



Evaluación de riesgo de tuberculosis del paciente

Este formulario debe utilizarse para cualquier cliente que solicite una prueba de tuberculosis, como una herramienta de detección para documentar el riesgo antes de la prueba y para determinar si la prueba está indicada.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Fecha _____
Establecimiento/clínica _____
Dirección postal _____ Teléfono _____
Ciudad/estado/código postal _____ Fax _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nac. _____ Sexo _____
Ocupación _____ País de nacimiento _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Contacto alternativo/tutor _____
Raza ☐ Caucásico ☐ Negro o afroestadounidense ☐ Nativo de EE. UU./nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ No sabe ☐ Otra _____
Etnia ☐ No hispano ☐ Hispano/latino
Estado del seguro médico del paciente: ☐ No asegurado ☐ Asegurado ☐ Medicaid ☐ Medicare

TRATAMIENTO O PRUEBAS ANTERIORES DE TUBERCULOSIS

En el pasado, ¿le realizaron un análisis de sangre o prueba cutánea de tuberculosis? ☐ No ☐ Sí, fecha de la última prueba _____
Resultado ☐ Neg. ☐ Pos. _____mm
¿Alguna vez recibió tratamiento para la enfermedad o infección de tuberculosis? ☐ No ☐ Sí Si es así, indique fechas de tratamiento, ubicación y medicamentos: _____
¿Alguna vez recibió la vacuna contra la tuberculosis (BCG)? ☐ No ☐ Sí, país y fecha de la vacuna _____
En los últimos 30 días, ¿recibió una vacuna viral atenuada como MMR, varicela, gripe, fiebre amarilla? ☐ No ☐ Sí, fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

De acuerdo con la ley estatal, los resultados positivos de las pruebas se pueden informar al Departamento de Salud de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés). Como lo requiere la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), el WDH no puede usar ni divulgar información médica protegida sin una autorización.
Reconocimiento de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad: He recibido y leído el aviso de prácticas de privacidad del WDH y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de 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 SÍNTOMAS DE TUBERCULOSIS

Se debe realizar una revisión de síntomas a todos los clientes. Los síntomas aumentan el riesgo de enfermedad de tuberculosis o de progresión a la enfermedad, pero deben evaluarse en contexto.

S	N	Tos prolongada (>2-3 semanas) con o sin producción de esputo que puede ser con sangre	S	N	Diagnóstico de neumonía extrahospitalaria que no ha mejorado después de 7 días de tratamiento
S	N	Dolor en el pecho	S	N	Pérdida de peso inexplicable
S	N	Escalofríos	S	N	Debilidad o fatiga fácil
S	N	Fiebre	S	N	Pérdida de apetito
S	N	Sudores nocturnos	S	N	Otro

Iniciales del clínico/enfermero _____ Fecha _____

Nombre del cliente _____ Fecha de nac. _____

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS OBJETIVO

Revise los siguientes factores de riesgo antes de decidirse a realizar la prueba. Los clientes con síntomas de tuberculosis o cualquiera de estos factores de riesgo tienen un mayor riesgo de infección o enfermedad de tuberculosis y deben hacerse la prueba. En los clientes con antecedentes de pruebas positivas previas o tratamiento previo contra la tuberculosis, este formulario se puede utilizar como una revisión de síntomas y riesgos. Si no se identifican más síntomas o riesgos, es posible que no sea necesario realizar pruebas.

Marcar si corresponde	Empleo (indicar el lugar)
	Centros correccionales o de detención
	Centro de salud, incluidos estudiantes de salud
	Centro de cuidados prolongados
	Centro para salud mental o consumo de sustancias
	Refugio para personas sin hogar
	Guardería
	Otro

