



Evaluación de riesgo de tuberculosis del paciente

Complete este formulario para cualquier paciente que reciba o solicite una prueba cutánea de tuberculina. Este formulario debe utilizarse como herramienta de detección para determinar si las pruebas cutáneas están indicadas y como una herramienta para documentar el riesgo antes de las pruebas. También puede utilizarse para documentar la revisión de un síntoma para una persona con antecedentes de infección o enfermedad de TB.

INFORMACIÓN DEL CENTRO

Fecha _____

Centro/Clínica _____

Dirección de correo _____ Teléfono _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ Fax _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (apellido) _____ (primer nombre) _____ Fecha de Nac. _____ Sexo _____

Ocupación _____ Lugar de nacimiento EE.UU. Otro (indicar) _____

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número telefónico _____ Contacto alternativo/tutor _____

Raza Caucásico Negro/Afroamericano Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Se desconoce Otro _____

Etnia No hispano Hispano/Latino N° de Seguro Social _____ (requerido para asistencia médica)

DETECCIÓN O TRATAMIENTO DE TB ANTERIOR

¿Se ha realizado anteriormente una prueba cutánea o sanguínea de TB? No Sí, fecha de última prueba _____

Resultado Neg Pos _____mm

¿Alguna vez recibió tratamiento para enfermedad o infección de TB? No Sí, indique fechas de tratamiento, lugar y medicamentos _____

¿Alguna vez se vacunó contra la TB (BCG)? No Sí, país y fecha de la vacuna _____

¿Recibió, en los últimos 30 días, una vacuna viral viva tal como la vacuna triple vírica, varicela, gripe, fiebre amarilla? No Sí, fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

Se utilizan pruebas de detección con el fin de detectar la infección de TB para identificar a aquellas personas que podrían necesitar más pruebas y/o tratamiento. De acuerdo con la ley estatal, pueden informarse los resultados de prueba positivos al Departamento de Salud de Wyoming (WDH). Tal como lo exige la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), WDH puede usar o divulgar también información médica protegida sin una autorización.

Acuse de recibo de notificación de las prácticas de privacidad: Recibí y leí el aviso del WDH de las prácticas de privacidad y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información.

Firma del cliente (o tutor) _____ Fecha _____

****El resto de este documento debe ser revisado por un enfermero u otro médico.****

EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA TB

Una evaluación anual de síntomas puede servir como revisión para clientes con antecedentes de pruebas positivas anteriores o tratamiento anterior de la TB. Los síntomas de la TB pulmonar aumentan el riesgo de la infección o enfermedad de TB. Evaluar estos síntomas en contexto.

S	N	Tos prolongada (>2-3 semanas) con o sin producción de esputo que puede ser hemoptoico	S	N	Diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad que no ha mejorado después de 7 días de tratamiento
S	N	Dolor torácico	S	N	Pérdida de peso inexplicable

S	N	Escalofríos	S	N	Debilidad o quedar fatigado fácilmente
S	N	Fiebre	S	N	Pérdida de apetito
S	N	Sudores nocturnos	S	N	Otro _____

Iniciales del médico/enfermero _____ Fecha _____
Nombre del cliente _____ Fecha de Nac. _____

DETECCIÓN DE RIESGO DE TB DIRIGIDA

Revisar los siguientes factores de riesgo con cada cliente antes de tomar una decisión de realizar pruebas. La detección debería identificar a aquellas personas que tengan más riesgo de evolución a una enfermedad activa y aquellas con alto riesgo de adquirir la infección de TB. Una decisión de evaluar es una decisión de tratar.

