



**Manual de Procedimientos para  
Atención Primaria del Programa  
Nacional para el Control y  
Eliminación de la Tuberculosis**  
Chile 2016

## EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la tuberculosis constituye una EMERGENCIA MUNDIAL. El problema de salud que esta enfermedad representa, ha sido motivo de sucesivos acuerdos de la Asamblea Mundial de la Salud y de recomendaciones a los gobiernos para hacerle frente. En Chile, desde comienzos de 1973 existe un Programa Nacional de Control, que a partir de 1997 se reformuló como Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) que asegura el diagnóstico y tratamiento de los casos, en forma gratuita, para toda la población del país.

### Definición de Programa:

El Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) es un programa de salud pública de alcance nacional, descentralizado, cuyas normas y operaciones técnicas se cumplen en todos los niveles de la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud del país, y en la Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

### Objetivo General:

Reducir significativamente el riesgo de infección, la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en Chile, hasta obtener su eliminación como problema de salud pública.

### Meta sanitaria:

El Ministerio de Salud se ha propuesto alcanzar la meta de “eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública”, lo que corresponde a alcanzar una tasa de incidencia menor a 5 por 100.000 habitantes.

### Población Objetivo:

**Toda la población del país, es beneficiaria de las actividades del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) independientemente de su condición previsional, nacionalidad y situación migratoria Por ello sus acciones están integradas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y son gratuitas.**

Los afiliados del sector privado de salud (Isapres) o beneficiarios de instituciones dependientes de otros organismos del Estado, podrán ser atendidos en sus propias instituciones o, si así lo prefieren, en los establecimientos que componen la red asistencial de los Servicios de Salud.

### ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

- Prevención
- Localización de casos
- Tratamiento

## **FUNCIONES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Es en el nivel primario donde se ejecutan las acciones básicas establecidas en las normas técnicas.

La responsabilidad del cumplimiento de las normas es del director del establecimiento correspondiente.

La ejecución está a cargo del equipo de salud general, ya que las acciones están integradas a sus actividades habituales.

En cada establecimiento debe existir, a tiempo parcial, un equipo encargado del Programa de Tuberculosis, el que estará integrado por un/a médico, enfermero y técnico paramédico, y en los establecimientos que tengan laboratorio de Koch, también el/la tecnólogo médico. Además, en aquellos establecimientos que cuenten con facilitador intercultural, él/ ella también forma parte de este equipo.

El equipo encargado contar con la capacitación correspondiente entregada por los Equipos Técnicos del programa del nivel intermedio de cada Servicio de Salud o SEREMI.

### **Son funciones de la Atención Primaria:**

- Realizar y mantener actualizado el diagnóstico de situación de la tuberculosis del área geográfica que cubre el establecimiento y proponer los planes y estrategias de control.
- Organizar, implementar y evaluar las actividades de localización de casos, estudio de contactos y tratamiento de acuerdo a la norma.
- Enviar información mensual de los casos en tratamiento y su seguimiento al Nivel Intermedio del Servicio de Salud los tres primeros días hábiles de cada mes.
- Participar en la reunión trimestral de auditoría y seguimiento de casos de TB-MDR programada por el Servicio de Salud.
- Enviar la evaluación trimestral del programa local al director del establecimiento y difundirla al resto del equipo de salud.

## Funciones específicas de cada integrante

### Médico/a

- Diagnosticar los casos de tuberculosis.
- Notificar los casos de TBC a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud con copia el ETT del Servicio de Salud correspondiente.
- Indicar el esquema de tratamiento a los casos TBC pulmonares confirmados por bacteriología de acuerdo a las normas.
- Controlar mensualmente los casos en tratamiento.
- Derivar al nivel secundario los casos con duda diagnóstica, toxicidad o intolerancia a los medicamentos, TBC infantil, TBC extrapulmonar, TBC-VIH y casos con estudio de susceptibilidad a fármacos con resistencia a algún medicamento.
- Educar al paciente y familia sobre la patología y reforzar el cumplimiento de las indicaciones del estudio de los contactos.
- Notificar reacciones adversas a medicamentos en formulario correspondiente.

