esteroideos
<u>Trastornos digestivos:</u> Anorexia, nauseas, vómitos, pirosis, acidez	Todos, especialmente Rifampicina y Pirazinamida	Tratamiento sintomático (No Utilizar antiácidos) Si persiste descartar enfermedad gástrica o biliar
<u>Parestesias peribucales o en toda la cara</u>	Estreptomina	Generalmente es transitoria. Educar al paciente, vigilar

RAFA MAYOR

La conducta a seguir es suspender la administración del fármaco y referir al especialista.

REACCION ADVERSA	FARMACO PROBLAMENTE RESPONSABLE	CONDUCTA A SEGUIR
<u>Hipersensibilidad Generalizada</u>	Todos	<p>SUSPENDER EL MEDICAMENTO Y REFERIR AL ESPECIALISTA LO MAS PRONTO POSIBLE</p>
<u>Hepatitis Medicamentosa</u>	Isoniacida Rifampicina Pirazinamida	
<u>Púrpura trombocitopenica</u> <u>Anemia hemolítica aguda</u>	Rifampicina Estreptomycinina	
<u>Anemia aplásica,</u> <u>agranulocitosis</u> Trastornos <u>vestibulares, mareos, sordera</u> este tipo de reacción puede hacerse permanente. Se presenta con mayor frecuencia en niños de corta edad y en personas mayores a 45 años	Estreptomycinina	
<u>Trastornos de la visión de colores</u> <u>Neuritis óptica retrobulbar</u>	Ethambutol	
<u>Insuficiencia Renal por Nefrotoxicidad</u>	Rifampicina Estreptomycinina	
<u>Crisis Epilépticas</u> <u>Psicosis Toxica</u>	Isoniacida	

D.- ESTUDIO DE CONTACTOS

Contacto es toda persona que conviva con el enfermo de tuberculosis.

En la “Tarjeta de Tratamiento”, se anotarán los nombres de los contactos, parentesco, edad y los resultados de los exámenes realizados a cada uno de ellos, dándole prioridad a los contactos intradomiciliarios de pacientes bacilíferos.

Todo niño (menor de 15 años) que sea contacto de un caso de tuberculosis y se encuentre muy enfermo, debe ser evaluado por el médico lo antes posible.

Tuberculina PPD

- Técnica de Mantoux – DEBE SER REALIZADA POR PERSONAL CAPACITADO
- Tipo y Procedencia: RT23 SSI- DINAMARCA
- DOSIS: 2 T.U. – 0,1 ml - INTRADERMICA
- SITIO DE APLICACIÓN: Antebrazo izquierdo
- Se lee el diámetro transversal de la induración a las 72 horas

Contactos de 0 a 4 años (ver algoritmo)

Deben ser evaluados para descartar enfermedad tuberculosa, si están enfermos recibirán tratamiento, si la evaluación es negativa para enfermedad, se les administrara Tratamiento De la Infección Tuberculosa Latente (Quimioprofilaxis) de acuerdo a lo establecido en estas normas.

Contactos de 5 a 14 años: (ver algoritmo)

Sin cicatriz de vacuna BCG, se aplica el PPD (tuberculina):

a) Si el resultado es de 0 a 9 mm de induración se aplica la BCG.

b) Si es de 10 mm o más, debe ser descartada la enfermedad tuberculosa mediante examen clínico, bacteriológico y radiológico. Si la evaluación demuestra la existencia de enfermedad tuberculosa comenzar tratamiento normado, caso contrario iniciar quimioprofilaxis.

Con cicatriz de vacuna BCG se le hará un interrogatorio para saber si tiene síntomas que hagan sospechar tuberculosis:

a) En caso de no tener síntomas se dejará en observación.

b) Si tiene síntomas deber ser descartada la enfermedad tuberculosa mediante examen clínico, bacteriológico y radiológico. Si la evaluación demuestra la existencia de enfermedad tuberculosa comenzar tratamiento, caso contrario mantener en observación.

Contactos de 15 años o más:

Tenga o no cicatriz de BCG se hará interrogatorio, si presenta síntomas y tiene tos con expectoración se practicará examen de esputo. Si esta evaluación demuestra la existencia de enfermedad tuberculosa dar tratamiento, caso contrario dejar en observación.

Para contactos con VIH positivo ver “COINFECCION TUBERCULOSIS - VIH”

E.- TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (TITBL)

Para la aplicación de la TITBL (Quimioprofilaxis) se deben considerar dos aspectos importantes: a) los grupos de mayor riesgo a desarrollar tuberculosis activa (infecciones recientes, edad menor de 5 años, infección por VIH, etc.) y b) los factores que aumentan el riesgo de toxicidad por el fármaco a administrar (edad mayor de 35 años, alcohol, otras enfermedades, etc).

Según lo establecido en estas normas se indicara Quimioprofilaxis en los siguientes casos:

- Contactos de tuberculosis pulmonar; de 0 a 4 años con o sin BCG, y sin enfermedad tuberculosa
- Contactos de tuberculosis pulmonar; de 5 a 15 años no vacunados, con PPD positivo y sin enfermedad tuberculosa.
- Pacientes doblemente infectados por M. tuberculosis y VIH

En base a evaluación por especialista se indicara Quimioprofilaxis en:

- Silicosis
- Desnutrición
- Tratamientos prolongados con corticoides
- Tratamientos inmunosupresores
- Pacientes en Protocolo de trasplante de órganos
- Enfermedades autoinmunes
- Personas que recibirán Tratamiento AntiTNF y que presenten Infección Tuberculosa
- Personas de grupos de alto riesgo determinados por evaluación de especialista

Previo a la administración de Quimioprofilaxis es necesario tener presente las siguientes recomendaciones:

- Excluir enfermedad tuberculosa activa
- Excluir aquellos casos que hayan recibido un tratamiento completo con la droga
- Contraindicaciones para su administración en pacientes con enfermedad hepática aguda de cualquier etiología, enfermedad hepática previa, o antecedentes de reacciones adversas severas a la Isoniacida.

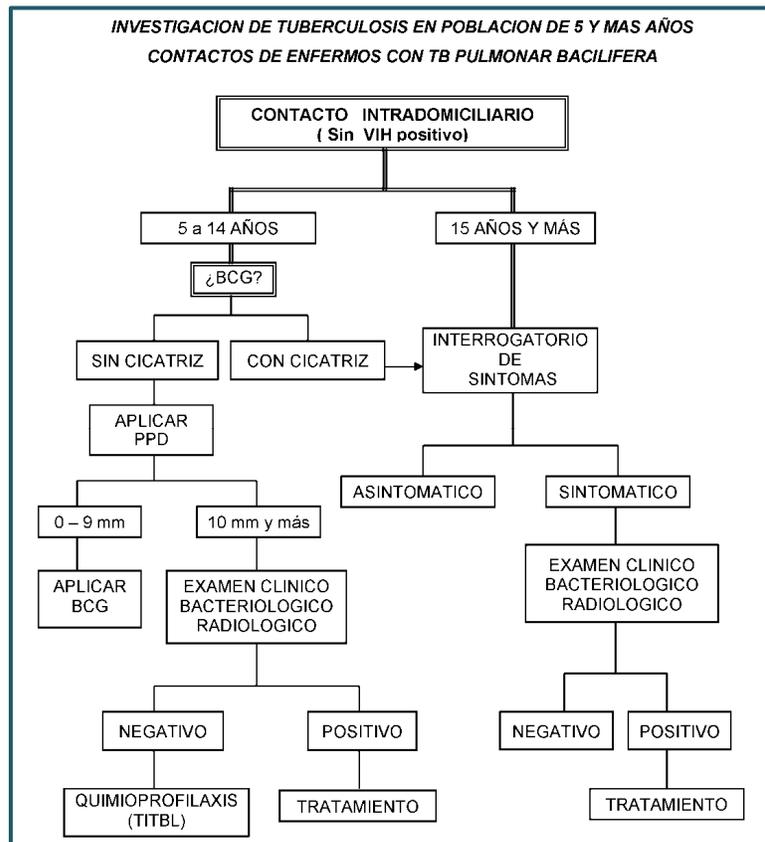
Es importante la comunicación directa con el paciente durante su administración, informando sobre eventos adversos, que pudieran acentuarse ante la presencia de ingesta de alcohol, hepatopatías previas, neuropatías periféricas, diabetes mellitus.