Marque si corresponde	Empleo (identifique el centro)
	Centros correccionales o de detención
	Centros hospitalarios u otros de atención médica
	Refugio para desamparados
	Centros de atención infantil (detección inicial a menos que existan otros factores de riesgo)
	Centros de atención a largo plazo
	Centros de salud mental
	Otro

Marque si corresponde	Riesgos sociales (identifique el país o centro, según sea necesario)
	Personas nacidas en el extranjero de zonas que tienen una alta carga de TB (por ejemplo, América Latina, el Caribe, África, Asia, Europa Oriental, Rusia, América del Sur). <i>Indique el país</i> _____
	Bebés, niños, adolescentes frecuentemente expuestos a adultos con alto riesgo de infección por TB
	Bebés, niños, adolescentes con historias de viajes a países con infección endémica (indicados anteriormente) y contacto sustancial con personas nativas de dichos países. <i>Indique el país y la duración</i> _____
	Los viajeros que prevean una exposición prolongada a TB (por ejemplo, hospital, prisión, poblaciones de refugio para desamparados) o aquellos que puedan tener una estadía extendida por un período de años en un país endémico (indicado anteriormente). Las pruebas negativas deberían repetirse 8-10 semanas después del regreso. <i>Indique el país</i> _____
	Residentes de entornos congregados de alto riesgo (por ejemplo, centros de atención a largo plazo, instituciones de salud mental, refugios para desamparados). <i>Indicar centro</i> _____
	Sin hogar (en el pasado o actualmente)
	Consumo de drogas ilícitas
	Otro

La presencia de ciertas afecciones clínicas o inmunocomprometidas puede aumentar el riesgo de avance a enfermedad de TB activa si una persona ya está infectada con TB.

Marque si corresponde	Condiciones clínicas	Comentarios
	VIH/SIDA	
	Silicosis	
	Diabetes	
	Insuficiencia renal crónica/Enfermedad Renal en Estado Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)	
	Enfermedad hematológica/reticuloendotelial	
	Cáncer de cabeza, cuello, pulmón	
	Peso corporal bajo (10% o más por debajo del peso ideal)	
	Uso prolongado de corticosteroides	
	Otra terapia inmunosupresora (por ejemplo, prednisona o TNF-alfa)	
	Trasplante de órganos	
	Síndromes de malabsorción crónica	
	Hallazgo de radiografía de tórax que sugiere enfermedad de TB previa sin un historial de tratamiento adecuado	
	Bypass intestinal o gastrectomía	

INVESTIGACIÓN DE CONTACTO

¿Ha estado expuesto el cliente a alguien con enfermedad de TB activa? N S (Se recomienda ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA), preautorización disponible)

Nombre de contacto _____

Iniciales del médico/enfermero _____ Fecha _____

Nombre del cliente _____ Fecha de Nac. _____

PRUEBAS DE TB Y REGISTRO DE TRATAMIENTO

INFORMACIÓN DE PRUEBAS

Primera prueba cutánea

Lote/Vto _____ Fecha de lectura _____
Sitio _____ Hora de lectura _____
Fecha de colocación _____ Leída por _____
Hora de colocación _____ Induración _____ mm
Colocada por _____ Positivo Negativo

Segunda prueba cutánea

Lote/Vto _____ Fecha de lectura _____
Sitio _____ Hora de lectura _____
Fecha de colocación _____ Leída por _____
Hora de colocación _____ Induración _____ mm
Colocada por _____ Positivo Negativo

Prueba IGRA T-Spot Quantiferon Fecha de extracción _____ Fecha de resultado _____
Resultado _____

Radiografía torácica Fecha _____ Resultados _____

Prueba de VIH Negativo Positivo Se desconoce (no se realizó la prueba) Rechazado (no se realizó la prueba)

Cultivo de esputo Fecha _____ Resultados _____

Fecha _____ Resultados _____

Pruebas de función hepática Fecha _____ Comentarios _____

Fecha _____ Comentarios _____

Fecha _____ Comentarios _____

Otras pruebas/comentarios _____

TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS

La asistencia de medicamentos para la TB puede estar disponible a través del programa de TB. Presente esta evaluación de riesgos completada, el informe de la radiografía torácica, y copia de la receta al programa de TB de WHD al (307) 777-5279. El paciente cuenta con un seguro no cuenta con un seguro.