### Enfermero/a

- Realizar la consulta al ingreso, cambio de fase, alta y otras en caso necesario.
- Aplicar el Score de Riesgo de Abandono y establecer medidas para su prevención.
- Realizar el estudio de los contactos.
- Realizar la visita domiciliaria al ingreso del paciente y a la tercera semana en caso de inasistencia al tratamiento.
- Realizar el traslado de pacientes y enviar el acuse de recibo de pacientes ingresados por traslado.
- Organizar el Tratamiento Abreviado y Estrictamente Supervisado (DOTS -TAES).
- Contribuir a la detección oportuna de eventuales reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y referir al paciente en forma urgente a control médico.
- Registrar y mantener al día el Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con TBC.
- Realizar el informe mensual de casos en tratamiento, casos en quimioprofilaxis y consumo y stock de medicamentos, y enviarlo al nivel intermedio los 3 primeros días de cada mes.
- Informar en forma inmediata al Nivel Intermedio de casos diagnosticados en situación especial.

## Técnico Paramédico

- Participar en la detección de sintomáticos respiratorios.
- Instruir al paciente sobre el examen a realizar (baciloscopía) y tomar la primera muestra para pesquisa inmediata. Revisar y completar el formulario de solicitud de investigación bacteriológica de tuberculosis. Registrar las actividades de localización de casos en el Libro de Sintomáticos Respiratorios.
- Comunicar inmediatamente a la enfermera de los casos diagnosticados con bacteriología positiva. Realizar la visita de rescate de casos positivos.
- Administrar el tratamiento supervisado (DOTS-TAES).
- Vigilar y observar la tolerancia a los medicamentos y comunicar inmediatamente a los profesionales encargados del programa en caso de reacciones adversas.
- Controlar mensualmente el peso de los pacientes en tratamiento y solicitar mensualmente las baciloscopías de control de tratamiento.
- Derivar a los pacientes a controles de médico y consulta de enfermera.
- Comunicar las inasistencias a tratamiento. Citar telefónicamente al inasistente. Realizar la visita domiciliaria a la primera y segunda semana de inasistencia.
- Realizar refuerzo educativo a los pacientes ingresados a tratamiento y de las indicaciones relativas al estudio de los contactos. Revisar el cumplimiento del estudio de los contactos.
- Registrar las actividades relacionadas con el tratamiento, en la Tarjeta de Registro de Tratamiento de la Tuberculosis.
- Entregar y registrar la quimioprofilaxis en la tarjeta de registro correspondiente.
- Mantener stock adecuado de medicamentos e insumos del programa. Confeccionar la Planilla de consumo de medicamentos.

## Tecnólogo médico

- Participar en la organización y evaluación de la localización de casos.
- Realizar la técnica de baciloscopía estandarizada y normadas por el programa, y velar porque los resultados, positivos y negativos, lleguen a la procedencia.
- Derivar muestras al laboratorio de referencia para cultivo, y velar porque los resultados positivos y negativos lleguen a la procedencia.
- Informar inmediatamente los casos positivos a la enfermera del equipo de tuberculosis del establecimiento.
- Velar por el cumplimiento de los controles bacteriológicos de los casos en tratamiento.
- Enviar listado mensual de casos positivos al referente del laboratorio tipo II del nivel intermedio, registrando los resultados mensuales de los controles de tratamiento.

- Enviar la información de las acciones bacteriológicas mensualmente al laboratorio de referencia del nivel intermedio.
- Supervisar y capacitar en la toma de muestras a su red.
- Supervisar el correcto llenado de formulario de solicitud de investigación bacteriológica de tuberculosis.

**Facilitador Intercultural:** En aquellos establecimientos que cuenten con, facilitador intercultural también deberá formar parte del equipo de TBC y su función será la de ser el nexo entre su comunidad y este equipo del nivel local para las actividades de localización de casos y difusión del programa.