Para todos los casos se trata con Isoniacida durante 9 meses, a dosis de 10 mg/kg-peso/día (Máximo: 300 mg diarios), autoadministrada, con entrega quincenal del medicamento.

Al indicar la quimioprofilaxis se llenará la “Ficha Epidemiológica” y la “Tarjeta de Tratamiento”.

RECUERDE

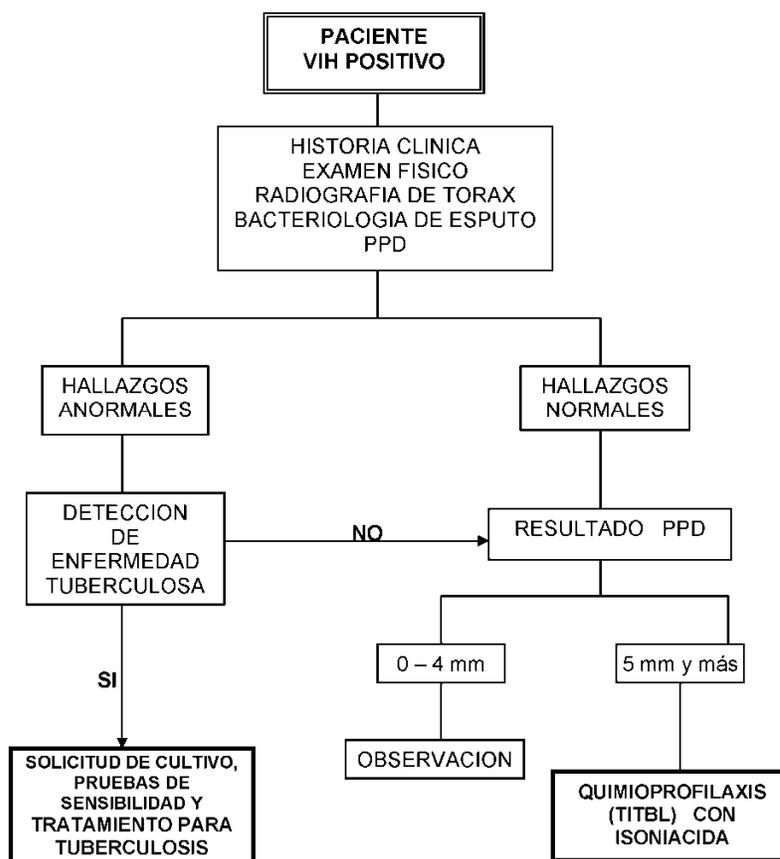
SE DEBE TENER LA SEGURIDAD QUE: epidemiológica, clínica y bacteriológicamente no existe enfermedad tuberculosa activa con el fin de evitar la aparición de resistencia al administrar TITBL (Quimioprofilaxis) con Isoniacida



F.- COINFECCION TUBERCULOSIS - VIH

1) Diagnostico.

A todo paciente con tuberculosis debe practicársele la prueba del VIH y todo paciente con VIH positivo debe ser estudiado exhaustivamente para descartar enfermedad o infección tuberculosa:

INVESTIGACION DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

2) Tratamiento

Cuando los pacientes no estén recibiendo tratamiento antirretroviral, los esquemas serán los mismos para pacientes con o sin VIH positivo. **LA UNICA DIFERENCIA ES QUE LA ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO SUPERVISADO, DEBE SER DIARIA TANTO EN LA FASE INTENSIVA COMO EN LA DE MANTENIMIENTO, EN LOS PACIENTES ADULTOS Y EN LOS PEDIATRICOS, CON EL AJUSTE DE LA DOSIS POR PESO.**

En pacientes que reciben inhibidores de la proteasa y de la transcriptasa reversa del VIH, se debe tener precaución con el uso de Rifampicina por sus importantes interacciones. El Médico Especialista decidirá el esquema más conveniente en estos casos.

A todo paciente con Tuberculosis y VIH positivo se le debe realizar cultivo y pruebas de sensibilidad.

Al concluir el esquema de tratamiento el paciente permanecerá bajo control trimestral por el servicio, de forma indefinida.

Recuperación de PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO: reiniciar el esquema que venía recibiendo. Solicitar pruebas de sensibilidad si hay cultivo positivo.

3) Quimioprolifaxis (**TITBL**) en pacientes con VIH positivo

Para todos los casos se trata con Isoniacida durante 9 meses, a dosis de 10 mg/kg-peso/día (Máximo: 300 mg diarios).

XII.- TUBERCULOSIS EN SITUACIONES ESPECIALES

TAL COMO LO ESTABLECE ESTA NORMA OFICIAL, EN SITUACIONES ESPECIALES ES NECESARIA LA EVALUACIÓN POR UN MEDICO ESPECIALISTA, PARA QUE INDIQUE EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE; EN ESTE APARTADO SOLO SE EXPONDRAN LINEAMIENTOS DE ORIENTACIÓN GENERAL PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

.- Diabetes

A todo paciente con Diabetes debe descartarse Tuberculosis, mediante el interrogatorio del Sintomático Respiratorio siguiendo el algoritmo establecido en esta Norma, al que se le diagnostique Tuberculosis, se le debe realizar Cultivo y Pruebas de sensibilidad, supervisar estrictamente el tratamiento antituberculoso y además debe tener un control glicémico estricto y ser evaluado para el ajuste de su tratamiento para la Diabetes. Todo paciente con Tuberculosis y factores de riesgo, se le debe realizar el despistaje correspondiente para descartar Diabetes según las Normas del Programa Endocrino Metabólico.

.-Tabaquismo

A todo paciente con Tuberculosis y Habito Tabáquico, se le debe ofrecer consejería y tratamiento para la cesación del tabaquismo, de acuerdo a la Norma del Programa Antitabáquico. En todo paciente con Habito Tabáquico debe descartarse Tuberculosis, mediante el interrogatorio del Sintomático Respiratorio siguiendo el algoritmo establecido en esta Norma.

.- Uso de esteroides en pacientes con Tuberculosis

Solamente se administraran corticoesteroides en tuberculosis cuando el paciente este recibiendo medicamentos antituberculosos eficaces.

Se puede utilizar prednisona a 1 mg/kg/día hasta 60 mg por un mes y disminuir progresivamente en:

- Meningitis
- Pericarditis
- Formas miliares agudas y graves
- Reacciones de hipersensibilidad

.- Embarazo

Siempre se debe interrogar a las pacientes con diagnóstico de TB sobre: a) si piensa que está embarazada, b) fecha de la última menstruación y c) si utiliza algún método anticonceptivo y antes de iniciar el tratamiento verificar si está embarazada, con el objeto de referirla al especialista para que indique el esquema terapéutico adecuado si está embarazada.

No se deben utilizar aminoglucósidos (Estreptomina, Amikacina, etc.)

.- Lactancia

Los medicamentos de primera línea para el tratamiento de la Tuberculosis son compatibles con la lactancia materna.

Las madres, pueden continuar amamantando a sus hijos durante el tratamiento con medicamentos indicados en el Régimen N° 1.

.- Anticonceptivos Orales

La Rifampicina interactúa con los anticonceptivos orales disminuyendo la eficacia terapéutica de los mismos y aumentando el riesgo de embarazo. Debe aconsejarse a la paciente la utilización de medicamentos con alta dosis de estrógeno o el cambio de método anticonceptivo de acuerdo a los antecedentes de la paciente y la indicación del médico especialista.

.- Enfermedades Hepáticas

Es importante verificar los antecedentes de los pacientes (alcoholismo, hepatitis, insuficiencia hepática) ya que se pueden presentar reacciones adversas a fármacos con más frecuencia que en otros pacientes sin problemas hepáticos, y puede ser necesaria su referencia al médico especialista para que indique el esquema terapéutico adecuado.