Marcar si corresponde	Riesgos sociales (indique país o centro según sea necesario)
	Personas nacidas en el extranjero de áreas que tienen una carga elevada de tuberculosis (por ejemplo, América Latina, el Caribe, África, Asia, Europa del Este, Rusia, América del Sur). <i>Indicar país(es):</i>
	Bebés, niños y adolescentes expuestos con frecuencia a adultos con alto riesgo de infección por tuberculosis.
	Bebés, niños, adolescentes con antecedentes de viajes a países con infección endémica (enumerados anteriormente) y contacto sustancial con personas nativas de esos países. <i>Indicar el país y la duración</i>
	Los viajeros que anticipan una posible exposición prolongada a personas con tuberculosis (por ejemplo, aquellos que esperan estar en contacto rutinariamente con poblaciones de clínicas, hospitales, cárceles o refugios para personas sin hogar) deben hacerse una prueba cutánea de tuberculosis o un análisis de sangre de tuberculosis antes de salir de los Estados Unidos. Si la reacción a la prueba es negativa, deben repetir la prueba de 8 a 10 semanas después de regresar a los Estados Unidos. <i>Indicar país(es):</i>
	Residentes o antiguos residentes de entornos congregados de alto riesgo (centros de cuidados prolongados, centro de tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias, refugios para personas sin hogar, centro correccional). <i>Indicar lugar(es):</i>
	Sin hogar (en el pasado o en la actualidad)
	Consumo de drogas inyectables (en el pasado o en la actualidad)
	Otro

Marcar si corresponde	Condiciones clínicas con mayor riesgo de progresión a la enfermedad de tuberculosis	Comentarios
	VIH/SIDA	
	Consumo de sustancias	
	Silicosis	
	Diabetes	
	Enfermedad renal grave	
	Enfermedad hematológica/reticuloendotelial	
	Cáncer de cabeza, cuello, pulmón	
	Peso corporal bajo (10 % o más por debajo del ideal)	
	Otra terapia inmunosupresora que incluye tomar el equivalente a >15 mg/día de prednisona durante 1 mes o más, tomar antagonistas del TNF- α .	
	Trasplante de órgano	
	Síndromes de malabsorción crónica, gastrectomía o derivación yeyunoileal (por ej., enfermedad de Crohn)	
	Hallazgo de CXR sugestivo de tuberculosis previa sin antecedentes de tratamiento adecuados	

INVESTIGACIÓN DE CONTACTO

¿El cliente ha estado expuesto a alguien con tuberculosis activa? ☐ N ☐ S (recomendado por IGRA, preautorización disponible)

Nombre de contacto _____

Iniciales del clínico/enfermero _____ Fecha _____

Nombre del cliente _____ Fecha de nac. _____

☐ **No se identificaron síntomas o riesgos; no se indicó ninguna evaluación de tuberculosis.**

Iniciales del clínico/enfermero: _____ Fecha _____

REGISTRO DE PRUEBAS Y TRATAMIENTOS DE TUBERCULOSIS

INFORMACIÓN DE PRUEBAS

Los pacientes que completaron el tratamiento de tuberculosis ya no deben ser examinados para detectar la infección por tuberculosis mediante pruebas cutáneas o ensayos de liberación de interferón gamma (IGRA, por sus siglas en inglés), ya que son predictores poco fiables de infección una vez finalizado el tratamiento. En cambio, cualquier examen de detección de tuberculosis debe ser para enfermedad activa y solo en el contexto de sospecha de reinfección debido a exposición conocida o desarrollo de síntomas.

No realice una prueba cutánea de tuberculosis si el paciente tuvo una prueba de tuberculosis previamente positiva, recibió la BCG o es de origen extranjero.

Primera prueba cutánea

Segunda prueba cutánea

Lote/venc. _____	Fecha de lectura _____	Lote/venc. _____	Fecha de lectura _____
Lugar _____	Hora de lectura _____	Lugar _____	Hora de lectura _____
Fecha de realización _____	Leída por _____	Fecha de realización _____	Leída por _____
Hora de realización _____	Induración _____ mm	Hora de realización _____	Induración _____ mm
Realizada por _____	☐ Positiva ☐ Negativa	Realizada por _____	☐ Positiva ☐ Negativa

La asistencia financiera para el costo de las pruebas IGRA, radiografías de tórax, pruebas de función hepática y cultivos de esputo puede estar disponible para aquellos que califiquen. El formulario de solicitud de autorización previa para este servicio se puede encontrar en <https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/tuberculosis-2/>. Complete el formulario y envíelo a cdu.treatment@wyo.gov o mediante fax al (307) 777-5279.