## CONSULTAS DE OTROS PROFESIONALES

**Asistente Social:** todos los enfermos que ingresen a tratamiento al establecimiento deben ser evaluados por asistente social. El objetivo de esta consulta es evaluar la situación socioeconómica del paciente y su grupo familiar, orientarlo en la obtención de beneficios de programas de ayuda social y determinar la necesidad de otras ayudas que puedan ofrecérsele en el establecimiento, municipalidad o proyectos de Servicio de Salud.

**Psicólogo:** se realizará al inicio de tratamiento o en cualquier momento que se considere necesario. El objetivo de esta consulta está dirigido a detectar y tratar oportunamente patologías depresivas u otros problemas de salud mental

## LOCALIZACION DE CASOS

Es una actividad continua y sistemática del Programa de TBC destinada a encontrar, con la mayor precocidad posible, los enfermos que constituyen la principal fuente de transmisión de la enfermedad: **enfermos de tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva en esputo.**

La localización de casos consiste en una actividad de tamizaje o screening de la población, en la cual se realiza la identificación de personas sintomáticas respiratorias (SR), es decir, que presentan tos y expectoración por más de 15 días, entre las personas que demandan atención por ésta u otras causas en los establecimientos de salud de la red asistencial. Este tamizaje permite localizar y diagnosticar personas enfermas de tuberculosis pulmonar **entre individuos aparentemente sanos y que** consultan por afecciones o accidentes o que padecen otras enfermedades.

La localización de casos constituye una **actividad de salud pública**, porque beneficia no sólo al individuo enfermo, sino a toda la comunidad. Como tal, constituye una labor de todo el equipo de salud y de ningún modo, una acción exclusivamente médica.

### DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA FUENTE DE CONTAGIO:

- Evita muertes debidas a la gravedad extrema de los casos.
- Disminuye el tiempo de transmisión de la enfermedad.

## ORGANIZACIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DE CASOS

La responsabilidad de la actividad de localización de casos corresponde al director del establecimiento. La organización local de esta actividad está a cargo del equipo de TBC local y en su ejecución debe participar todo el equipo de salud del establecimiento, incluyendo a los profesionales de la Sala ERA.

La localización de casos comienza mediante una pequeña encuesta verbal que permite localizar consultantes por o con síntomas respiratorios (tos con expectoración por 15 días o más). Esta actividad debe efectuarse idealmente en el tiempo de preconsulta o de espera de la atención, además de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios durante las consultas con todos los profesionales.

Todos los sintomáticos respiratorios identificados deben ser referidos al lugar asignado dentro del establecimiento para la realización de la toma de muestra para el examen de baciloscopía.

Para la organización de la localización de casos se debe tener establecido **quién, cuándo y dónde** se realizará el procedimiento. Para ello se necesita:

- **Técnico paramédico capacitado:** para dar las instrucciones a la persona sintomática respiratoria sobre la recolección de la primera muestra inmediata y la segunda muestra matinal que debe ser obtenida por el propio consultante a la mañana siguiente.
- **Lugar adecuado para la toma de la primera muestra inmediata:** lugar privado, bien ventilado e iluminado por luz natural, para que el consultante pueda producir una muestra de buena calidad.
- **Insumos:** cajas de baciloscopías, Libro de Registro de sintomáticos respiratorios, lugar de almacenamiento de las muestras recibidas.

Además de la pesquisa al interior de los establecimientos de salud (intramural), se debe realizar la extensión de esta actividad hacia la comunidad, en aquellos grupos considerados más vulnerables para tuberculosis según el diagnóstico previamente realizado: cárceles, hogares de ancianos, hospederías, barrios vulnerables, etc. (localización extramural).

**Indicador de pesquisa:** La evaluación de la actividad de localización de casos se efectúa midiendo el cumplimiento de este indicador:

$$IP = \frac{\text{Número de baciloscopías de diagnóstico pulmonares procesadas}}{\text{Número de consultas de morbilidad de mayores de 15 años}} \times 1000$$

Meta de la actividad de Localización de Casos: corresponde a 50 baciloscopías por cada 1.000 consultas de mayores de 15 años

## INSTRUCCIONES PARA OBTENCIÓN Y MANEJO DE LA MUESTRA DE ESPUTO

La obtención de la muestra de esputo es un aspecto decisivo en la localización de casos. El hallazgo de un enfermo con tuberculosis cuya enfermedad se confirma por baciloscopía es de extrema importancia clínica individual y epidemiológica.