La mayoría de los medicamentos antituberculosos son potencialmente tóxicos para el hígado, aun cuando las reacciones adversas son menos frecuentes, entre ellos es de mayor toxicidad la Pirazinamida, seguida de la Rifampicina e Isoniacida.

.- Insuficiencia Renal

La Estreptomicina y el Ethambutol son excretadas por vía renal por lo tanto no deben administrarse, salvo por indicación del médico especialista con dosis ajustadas mediante la realización de pruebas de función renal y/o medición de los niveles de los medicamentos en sangre.

XIII.- TUBERCULOSIS EN EL NIÑO

Desde el punto de vista de salud pública podría ser considerada no prioritaria debido a su baja contagiosidad, pero la misma puede ser un indicador de la situación de la TB en la comunidad, ya que la fuente de contagio de los niños es generalmente un adulto o adolescente con TB bacilífera. El diagnóstico de TB en el Niño debe ser realizado por especialista en Pediatría y/o Neumonología. Salvo en zonas rurales dispersas o en población indígena donde no tengan acceso a especialistas, en estos casos el Programa Nacional ha establecido una serie de criterios a aplicar en estas condiciones.

RECUERDE:

Que la TB en el Niño es una consecuencia de la TB Bacilífera en el Adulto, al Niño infectado o enfermo por TB debe realizarse un estudio CUIDADOSO de sus contactos para identificar el caso índice.

Diagnostico

La TB en el niño se presenta como una patología difícil de diagnosticar, ya que la infección suele ser asintomática y permanece latente, la sintomatología clínica y los signos radiológicos no son específicos, por lo tanto, el diagnóstico de la TB en el niño debe basarse en la evaluación conjunta de los siguientes criterios:

1. Epidemiológicos
2. Clínicos
3. Radiológicos
4. Reacción a la Tuberculina

5. Anatomopatológico (cuando fuere posible hacer biopsias)
6. Microbiológicos (recordar que generalmente son paucibacilares).

Los siguientes elementos indican probabilidad que Ud. este ante un caso de tuberculosis infantil:

- Historia familiar de tuberculosis conocida o probable
- Enfermedad que dura varias semanas – Síntomas respiratorios de más de tres semanas que no responden a antibióticos de amplio espectro
- Niño enfermo crónicamente y no en forma aguda.
- Pocos signos físicos.
- Test de tuberculina positivo (en los casos graves puede ser negativo).

Se debe pensar en tuberculosis en niños que presenten:

- Dificultad para aumentar de peso por más de 4 semanas
- Pérdida de ánimo y de peso por más de tres meses
- Además de los dos hallazgos anteriores tos y sibilancias escasas
- Fiebre
- Adenopatías con abscesos
- Ganglios aumentados de tamaño
- Diarrea crónica
- Cefalea e irritabilidad
- Eritema modoso

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- La interpretación de las radiografías debe realizarse con relación a las otras evidencias clínicas.
- La tuberculosis y la malnutrición van juntas.
- Las infecciones crónicas de nariz y pulmones pueden estar presentes al mismo tiempo que la tuberculosis.
- La Tuberculosis y la Malaria pueden estar presentes concomitantemente.
- En los niños es difícil comprobar el diagnóstico mediante la detección del Bacilo de Koch.

Los niños no expectoran, si los mayores lo hacen se debe procesar las muestras de esputo para directo y cultivo, también el médico especialista puede realizar lavado gástrico, el cual se debe procesar para cultivo antes de las cuatro horas de recogida la muestra.

Tratamiento:

- Será el establecido en estas Normas en el Régimen N° 2, y debe ser al igual que en los adultos supervisado y en forma ambulatoria, en un establecimiento lo más cercano posible a su domicilio.
- Deben ajustarse las dosis de los medicamentos por Kilogramo de peso, para disminuir las posibles reacciones adversas a medicamentos. Se debe pesar al niño cada semana para realizar el ajuste de dosis correspondiente.

CUANDO SOSPECHE UN CASO DE TUBERCULOSIS EN NIÑO, DEBE SER EVALUADO POR UN MEDICO ESPECIALISTA QUE ESTABLEZCA EL DIAGNOSTICO, E INDIQUE EL TRATAMIENTO SEGÚN LA NORMA DEL PROGRAMA

XIV.- SISTEMA DE REGISTRO DE DATOS E INFORMACION

Este sistema está destinado a proveer la información que permita evaluar los componentes epidemiológicos, operativos y técnicos del Programa, alimentar el sistema de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en el país y consecuentemente ofrecer elementos básicos para la toma de decisión por parte de la autoridad de salud

La configuración de este sistema presenta cuatro niveles bien individualizados:

- 1º) Nivel de Producción de Información: Corresponde a los establecimientos de salud, de cualquier tipo, que realizan actividades programadas de control de la tuberculosis.
- 2º) Nivel de Registro, Concentración y Análisis Distrital y/o Municipal de Información: Corresponde a la coordinación, sea distrital o municipal, del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis, conjuntamente con el Epidemiólogo del Distrito o Municipio Sanitario.
- 3º) Nivel de Registro, Concentración y Análisis Estatal de Información: Corresponde a la coordinación del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis conjuntamente con el Departamento de Epidemiología y Estadística del estado.
- 4º) Nivel de Procesamiento, Análisis Nacional y Decisión: Corresponde al nivel central del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis.

Las actividades del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis, realizadas en el 1ER nivel atención y de producción de la información de los diferentes establecimientos de salud, serán registradas en los siguientes formatos e instrumentos:

1. FORMATOS:

1. Solicitud de examen bacteriológico directo
2. Solicitud de Cultivo, Identificación y Pruebas de Sensibilidad
3. Informe de la visita
4. Ficha Epidemiológica de Tuberculosis
5. Informe final de evaluación de tratamiento
6. Hoja de Transferencia.
7. Hoja de notificación de complicaciones de vacuna B.C.G.
8. Notificación de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA)

SOLICITUD DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO DIRECTO

Se debe llenar la solicitud del examen con los datos correspondientes.

SOLICITUD DE CULTIVO, IDENTIFICACION Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD

Se debe llenar la solicitud del examen con los datos correspondientes.

INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA:

Todo caso de TB una vez diagnosticado e iniciado el tratamiento, se le dispensará una visita en su domicilio, debe realizarse en los primeros 5 días hábiles, sucesivos al inicio del tratamiento. Tiene la finalidad de: Confirmar la dirección de residencia suministrada por el paciente en el momento de la entrevista, sensibilizar a la familia a fin de que le brinde apoyo y estímulo para evitar interrupciones del tratamiento y verificar el número de contactos. Esta debe repetirse cuantas veces sea necesaria, si el paciente presenta 3 o más inasistencias o presente riesgo de PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO. Una vez realizada la visita debe llenarse el informe correspondiente, el cual debe archivar en la historia clínica.

FICHA EPIDEMIOLÓGICA:

La tuberculosis es una enfermedad de notificación obligatoria, todo caso TB una vez diagnosticado debe llenársele el respectivo formato, independientemente de la categoría a que corresponda: Nuevo, Recaídas, Fracazos y Crónicos (según definiciones establecidas en la norma). DEBE SER LLENADA POR EL MEDICO

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO:

Debe llenarse a todo caso TB, independientemente de la serie, una vez finalizado el esquema de tratamiento indicado, debe enviarse al nivel central del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. DEBE SER LLENADA POR EL MEDICO

HOJA DE TRANSFERENCIA:

Debe llenarse cada vez que se derive un caso de tuberculosis de una entidad federal a otra, la responsabilidad de llenarla es del médico tratante hasta ese momento. Este instrumento permitirá el seguimiento del caso hasta la culminación del tratamiento.

NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA):

Debe llenarse cada vez que aparezca cualquier evento adverso y enviarse al nivel central del Programa Integrado de Control de la TB.