Prueba de IGRA ☐ T-SPOT ☐ QuantiFERON Gold Fecha de extracción _____ Fecha de resultado _____
Resultado _____

Radiografía de tórax (CXR) Fecha _____ Resultados _____

Prueba de VIH ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ Se negó a la prueba ☐ Se desconoce

Cultivos de esputo Fecha _____ Resultados _____

Fecha _____ Resultados _____

Fecha _____ Resultados _____

Prueba de función hepática (si corresponde)

Fecha _____ Resultados _____

Fecha _____ Resultados _____

Otras pruebas/comentarios _____

TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS

La asistencia con medicamentos para la tuberculosis puede estar disponible a través del programa de tuberculosis. Envíe esta evaluación de riesgos completa, los resultados de laboratorio (si corresponde), el informe CXR y una copia de la receta al programa de tuberculosis de WDH al cdu.treatment@wyo.gov o mediante fax al (307) 777-5279.

- ☐ Isoniacida _____
- ☐ Rifapentina _____
- ☐ Rifampicina _____
- ☐ Etambutol _____
- ☐ Rifabutina _____
- ☐ Pirazinamida _____

Proveedor que receta _____

Fecha de inicio de terapia _____

Fecha de finalización de terapia _____

Fecha de suspensión de terapia _____

Motivo ☐ Fallecimiento ☐ Reacción adversa ☐ Se mudó ☐ No se pudo ubicar al paciente para el seguimiento
☐ Diagnosticado con enfermedad activa ☐ No cumple con indicaciones

Después de que el cliente complete (o suspenda) la terapia, complete la Carta de finalización del tratamiento que se puede encontrar en <https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/tuberculosis-2/> y envíela a cdu.treatment@wyo.gov o mediante fax al (307) 777-5279.

Enfermero/clínico (firma y credenciales) _____ Fecha _____

Comentarios: _____

Enfermero/clínico (firma y credenciales) _____ Fecha _____

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS DE TUBERCULINA DE MANTOUX

Información importante de pruebas cutáneas:

La reacción a la prueba cutánea debe leerse entre 48 y 72 horas después de la administración por un trabajador de la salud capacitado para leer los resultados de la prueba cutánea de tuberculina (TST, por sus siglas en inglés). Un paciente que no regrese dentro de las 72 horas deberá ser reprogramado para otra prueba cutánea.

La reacción debe medirse en milímetros de la induración (hinchazón firme). Quien interpreta los resultados **no** debe medir el eritema (enrojecimiento). El diámetro del área indurada debe medirse a través del antebrazo (perpendicular al eje largo).

Clasificación de la reacción a la prueba cutánea de tuberculina

Una induración de 5 o más milímetros se considera positiva en:

- Personas con VIH
- Un contacto reciente con una persona con tuberculosis infecciosa
- Personas con hallazgos en la radiografía de tórax que sugieran una enfermedad de tuberculosis previa
- Personas con trasplantes de órganos
- Otras personas inmunosuprimidas (por ej., pacientes en terapia prolongada con corticosteroides equivalentes/superiores a 15 mg por día de prednisona o quienes toman antagonistas del TNF-a)

Una induración de 10 o más milímetros se considera positiva en:

- Personas nacidas en países donde la enfermedad de tuberculosis es común, incluidos México, Filipinas, Vietnam, India, China, Haití y Guatemala, u otros países con altas tasas de tuberculosis
- Personas que abusan del alcohol o las drogas
- Trabajadores de laboratorio de micobacteriología
- Personas que viven o trabajan en entornos congregados de alto riesgo (por ej., residencias de ancianos, refugios para personas sin hogar o centros correccionales)

Una induración de 15 o más milímetros se considera positiva en:

- Personas sin factores de riesgo conocidos de tuberculosis

	-Personas con ciertas afecciones médicas que las colocan en alto riesgo de tuberculosis (por ej., silicosis, diabetes mellitus, enfermedad renal grave, ciertos tipos de cáncer y ciertas afecciones intestinales) -Personas con bajo peso corporal (<90 % del peso corporal ideal) -Niños menores de 5 años -Bebés, niños y adolescentes expuestos a adultos en categorías de riesgo elevado	
--	---	--

Referencia: 17/MAY/2021 <https://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/skintesting.htm>

*Se pueden aplicar instrucciones/recomendaciones adicionales a las personas que buscan atención a través de un cirujano civil. Consulte las recomendaciones en <http://www.cdc.gov/ncidod/dq/civil.htm>.