### Calidad de la muestra:

Una buena muestra de esputo es la que proviene del árbol bronquial (secreción mucopurulenta), 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. Debe obtenerse en cantidad adecuada para realizar todas las técnicas diagnósticas (mínimo 2mL), por lo que se recomienda cubrir toda la superficie del envase.

### La recolección de la muestra:

La eliminación de bacilos en los esputos es variable, por eso es conveniente analizar dos muestras para el diagnóstico. La primera se pedirá en el momento de la consulta, (inmediata); la otra será recogida por el consultante, al día siguiente, apenas despierte (muestra matinal) aprovechando la acumulación de secreciones bronquiales durante el sueño.

Se debe instruir a la persona con toda claridad para que realice la expectoración desde “las profundidades del pecho”, inspirando profundamente, reteniendo por un instante el aire en los pulmones y expeliéndolo violentamente por un esfuerzo de tos; indicarle que debe repetir esta operación hasta obtener no menos de tres esputos, los que recogerá en el frasco entregado. Evitar que la muestra sea saliva o secreción naso-faríngea.

Se debe observar el contenido del frasco para observar su calidad y registrar la actividad en el Libro de Sintomáticos Respiratorios. Entregar al paciente un envase identificado para que éste recoja la segunda muestra en su domicilio, que debe ser matinal.

El envase debe ser rotulado en la pared de la caja, NO EN LA TAPA, con una cinta que no se desprenda, con el nombre y los dos apellidos, unidad de procedencia y fecha.





### Identificación fecha

#### Características del envase:

- De boca ancha.
- De cierre hermético, con tapa rosca.
- De capacidad adecuada (30 a 50 ml).
- De tapa transparente.
- De paredes fácilmente rotulables.
- Desechables (preferentemente plástico combustible).

#### Recomendaciones para el personal que recibe las muestras de baciloscopías:

- Asegurar la correcta rotulación e identificación de las muestras.
- La orden de examen deberá contar con todos los datos solicitados en el formulario, con letra clara.
- El personal que manipula muestras debe hacerlo con guantes.
- Las órdenes con los datos del paciente deben estar en un sobre aparte **y no envolviendo los envases de las muestras.**

**No utilizar baños públicos o box de atención para el rescate de la muestra inmediata.**

### Conservación de la muestra:

Las muestras serán protegidas de la luz y el calor hasta el momento del envío al Laboratorio de Koch. Cabe enfatizar que el rendimiento del estudio bacteriológico depende de la calidad de la muestra y de su manejo, de lo cual debe hacerse responsable el personal de salud que la obtiene.

No deben transcurrir más de 5 días entre la recolección y el procesamiento de la muestra para cultivo, y durante este tiempo se deben conservar en refrigerador o caja térmica con unidades refrigerantes.

### Transporte de las muestras:

Al respecto deben considerarse tres condiciones importantes:

- Protegerlas del calor y la luz solar.
- Asegurar que se adjunte la orden de baciloscopía.
- Acondicionarlas en formar tal, que no haya riesgo de que se derramen.

### Informe de los resultados:

Si la baciloscopía es **POSITIVA** el laboratorio debe informar de inmediato a la enfermera del nivel local, para proceder a ubicar al paciente y citarlo a médico para inicio de tratamiento.

El resultado de las baciloscopías negativas debe ser entregado en un plazo de hasta 48 horas de recibida las muestras. Será enviado al lugar de petición del examen.

### Cultivo

Al menos a una de las muestras para baciloscopía se les realizará además cultivo. El resultado de este examen, dependiendo de la técnica utilizada, puede demorar hasta 60 días. Los resultados de este examen también deben ser enviados al lugar de su solicitud.

En el caso de las baciloscopías negativas, cuyo cultivo es positivo, se procederá a la ubicación inmediata del enfermo para que sea evaluado por médico y se dé inicio al tratamiento.