2. INSTRUMENTOS DE REGISTRO:

1. Registro Diario de Sintomáticos Respiratorios Identificados.
2. Registro diario de actividades.
3. Registro y seguimiento de pacientes.
4. Tarjeta de tratamiento.

REGISTRO DIARIO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS:

Este registro permitirá recoger la información necesaria para preparar los informes mensuales sobre detección de casos. Debe llevarse en las consultas de medicina general en todos los establecimientos del país.

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES:

Recogerá información sobre actividades básicas realizadas: Vacunación con BCG, Localización de casos y tratamiento, estudio de contactos, la sumatoria de las actividades diarias permitirá realizar los informes mensuales de actividades y el acumulado de estos permitirá la realización de los informes trimestrales.

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES:

Permite evaluar la eficacia y la eficiencia del tratamiento, facilita la información necesaria para la evaluación de cohortes, debe tener concordancia con la ficha epidemiológica e informe final de tratamiento.

TARJETA DE TRATAMIENTO:

Es un registro muy importante, tiene como finalidad facilitar la aplicación eficiente del tratamiento. Recoge características del caso, prescripción del régimen de tratamiento e identificación y estudio de sus contactos. Debe llenarse en el momento en que se hace el diagnóstico de tuberculosis. Provee información para el libro de registro y seguimiento de pacientes y junto a este se elabora el informe final de tratamiento. El manejo corresponde al personal de enfermería mediante el TARJETERO CALENDARIO DE TRATAMIENTO. Debe ser impresa en cartulina amarilla de 24 x 17,5 cms.

3. INSTRUMENTOS DE INFORMACION:

1. Informe Mensual de Actividades

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

Se elabora en base al Registro diario de Actividades, Registro del Sintomático Respiratorio, Registro y Seguimiento de Pacientes, debe ir acompañado de Ficha Epidemiológica, Informe Final de Tratamiento y de cualquier otra notificación con la ficha correspondiente (Complicaciones de Vacuna BCG, RAFA)

TARJETERO CALENDARIO DE TRATAMIENTO

Tiene como finalidad organizar y facilitar manejo de la tarjeta de tratamiento, por lo que debe ser implementado en todo establecimiento de salud que administre tratamiento a más de 5 pacientes a la vez.

Para su elaboración se empleará: Una caja de madera o cartón que conserve las medidas de la tarjeta y un juego de rótulos impresos colocados dentro de la caja, en el siguiente orden de adelante hacia atrás.

“MES EN CURSO”

“PROXIMO MES”

“INASISTENTES”

“PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO”

“HOSPITALIZACIONES”

“TRANSFERENCIAS”

“CURACIONES”

“DEFUNCIONES”

“FRACASOS”

En los compartimientos “MES EN CURSO” y “PROXIMO MES” se colocaran separadores que lleven impresos el día (fecha) consecutivos del mes (ejemplo: 01, 02, 03, 04.....etc.; hasta el último día del mes, bien sea: 28, 29, 30 o 31.). Solo estos 2 compartimientos llevan separadores, el resto se colocará al final de la caja, en el orden arriba mencionado. VER MODELO.

El tarjetero-calendario debe permanecer en la sala donde se administre el tratamiento al paciente. Debe revisarse al final de la jornada diaria a fin de identificar los inasistentes. Si el paciente no asistió a la cita se deberá separar la tarjeta para las medidas de búsqueda y archivarla en el separador de inasistente. Esta tarjeta permanecerá en este ítem hasta que el enfermo comparezca, o hasta que se califique como PERDIDA DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO, es decir, después de 30 días de inasistencia. En los casos de hospitalización, traslado, curaciones, defunciones, las tarjetas ocuparán los respectivos apartados a partir de la fecha en que se reciba la información. El reporte de los controles bacteriológicos debe realizarse de acuerdo a la Norma. Al terminar el tratamiento los datos registrados en la tarjeta de tratamiento permitirán elaborar el formato informe final de evaluación de tratamiento.

Realizado el diagnostico CASO TB deberá llenar las siguientes fichas:

- Ficha Epidemiológica
- Tarjeta de Tratamiento

Al iniciar una Quimioprofilaxis debe llenar:

- Ficha Epidemiológica
- Tarjeta de Tratamiento

Si tiene casos en tratamiento debe llenar al final del mismo el "Informe Final de Evaluación del Tratamiento"

Cuando haga visitas domiciliarias a los casos de tuberculosis o sus contactos debe llenar el: "Informe de la Visita. Resumen"

Para los casos de Meningitis y complicación de vacuna BCG se llenarán las fichas respectivas

EVALUACIÓN POR COHORTES DE TRATAMIENTO DE PACIENTES BK POSITIVO

Una cohorte es un grupo de pacientes diagnosticados y registrados para tratamiento durante un periodo específico de tiempo (Trimestral). La evaluación del tratamiento al finalizarlo en: Casos Nuevos Bacilíferos de 15 y más años, con esquema de corta duración, es uno de los mayores indicadores de calidad de un programa de TB.

El análisis de cohortes es la clave de herramienta gerencial para evaluar la efectividad del Programa Nacional de Tuberculosis en el tratamiento, permite la identificación de problemas, y tomar las medidas para mejorar la gestión del programa, determinando los resultados del tratamiento y sus tendencias en los niveles locales, municipales, Estadales y nacionales, para tomar los correctivos que sean necesarios.

Una Cohorte típica la constituyen los pacientes diagnosticados en cada trimestre:

1ra. Cohorte: 1 de enero al 31 de marzo

2da. Cohorte: 1 de abril al 30 de junio

3ra. Cohorte: 1 de julio al 30 de septiembre

4ta. Cohorte: 1 de octubre al 31 de diciembre

La evaluación se realiza al finalizar el tratamiento, esperando tres meses después para dar oportunidad que todos los pacientes completen el tratamiento.

El diagrama muestra un control de tratamiento de tuberculosis con un calendario mensual. Los campos de registro son:

- ABANDONOS
- HOSPITALIZADOS
- TRANSFERENCIAS
- CURACIONES
- DEFUNCIONES

El calendario muestra los días del mes (1 al 31) y un campo para el "MES EN CURSO".

El control de tratamiento se divide en:

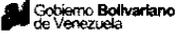
- CONTROL DE TRATAMIENTO
- CONTROL DE TRATAMIENTO

V.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Control de la Tuberculosis en América Latina. Publicación Científica N° 498. Oficina Sanitaria Panamericana. 1.986.
- 2.- Crofton J., Horne M., Miller F. Tuberculosis Clínica. TALC-UICTER. 1.994
- 3.- Farga V., Caminero J. Tuberculosis. 3ra, edición. Mediterráneo. 2.011
- 4.- Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. Normas Pautas y Procedimientos. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela. 1.982
- 5.- Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. Normas del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela. 1.996.
- 6.- Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. El Laboratorio. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela. 1.996.
- 7.- Reunión de Expertos de Asma y Tuberculosis. Asociación Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias de Caracas. 1.997.
- 8.- Norma Oficial Venezolana del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela. 1.998.
- 9.- Norma Oficial Venezolana del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela. 2.005
- 10.- Norma Oficial Venezolana del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela.2.006
- 11.- Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la bacteriología de la Tuberculosis. Parte I. Nota Técnica N° 26/Rev.1 Organización Panamericana de la Salud. 1.988
12. - Treatment of Tuberculosis. World Health Organization. 2ª Edition. 1.997.
13. - Schlossberg D. Tuberculosis. Cuarta Edición. McGraw-Hill Interamericana. 1.999
- 14.- González A., García J., Lobo O. Tuberculosis. 2da. Edición. Disinlimed. Caracas 2002
- 15.-Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. World Health Organization. WHO/CDS/TB/2003.313. Third Edition. 2003
- 16.-Caminero J. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. UICTER. Paris 2003
- 17.-Normas para prevención de la Tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos económicos limitados. WHO/CDS/TB/2002.269.
- 18.- Plan de expansión del manejo programático de la de la Tuberculosis resistente a medicamentos 2010-2015.
- 19.- Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. WHO/HTM/TB/2008.402. 2008.