Isoniazid _____ **Proveedor recetador** _____

Rifapentina _____ **Fecha de comienzo de la terapia** _____

Rifampicina _____ **Fecha de finalización de la terapia** _____

Etambutol _____ **Fecha de interrupción de la terapia** _____

Rifabutina _____ **Motivo** Muerte Reacción adversa Mudanza Pérdida de seguimiento

Pirazinamida _____ Diagnosticado c/ enfermedad activa No cumple

Después de que el cliente complete o interrumpa la terapia, completar la sección anterior y proporcionar constancia de finalización del programa de TB.

Comentarios

Enfermero/Médico (firma y credenciales) _____ Fecha _____

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS DE TUBERCULINA DE MANTOUX

Información importante sobre las pruebas cutáneas:

La prueba de Mantoux debe leerse 48 a 72 horas después de la inyección, y el diámetro de induración (no eritema) debe medirse transversalmente con respecto al eje longitudinal del antebrazo y registrarse en milímetros.

Para las siguientes personas que presenten el riesgo más alto de desarrollar enfermedad de tuberculosis activa si se infectan, las pruebas cutáneas de tuberculina se consideran positivas a **5 mm de induración o más:**

- Contactos recientes de los pacientes que padecen TB
- Personas con cambios fibróticos en la radiografía torácica consistentes con TB previa
- Los pacientes con trasplantes de órganos y otros pacientes inmunosuprimidos (por ejemplo, que toman el equivalente de > 15 mg/día de prednisona para 1 mes o más, o que toman inhibidores del factor de necrosis de tumor)
- Personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA)

Para las siguientes personas con otras **afecciones médicas de alto riesgo** conocidas o **riesgos de población** por infección reciente, las pruebas cutáneas de tuberculina son positivas a **10 mm de induración o más:**

- Personas nacidas en el extranjero, incluidos niños, de zonas que tienen una alta incidencia o prevalencia de TB (por ejemplo, América Latina y el Caribe, África, Asia, Europa Occidental y Rusia, América del Sur)*
- Consumo de drogas ilícitas
- Residentes y empleados de los siguientes entornos congregados de alto riesgo:
 - Instituciones correccionales
 - Centros de atención a largo plazo
 - Instituciones de salud mental
 - Centros de atención infantil
 - Hospitales y otros centros de atención médica
 - Centros residenciales para pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA)
 - Refugios para desamparados
- Personal de laboratorio de microbiología
- Personas con las siguientes afecciones médicas que las colocan a un alto riesgo:
 - Silicosis
 - Diabetes mellitus
 - Insuficiencia renal crónica/enfermedad renal en estado terminal
 - Enfermedad hematológica/reticuloendotelial
 - Cáncer de cabeza, cuello o pulmón
 - Peso corporal bajo (10% o más por debajo del peso corporal ideal)
 - Bypass intestinal o gastrectomía
 - Síndromes de malabsorción crónica
 - Trasplante de órganos
- Niños < 4 años de edad (a menos que el niño entre en otra categoría debido a la afección o exposición)
- Bebés, niños y adolescentes frecuentemente expuestos a adultos con alto riesgo de infección por TB

- Viajeros que han informado antecedentes de exposición prolongada o estadía extendida en un país endémico (indicado anteriormente)

Para personas con bajo riesgo de TB, para las cuales las pruebas de tuberculina generalmente no están indicadas, las pruebas cutáneas de tuberculina son **positivas a 15 mm de induración o más**:

- Personas sin factores de riesgo conocido para TB.

***Pueden aplicarse instrucciones/recomendaciones adicionales a las personas que procuren ser atendidas por un Cirujano Civil. Proporcionar referencia de las recomendaciones:** <http://www.cdc.gov/ncidod/dq/civil.htm>.

Referencia: Targeted Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection, CDC, MMWR, Vol. 49, RR-6, 9 de junio de 2000.

Ficha informativa de CDC “Targeted Tuberculin Testing and Interpreting Tuberculin skin Test Results, abril de 2005.”
www.cdc.gov/tb.