El resultado del cultivo también debe ser registrados en el libro de sintomáticos respiratorios.

### Estudio de susceptibilidad a fármacos

Son aquellas pruebas que miden la probabilidad de que un fármaco antimicrobiano determinado, sea eficaz para eliminar o inhibir suficientemente el crecimiento de un patógeno responsable de una infección. El incremento de cepas resistentes registrado

globalmente a partir de los años 90, hace que los estudios de susceptibilidad sean recomendables hoy en día para todas las cepas de *M. tuberculosis* que se aíslan inicialmente a cualquier paciente.

A todo paciente al que se le diagnostica una tuberculosis confirmada por bacteriología deberá realizarse la prueba de susceptibilidad a fármacos en el laboratorio de referencia Nacional del ISP. Los resultados de este test están disponibles entre 7 a 14 días hábiles desde la recepción de la cepa al laboratorio de referencia, lo que permite detectar tempranamente a pacientes con resistencia a estos antibióticos. Los resultados de este examen deben quedar registrados en: Tarjeta de tratamiento del paciente, Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes.

**Identificación de las micobacterias:** La identificación de Micobacterias completa el estudio diagnóstico para tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, y debe efectuarse en las siguientes situaciones:

- Sospecha de la presencia de una micobacteria no tuberculosa en el cultivo: por cromogenicidad, desarrollo rápido o anormalidad de las colonias.
- En todo cultivo positivo de orina.
- En todo cultivo positivo de ganglios o tejido óseo.
- En cepas provenientes de menores de 15 años.
- En casos de tuberculosis asociada a VIH/SIDA.
- En casos que presentan polirresistencia a fármacos antituberculosos.

### Situaciones Especiales:

En los casos SR persistente, con baciloscopías negativas e imágenes patológicas pulmonares, procede efectuar el seguimiento clínico diagnóstico individualizado, donde la observación de la evolución clínica, el estudio repetido de series de baciloscopías y cultivos, e imágenes, apoyo en otros exámenes complementarios y observación de la evolución, permiten afirmar o excluir el diagnóstico de tuberculosis. Este estudio debe ser efectuado por el Nivel Secundario.

# REGISTROS E INFORMACIÓN RELATIVOS A LOCALIZACIÓN DE CASOS

## FORMULARIO SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA DE TUBERCULOSIS

Se utilizará un formulario para cada muestra.

### Objetivo

Identificar entre los SR pesquisados, los casos de tuberculosis con bacteriología positiva. Se utilizará un formulario para cada muestra solicitada.

### Instrucciones para su llenado

#### 1: Identificación

Nombre completo, Rut, edad, teléfono y domicilio.

Procedencia: Anotar el establecimiento de origen, especificando si es Consultorio de Atención Primaria, Servicio o Consultorio Hospitalario de Especialidades o Servicio de Urgencia.

#### 2: Muestra

Consignar si es expectoración u otra.

Especificar si es primera o segunda muestra. Cuando por norma o por situaciones clínicas individuales, se solicitan más de dos muestras, anotar la tercera o subsiguientes en el casillero de la segunda muestra.

#### 3: Examen solicitado para:

Pesquisa en sintomático respiratorio: cuando se investiga a consultantes u hospitalizados con tos y expectoración de más de dos semanas de duración.

Para control de tratamiento actual: Se refiere al control bacteriológico del enfermo que se encuentra en tratamiento en el momento de efectuar la solicitud. Debe consignarse el número de meses que lleva en tratamiento.

#### 4: Grupo de riesgo:

Marcar con una X si el solicitante pertenece a algún grupo de riesgo identificado en la orden de examen.

#### 5: Nombre completo del solicitante y fecha.

## LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Se debe disponer de este libro en todos los establecimientos de salud donde se deben realizar actividades de Localización de Casos de tuberculosis pulmonar.

### Objetivos:

- Conocer el número de SR a quienes se les ha solicitado muestras en el establecimiento.
- Conocer el número de muestras procesadas y los casos diagnosticados.
- Verificar tiempos de demora en obtención de la muestra, envío para ejecución del examen y obtención del resultado.
- Monitorear mensualmente en el nivel local la estrategia de localización de casos, calculando el IP.