ANEXOS

1.- Solicitud de Baciloscopia.

 PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS SOLICITUD DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO DIRECTO	
ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE: _____ LABORATORIO: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____	ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA: _____ FECHA: _____ TELÉFONO y/o FAX: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____
DATOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE: APELLIDOS Y NOMBRES: _____ C. IDENTIDAD: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ DIRECCIÓN: _____ _____ TELÉFONO: _____ ¿TIENE ANTECEDENTE DE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO?: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿TIENE ALGUNA COMORBILIDAD y/o CONDICIÓN ASOCIADA? VIH (+) <input type="checkbox"/> DIABETES M <input type="checkbox"/> CONTACTO MDR <input type="checkbox"/> PRIVADO DE LIBERTAD <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD <input type="checkbox"/> <small>SI LA BACILOSCOPIA (BK) RESULTA POSITIVA SE DEBE SOLICITAR CULTIVO Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (FORMATO T501 CR) A LAS PERSONAS: QUE TENGAN ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO (RECAÍDA, FRACASO Y RECUPERACIÓN DE ABANDONO), CON VIH (+), CON DIABETES, INMIGRANTES (CON MENOS DE 2 AÑOS EN EL PAÍS), CONTACTOS DE TB-MDR, PRIVADAS DE LIBERTAD Y PERSONAL DE SALUD, TAMBIÉN SE SOLICITARÁ EN PACIENTES TB EN TRATAMIENTO, CON BK POSITIVO AL 3er Ó 6to MES.</small>	
DATOS RELACIONADOS CON LA MUESTRA: ESPUTO <input type="checkbox"/> OTRA _____ (especifique tipo) BACILOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO: 1era <input type="checkbox"/> 2da <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE CONTROL: _____ (especifique mes de tratamiento)	
REPORTE DEL LABORATORIO NÚMERO DE LÁMINA: _____ CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> RESULTADO: </div>	
FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ FIRMA BIOANALISTA _____	

2.- Solicitud de Cultivo, Identificación y Pruebas de Sensibilidad

Gobierno Bolivariano de Venezuela Ministerio del Poder Popular para la Salud		PROGRAMA INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS SOLICITUD DE CULTIVO, IDENTIFICACION Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	
PARA EL LABORATORIO DE REFERENCIA: <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> NACIONAL ENVIA: <input type="checkbox"/> MUESTRA <input type="checkbox"/> ESPUTO 1RA ____ 2DA ____ <input type="checkbox"/> CEPA <input type="checkbox"/> OTRA (Especifique) _____ EXAMEN SOLICITADO <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/> IDENTIFICACION <input type="checkbox"/> PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		LABORATORIO O ESTABLECIMIENTO QUE ENVIA TIPO y NOMBRE: _____ TELEFONO y/o FAX: _____ Correo electronico: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____	
2.- APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ 3.- EDAD: _____ 4.- SEXO: M ____ F ____ 5.- NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD: _____ 6.- DIRECCION: _____ .- PARROQUIA: _____ .- MUNICIPIO: _____ .- ESTADO: _____ 7.- TELEFONO: _____ CELULAR : _____ CORREO ELECTRONICO: _____			
8.- CONDICION DEL PACIENTE Y/O COMORBILIDAD <input type="checkbox"/> BK (+) en el control del 3er mes <input type="checkbox"/> Recaida <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Privado de Libertad <input type="checkbox"/> Contacto de MDR <input type="checkbox"/> Recuperación de perdida al seguimiento <input type="checkbox"/> VIH positivo <input type="checkbox"/> Inmigrante (< de 2 años en el país) <input type="checkbox"/> Fracaso de Tratamiento (Reg. 1) Procedencia: _____ <input type="checkbox"/> Fracaso de Tratamiento (Reg. 3) <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Otros: _____			
9. INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR CEPAS.- SE DEBE ENVIAR CULTIVO PRIMARIO, NO REPIQUE 9.1 RESULTADO DEL ZIEHL NEELSEN: _____ 9.2 FECHA DE SIEMBRA: DIA: ____ MES: ____ AÑO: ____ 9.3 FECHA DE CRECIMIENTO: DIA: ____ MES: ____ AÑO: ____ 9.4 NUMERO DE COLONIAS: ____ NRO IDENTIFICACIÓN: ____ 9.5 TIEMPO DE DESARROLLO: _____ DIAS: _____ (Mayor de veinte para prueba de sensibilidad a excepción de pacientes con depresión de la inmunidad. EJ: VIH/SIDA.)			
10. INFORMACION ADICIONAL QUE EL LABORATORIO O EL MEDICO CONSIDEN PERTINENTE: _____ _____ _____			
11. NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ 12.- TELEFONO/FAX: _____ CORREO @ : _____ 14.FECHA DE SOLICITUD: _____ DÍA: ____ MES: ____ AÑO: ____ 15.- FIRMA: _____			

4.- Ficha Epidemiológica de Tuberculosis

PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS		SERIE	CASO NÚMERO	COHORTE								
1.- NOTIFICACION	I.-CASO NUEVO <input type="checkbox"/> II.-RECAÍDA <input type="checkbox"/> III.-FRACASO <input type="checkbox"/> IV.-MDR <input type="checkbox"/> V.-QUIMIOPROFILAXIS <input type="checkbox"/> VI.- REINGRESO POR PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO (ABANDONO) <input type="checkbox"/> DETECTADO EN LA BUSQUEDA DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO Y NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA: _____ FECHA: _____ PARROQUIA: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____											
2.- DATOS DEL PACIENTE	2.1.- APELLIDOS Y NOMBRES: _____ 2.2.- C.I. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>V</td><td></td></tr><tr><td>E</td><td></td></tr></table> 2.3.- EDAD _____ 2.4.- SEXO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>M</td><td></td></tr><tr><td>F</td><td></td></tr></table> 2.5.- LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PAÍS: _____ 2.6.- FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ 2.7.- INDÍGENA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ETNIA: _____ 2.8.- OCUPACIÓN: _____				V		E		M		F	
V												
E												
M												
F												
3.- DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL	3.1.- AVENIDA, CALLE, VEREDA, CARRETERA, VIA, CAÑO U OTRO: _____ 3.2.- NOMBRE DE EDIFICIO, QUINTA, CASA O VIVIENDA: _____ 3.3.- NUMERO DE APARTAMENTO, QUINTA, CASA O VIVIENDA: _____ 3.4.- URBANIZACIÓN, BARRIO, ZONA O SECTOR: _____ 3.5.- CIUDAD O POBLACION: _____ 3.6.- PARROQUIA: _____ 3.7.- MUNICIPIO: _____ 3.8.- ESTADO: _____ 3.9.- TELÉFONO FIJO: _____ 3.10.- CELULAR: _____ 3.11.- CORREO ELECTRÓNICO: _____											
4.- INFORMACION COMPLEMENTARIA	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> 4.1.- ANTECEDENTES 1 <input type="checkbox"/> CICATRIZ BCG 2 <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE TB 3 <input type="checkbox"/> CONTACTO TB 4 <input type="checkbox"/> CONTACTO TB-MDR 5 <input type="checkbox"/> RECIBIÓ OMP CON ISONIACIDA </td> <td style="width: 33%;"> 4.2.- COMORBILIDAD 1 <input type="checkbox"/> SIDA Y/O VIH 2 <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS 3 <input type="checkbox"/> DESNUTRICIÓN 4 <input type="checkbox"/> SILICOSIS 5 <input type="checkbox"/> CÁNCER 6 <input type="checkbox"/> INMUNOSUPRESIÓN 7 <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL </td> <td style="width: 33%;"> 4.3.- CONDICIÓN DE RIESGO 1 <input type="checkbox"/> PRIVADO DE LIBERTAD 8 <input type="checkbox"/> USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2 <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD 9 <input type="checkbox"/> OTROS 3 <input type="checkbox"/> CONSUMO DE ALCOHOL 4 <input type="checkbox"/> CONSUMO DE TABACO 5 <input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONDICIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL 6 <input type="checkbox"/> INMIGRANTE (MENOS DE DOS AÑOS EN EL PAIS) 7 <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA POR _____ </td> </tr> </table>				4.1.- ANTECEDENTES 1 <input type="checkbox"/> CICATRIZ BCG 2 <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE TB 3 <input type="checkbox"/> CONTACTO TB 4 <input type="checkbox"/> CONTACTO TB-MDR 5 <input type="checkbox"/> RECIBIÓ OMP CON ISONIACIDA	4.2.- COMORBILIDAD 1 <input type="checkbox"/> SIDA Y/O VIH 2 <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS 3 <input type="checkbox"/> DESNUTRICIÓN 4 <input type="checkbox"/> SILICOSIS 5 <input type="checkbox"/> CÁNCER 6 <input type="checkbox"/> INMUNOSUPRESIÓN 7 <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL	4.3.- CONDICIÓN DE RIESGO 1 <input type="checkbox"/> PRIVADO DE LIBERTAD 8 <input type="checkbox"/> USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2 <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD 9 <input type="checkbox"/> OTROS 3 <input type="checkbox"/> CONSUMO DE ALCOHOL 4 <input type="checkbox"/> CONSUMO DE TABACO 5 <input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONDICIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL 6 <input type="checkbox"/> INMIGRANTE (MENOS DE DOS AÑOS EN EL PAIS) 7 <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA POR _____					
4.1.- ANTECEDENTES 1 <input type="checkbox"/> CICATRIZ BCG 2 <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE TB 3 <input type="checkbox"/> CONTACTO TB 4 <input type="checkbox"/> CONTACTO TB-MDR 5 <input type="checkbox"/> RECIBIÓ OMP CON ISONIACIDA	4.2.- COMORBILIDAD 1 <input type="checkbox"/> SIDA Y/O VIH 2 <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS 3 <input type="checkbox"/> DESNUTRICIÓN 4 <input type="checkbox"/> SILICOSIS 5 <input type="checkbox"/> CÁNCER 6 <input type="checkbox"/> INMUNOSUPRESIÓN 7 <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL	4.3.- CONDICIÓN DE RIESGO 1 <input type="checkbox"/> PRIVADO DE LIBERTAD 8 <input type="checkbox"/> USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2 <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SALUD 9 <input type="checkbox"/> OTROS 3 <input type="checkbox"/> CONSUMO DE ALCOHOL 4 <input type="checkbox"/> CONSUMO DE TABACO 5 <input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONDICIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL 6 <input type="checkbox"/> INMIGRANTE (MENOS DE DOS AÑOS EN EL PAIS) 7 <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA POR _____										
5.- BASE DIAGNÓSTICA	5.1.- BACTERIOLOGÍA DE ESPUTO 1 <input type="checkbox"/> DIRECTO POSITIVO 2 <input type="checkbox"/> XPERT MTB/RIF SENSIB. RESISTENTE 3 <input type="checkbox"/> DIREC. NEG - CULT. POS. 4 <input type="checkbox"/> DIREC. NEG /CULT. NEG. 5.2.- BACTERIOLOGÍA DE MUESTRAS EXTRAPULMONARES 1 <input type="checkbox"/> DIRECTO POSITIVO 2 <input type="checkbox"/> XPERT MTB/RIF SENSIB. RESISTENTE 3 <input type="checkbox"/> DIREC. NEG - CULT. POS. 4 <input type="checkbox"/> DIREC. NEG /CULT. NEG. 5.3.- CLÍNICA 1 <input type="checkbox"/> SINTOMÁTICO 2 <input type="checkbox"/> ASINTOMÁTICO 5.4.- RADIOLOGÍA 1 <input type="checkbox"/> TÓRAX 2 <input type="checkbox"/> OTRAS 3 <input type="checkbox"/> NO PRACTICADA 1 <input type="checkbox"/> SIN LESIÓN 2 <input type="checkbox"/> UNILATERAL 3 <input type="checkbox"/> BILATERAL CAVERNA INFILTRADO DERRAME PLEURAL 5.5.- HISTOLOGÍA 1 <input type="checkbox"/> POSITIVA 2 <input type="checkbox"/> NEGATIVA 3 <input type="checkbox"/> NO PRACTICADA 5.6.- TUBERCULINA 1 <input type="checkbox"/> PRACTICADA 2 <input type="checkbox"/> NO PRACTICADA 5.7.- ADA: _____ UNID _____											
6.- CLASIFICACIÓN	6.1.- DIAGNÓSTICO: _____ CODIGO CIE 10 _____ 6.2.- LOCALIZACIÓN 1 <input type="checkbox"/> PULMONAR 2 <input type="checkbox"/> EXTRAPULMONAR 3 <input type="checkbox"/> AMBAS 1 <input type="checkbox"/> PLEURAL 2 <input type="checkbox"/> MENINGEA 3 <input type="checkbox"/> MILIAR 4 <input type="checkbox"/> GANGLIONAR 5 <input type="checkbox"/> INTESINAL 6 <input type="checkbox"/> OSTEOARTICULAR 7 <input type="checkbox"/> GENITOURINARIA 8 <input type="checkbox"/> PHEL 9 <input type="checkbox"/> OJO 10 <input type="checkbox"/> OTRAS: _____											
7.- TRATAMIENTO	7.1.- INICIO 1 <input type="checkbox"/> AMBULATORIO 2 <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO INTENSIVA: _____ H _____ R _____ Z _____ E _____ S _____ Am _____ Eto _____ Lfx _____ Ca _____ PAS _____ OTROS _____ N° DE TOMAS _____ 7.3.- ADMINISTRACIÓN 1 <input type="checkbox"/> TAES (SUPERVISADO) 2 <input type="checkbox"/> NO TAES (CAUSA) _____ MANTENIMIENTO: _____ H _____ R _____ Eto _____ Lfx _____ Cs _____ OTROS _____ N° DE TOMAS _____											
8.- INVESTIGACIÓN SOBRE VIH	8.2.- SEROLOGÍA PARA VIH 1 <input type="checkbox"/> NO REACTIVO 2 <input type="checkbox"/> REACTIVO 3 <input type="checkbox"/> NO PRACTICADO RESULTADO DE CD4: _____ FECHA: _____ / _____ / _____ 8.3.- TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SI 8.4.- TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL 1 <input type="checkbox"/> LO RECIBE ACTUALMENTE 2 <input type="checkbox"/> PENDIENTE POR INICIAR											
9.- OBSERVACIONES Y DATOS MÉDICOS	9.1.- OBSERVACIONES 9.2.- MÉDICO QUE NOTIFICA APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° DE MSDS/MPPS: _____ FIRMA: _____ SELLO _____ TELÉFONOS: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ 9.3.- COORDINACIÓN ESTADAL APELLIDOS Y NOMBRES: _____ CARGO: _____ FIRMA: _____ SELLO _____											

5.- Informe final de evaluación de tratamiento.

Gobierno Bolivariano de Venezuela		Ministerio del Poder Popular para la Salud		PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS INFORME FINAL DE TRATAMIENTO		SERIE	CASO NÚMERO	COHORTE							
I.-CASO NUEVO <input type="checkbox"/> II.-RECAÍDA <input type="checkbox"/> III.- FRACASO <input type="checkbox"/> IV.- MDR <input type="checkbox"/> V.- REINGRESO POR PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO (ABANDONO) <input type="checkbox"/> VI.- TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/>															
1.-TIPO Y NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: 2.- FECHA DEL INFORME															
3.-PARROQUIA: 4.- MUNICIPIO 5.- ESTADO:															
DATOS DEL PACIENTE															
6.-APELLIDOS Y NOMBRES:						7.- CÉDULA DE IDENTIDAD:									
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E									
8.- EDAD EN AÑOS						9.-SEXO 10.- CONDICIÓN ASOCIADA									
						ESPECIFIQUE									
INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ADMINISTRADO															
11.- INICIO DE TRATAMIENTO / /			12.-FORMA DE ADMINISTRACION												
<input type="checkbox"/> AMBULATORIO			<input type="checkbox"/> TOTAL SUPERVISADO (TAES)												
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO			<input type="checkbox"/> OTROS (NO TAES) PORQUE ? EXPLIQUE:												
13.- DURACIÓN Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS															
RÉGIMEN	FASE	TOMAS PROGRAMADAS	TOMAS CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO	MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS										
	INTENSIVA				H	R	Z	E	S	Am	Eto	Lfx	Cs	PAS	OTROS
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MANTENIMIENTO				H	R	Z	E	S	Eto	Lfx	Cs	PAS	OTROS	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- TB PULMONAR: EVALUACIÓN BACTERIOLÓGICA DURANTE EL TRATAMIENTO															
3er mes { Directo positivo Directo negativo No practicado			5to mes { Directo positivo Directo negativo No practicado			6to mes { Directo positivo Directo negativo No practicado									
15.- CONDICION AL FINAL DE TRATAMIENTO (CATEGORIAS DE EGRESO)															
15.1.- CURADO		15.2.- <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO TERMINADO		15.3.- <input type="checkbox"/> FRACASO		15.4.- <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO (SEMANA):									
15.5.- FALLECIDO		15.6.- <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA A OTRO ESTADO / PAÍS FECHA: ENTIDAD:													
INFORMACION EN CASO DE PACIENTES VIH/SIDA															
16.1.- RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL SI ___ NO ___ FECHA INICIO:						16.2.-RECIBIÓ TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL SI..... NO.....									
16.3.- SE REALIZÓ PCR EN TIEMPO REAL (Xpert MTB/Rif) SI: ___ NO: ___ RESULTADOS DEL Xpert MTB/Rif:															
17.- OBSERVACIONES:															
18.-MÉDICO QUE ELABORO EL INFORME FINAL DE TRATAMIENTO						19.-REVISIÓN POR COORDINACIÓN REGIONAL									
APELLIDOS Y NOMBRES:						APELLIDOS Y NOMBRES:									
N° DE MSDS:			TELÉFONO:			CARGO:									
FIRMA:						FIRMA:									

6.- Hoja de transferencia.



Gobierno Bolivariano
de Venezuela | Ministerio del Poder Popular
para la Salud

PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DE
CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
HOJA DE TRANSFERENCIA PARA PACIENTES

ESTABLECIMIENTO A DONDE SE TRASLADA EL PACIENTE: _____

DISTRITO O MUNICIPIO SANITARIO: _____ ESTADO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN ACTUAL DEL PACIENTE:

AVENIDA, CALLE, VEREDA, CARRETERA, VIA, CAÑO U OTRO _____

NRO DE APARTAMENTO, QUINTA, CASA O VIVIENDA _____ NOMBRE DE EDIFICIO, QUINTA, CASA O VIVIENDA _____

PUNTO DE REFERENCIA: _____

URBANIZACION, BARRIO, ZONA O SECTOR _____ CIUDAD O POBLACION _____

PARROQUIA _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

TELEFONO _____ CELULAR _____ CORREO ELECTRONICO _____

DIAGNOSTICO: _____

FECHA NOTIFICACIÓN: _____ FECHA INICIO DE TRATAMIENTO: _____

TRATAMIENTO ACTUAL: (ANEXAR TARJETA DE TRATAMIENTO)

REGIMEN: Nº 1 Nº 2 Nº 3 OTROS: _____

DIRECCIÓN DONDE SE VA A RESIDENCIAR, UNA VEZ TRASLADADO:

AVENIDA, CALLE, VEREDA, CARRETERA, VIA, CAÑO U OTRO _____

NRO DE APARTAMENTO, QUINTA, CASA O VIVIENDA _____ NOMBRE DE EDIFICIO, QUINTA, CASA O VIVIENDA _____

PUNTO DE REFERENCIA: _____

URBANIZACION, BARRIO, ZONA O SECTOR _____ CIUDAD O POBLACION _____

PARROQUIA _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

TELEFONO _____ CELULAR _____ CORREO ELECTRONICO _____

OBSERVACIONES: _____

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE EL PACIENTE: _____

DISTRITO O MUNICIPIO SANITARIO: _____ ESTADO: _____

TELEFONO Y/O FAX: _____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE _____ FECHA _____

FAVOR ACUSAR RECIBO DEVOLVIENDO LA PARTE INFERIOR DE LA HOJA

✂ _____

EL ESTABLECIMIENTO: _____

DISTRITO O MUNICIPIO SANITARIO: _____ ESTADO: _____

HA RECIBIDO AL PACIENTE: _____

ENVIADO DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DISTRITO O MUNICIPIO SANITARIO: _____ ESTADO: _____

TELEFONO Y/O FAX: _____ RESPONSABLE _____

FIRMA _____ FECHA _____

7.- Notificación de Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos. (RAFA)

Gobierno Bolivariano de Venezuela Ministerio del Poder Popular para la Salud		NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">SERIE</th> <th style="width: 40%;">CASO NUMERO</th> <th style="width: 40%;">COHORTE</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SERIE	CASO NUMERO	COHORTE			
SERIE	CASO NUMERO	COHORTE									
I.-CASO NUEVO <input type="checkbox"/> II.-RECAIDA <input type="checkbox"/> III.- FRACASO <input type="checkbox"/> IV.-CRONICO <input type="checkbox"/> V.-QUIMIOPROFILAXIS <input type="checkbox"/>											
FECHA _____ 1.-ESTABLECIMIENTO: _____											
2.- MUNICIPIO: _____		3.- ESTADO _____									
4.-APELIDOS: _____		5.-NOMBRES: _____		6.-C. I : _____							
6.- EDAD: _____		7. - PESO _____		8.- FECHA EN QUE INICIO EL TRATAMIENTO ANTI -TUBERCULOSO _____							
9.- FARMACOS ANTI-TUBERCULOSOS RECIBIDOS POR EL PACIENTE AL MOMENTO DE PRODUCIRSE LA REACCION ADVERSA											
9.1.- ISONIACIDA <input type="checkbox"/>	9.4.- PIRAZINAMIDA <input type="checkbox"/>	9.7.-PROTIONAMIDA <input type="checkbox"/>	9.10.- CICLOSERINA <input type="checkbox"/>								
9.2.- RIFAMPICINA <input type="checkbox"/>	9.5.-ESTREPTOMICINA <input type="checkbox"/>	9.8.- OFLOXACINA <input type="checkbox"/>	9.11.-PAS <input type="checkbox"/>								
9.3.- ETHABUTOL <input type="checkbox"/>	9.6.-ETHIONAMIDA <input type="checkbox"/>	9.9.-CAPREOMICINA <input type="checkbox"/>	9.12.- OTRO (especifique) _____								
10.- FARMACOS SOSPECHOSOS DE PROVOCAR LA REACCION ADVERSA											
10.1.- ISONIACIDA <input type="checkbox"/>	10.4.- PIRAZINAMIDA <input type="checkbox"/>	10.7.-PROTIONAMIDA <input type="checkbox"/>	10.10.- CICLOSERINA <input type="checkbox"/>								
10.2.- RIFAMPICINA <input type="checkbox"/>	10.5.-ESTREPTOMICINA <input type="checkbox"/>	10.8.- OFLOXACINA <input type="checkbox"/>	10.11.-PAS <input type="checkbox"/>								
10.3.- ETHABUTOL <input type="checkbox"/>	10.6.-ETHIONAMIDA <input type="checkbox"/>	10.9.-CAPREOMICINA <input type="checkbox"/>	10.12.- OTRO (especifique) _____								
11.- LAS DOSIS DE LOS FARMACOS ADMINISTRADOS SE RIGEN POR LOS ESQUEMAS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
12.- FECHA EN QUE SE INICIA LA REACCION ADVERSA? _____											
13.- SUSPENSION DE LOS FARMACOS?		14.- FECHA DE LA SUSPENSION									
13.1.- TODOS <input type="checkbox"/>	13.2.- SOLO LOS SOSPECHOSOS <input type="checkbox"/>	13.3.- NINGUNO <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">D</th> <th style="width: 33%;">M</th> <th style="width: 33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		D	M	AÑO				
D	M	AÑO									
15.- REACCION ADVERSA PRESENTADA:											
15.1.- MALESTAR GENERAL <input type="checkbox"/>	15.12.-CEFALEA <input type="checkbox"/>	15.23.-CONVULSIONES <input type="checkbox"/>									
15.2.- ERUPCION MACULO Y/O PAPERULAR <input type="checkbox"/>	15.13.-CAMBIOS DE CONDUCTA <input type="checkbox"/>	15.24.-HEMOLISIS <input type="checkbox"/>									
15.3.-DERMATITIS EXFOLIATIVA <input type="checkbox"/>	15.14.-SINDROME GRIPAL <input type="checkbox"/>	15.25.-ARTRALGIAS <input type="checkbox"/>									
15.4.- PRURITO <input type="checkbox"/>	15.15.- DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/>	15.26.-SINDROME GOTOSO <input type="checkbox"/>									
15.5.- NAUSEAS <input type="checkbox"/>	15.16.-SINDROME STEVENS - JOHNSON <input type="checkbox"/>	15.27.- ANURIA <input type="checkbox"/>									
15.6.-VOMITOS <input type="checkbox"/>	15.17.-ICTERICIA <input type="checkbox"/>	15.28.-HIPOAUSIA <input type="checkbox"/>									
15.7.- GASTRITIS <input type="checkbox"/>	15.18.-ICTERICIA + FENOMENO HEMORRAGICO <input type="checkbox"/>	15.29.-TRASTORNOS VESTIBULARES <input type="checkbox"/>									
15.8.- ANOREXIA <input type="checkbox"/>	15.19.- ICTERICIA + COMA <input type="checkbox"/>	15.30.-DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL <input type="checkbox"/>									
15.9.- EUFORIA <input type="checkbox"/>	15.20.-PURPURA <input type="checkbox"/>	15.31.-VISION BORROSA <input type="checkbox"/>									
15.10.-INSOMNIO <input type="checkbox"/>	15.21.-INSUFICIENCIA RENAL AGUDA <input type="checkbox"/>	15.32.-NEURITIS OPTICA RETROBULBAR <input type="checkbox"/>									
15.11.-POLINEUROPATIA <input type="checkbox"/>	15.22.-MAREOS <input type="checkbox"/>										
16.- PRESENTA ENFERMEDAD ASOCIADA? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE _____											
17.- EVOLUCION AL RETIRAR EL FARMACO (S)?		18.-RE-EXPOSICION AL FARMACO (S) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>									
17.1.- MEJORIA <input type="checkbox"/>	17.2.- NO MEJORIA <input type="checkbox"/>	17.3.-DESCONOCIDA <input type="checkbox"/>	En caso de ser afirmativo responde:								
			18.1.- Hubo recurrencia de las reacciones adversas <input type="checkbox"/>								
			18.2.-No Hubo recurrencia de las reacciones adversas <input type="checkbox"/>								
			18.3.-Desconocido <input type="checkbox"/>								
19.- AMERITO HOSPITALIZACION? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
20.-EVOLUCION											
20.1.-Se recupera de las reacciones adversas sin secuelas. <input type="checkbox"/>		20.3.-Aún no se recupera. <input type="checkbox"/>									
20.2.-Se recupera de las reacciones adversas con secuelas. <input type="checkbox"/>		20.4.-Fallecido a consecuencia de reacciones adversas. <input type="checkbox"/>									
20.-SE MODIFICO EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO INICIAL POSTERIOR A LA EVOLUCION DE LAS REACCIONES ADVERSAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
21.-FARMACO RETIRADO DEFINITIVAMENTE DEL ESQUEMA:											
9.1.- ISONIACIDA <input type="checkbox"/>	9.4.- PIRAZINAMIDA <input type="checkbox"/>	9.7.-PROTIONAMIDA <input type="checkbox"/>	9.10.- CICLOSERINA <input type="checkbox"/>								
9.2.- RIFAMPICINA <input type="checkbox"/>	9.5.-ESTREPTOMICINA <input type="checkbox"/>	9.8.- OFLOXACINA <input type="checkbox"/>	9.11.-PAS <input type="checkbox"/>								
9.3.- ETHABUTOL <input type="checkbox"/>	9.6.-ETHIONAMIDA <input type="checkbox"/>	9.9.-CAPREOMICINA <input type="checkbox"/>	9.12.- OTRA (especifique) _____								
23.- MEDICO QUE NOTIFICA APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° DE MS: _____ CARGO: _____ FIRMA: _____		24.-COORDINACION REGIONAL APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° DE MS: _____ CARGO: _____ FIRMA: _____									

ESTABLECIMIENTO: _____
 PARRQUIJA: _____
 MUNICIPIO: _____
 ESTADO: _____

PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES

Gobierno Bolivariano | Ministerio del Poder Popular
 para la Salud

MES: _____ AÑO: _____

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL MES
VACUACION BCG A RECEN NACIDOS																																
VACUACION BCG 1 A 11 MESES																																
VACUACION BCG 1 Y MAS AÑOS																																
TOTAL PRIMOVACUACION																																
TRAS CONSULTAS 15 AÑOS Y MAS																																
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS																																
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS EXAMINADOS																																
CONTACTOS REGISTRADOS																																
CONTACTOS EXAMINADOS																																
QUIMIOPROFILAXIS INICIADAS 0 A 14 AÑOS																																
QUIMIOPROFILAXIS INICIADAS 15 AÑOS Y MAS																																
CASOS NUEVOS SERIE P 0 A 14 AÑOS																																
CASOS NUEVOS SERIE P 15 AÑOS Y MAS																																
CASOS NUEVOS SERIE II 0 A 14 AÑOS																																
CASOS NUEVOS SERIE II 15 AÑOS Y MAS																																
CASOS NUEVOS SERIE EP 0 A 14 AÑOS																																
CASOS NUEVOS SERIE EP 15 AÑOS Y MAS																																
TOTAL CASOS NUEVOS																																
RECABDAS																																
EGRESOS POR CURACION																																
EGRESOS POR FRACASO																																
EGRESOS POR ABANDONO																																
EGRESOS POR TRANSFERENCIA																																
EGRESOS POR MUERTE																																
TOTAL EGRESOS																																

PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

ESTABLECIMIENTO _____
MUNICIPIO _____
ESTADO _____

ACTIVIDAD	TOTAL MES
VACUNACION BCG A RECEN NACIDOS	
VACUNACION BCG 1 A 11 MESES	
VACUNACION BCG 1 Y MAS AÑOS	
TOTAL PRIMOVACUNACION	
TRAS CONSULTAS 15 AÑOS Y MAS	
SIINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS	
SIINTOMATICOS RESPIRATORIOS EXAMINADOS	
CONTACTOS REGISTRADOS	
CONTACTOS EXAMINADOS	
QUIMIOPROFILAXIS INICIADAS 0 A 14 AÑOS	
QUIMIOPROFILAXIS INICIADAS 15 AÑOS Y MAS	

ACTIVIDAD	TOTAL MES
CASOS NUEVOS SERIE P 0 A 14 AÑOS	
CASOS NUEVOS SERIE P 15 AÑOS Y MAS	
CASOS NUEVOS SERIE II 0 A 14 AÑOS	
CASOS NUEVOS SERIE II 15 AÑOS Y MAS	
CASOS NUEVOS SERIE EP 0 A 14 AÑOS	
CASOS NUEVOS SERIE EP 15 AÑOS Y MAS	
TOTAL CASOS NUEVOS	
RECAIDAS	
EGRESOS POR CURACION	
EGRESOS POR FRACASO	
EGRESOS POR ABANDONO	
EGRESOS POR TRANSFERENCIA	
EGRESOS POR MUERTE	
TOTAL EGRESOS	