### Instrucciones para su llenado:

- **Nº de orden:** Número correlativo mensual, con totalización anual.
- **RUT:** Autoexplicativo.
- **Nombre y Apellidos:** Autoexplicativo. Con letra imprenta.
- **Edad y Sexo:** Colocar edad en años en casillero M (si es hombre) o F (si es mujer).
- **Domicilio:** Dirección completa; con letra imprenta y número de teléfono.
- **Fecha entrega 1ª muestra:** Anotar la fecha en que el paciente entrega la primera muestra.
- **Fecha de resultado 1ª muestra:** Registrar fecha de recepción del resultado de la primera muestra en la unidad.
- **Resultado 1ª muestra:** Registrar el resultado (+) en rojo o (-) en otro color.
- **Fecha entrega 2ª muestra:** Anotar fecha en que el paciente entrega la 2ª muestra.
- **Fecha resultado 2ª muestra:** Registrar fecha de recepción del resultado de la segunda muestra en la unidad.
- **Resultado 2ª muestra:** Registrar el resultado (+) en rojo o (-) en otro color.
- **Fecha de recepción y resultado de cultivos:** Registrar fecha en que se recibió, número del cultivo y resultado del cultivo.
- **Observaciones:** Aquí se puede registrar si el laboratorio solicita nueva muestra y si esta fue escasa o estaba contaminada, o que persona solicitó el estudio.

**Este Registro es sólo para pesquisa en SR. No se registran en este libro las baciloscopías para control de tratamiento.**

## ESTUDIO DE CONTACTOS

El estudio de los contactos corresponde a una actividad sistemática y normada, realizada por el equipo de salud, que pretende realizar oportunamente el diagnóstico de tuberculosis en las personas expuestas al contagio. El estudio de contactos es parte de las actividades de localización de casos, ya que pretende detectar casos secundarios de tuberculosis activa, pero también forma parte de la prevención de la enfermedad debido a que dentro de sus objetivos está la indicación de quimioprofilaxis cuando corresponde.

**Definición de contactos:** Toda persona que ha estado expuesta al contagio con un enfermo de tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva (baciloscopía positiva, cultivo positivo o confirmación mediante técnicas bacteriológicas rápidas) y también con casos de tuberculosis laríngea con bacteriología positiva. Estas personas tienen más posibilidades de haberse infectado recientemente y de desarrollar la enfermedad.

Los contactos constituyen el grupo de mayor riesgo de tuberculosis (entre 2 a 3% enferman) y por lo tanto, deben ser examinados con prioridad.

### Los objetivos del estudio de contactos están dirigidos a:

- Detectar precozmente los casos secundarios e iniciar su tratamiento adecuado para interrumpir la cadena de transmisión.
- Realizar quimioprofilaxis en los contactos que corresponda.

### Tipos de contactos:

La probabilidad que tiene una persona de infectarse con M. tuberculosis depende fuertemente del tiempo de exposición a la fuente de contagio. En base a esto se definen los siguientes tipos de contactos:

- **Contactos intradomiciliarios:** personas que viven con el enfermo.
- **Contactos habituales extradomiciliarios:** personas que por condiciones de carácter laboral, escolar, de vecindad, de actividad social o familiar, mantengan formas de relaciones frecuentes con el caso índice. En general se habla de contactos habituales cuando se comparte más de 6 horas diarias con el caso índice.
- **Contacto ocasional:** La probabilidad de contagio es mínima por lo que no se incluye en el estudio de los contactos.

### Deben estudiarse a los contactos de:

- Todos los enfermos de TBC mayores de 15 años con diagnóstico de TBC pulmonar con bacteriología positiva, y TBC Laríngea confirmada bacteriológicamente (también llamados casos índice contagiantes).
- En todos los enfermos de TBC menores de 15 años, con diagnóstico de TBC pulmonar o extra pulmonar, confirmadas y sin confirmar, (también llamados casos índice contagiados).

**Meta del estudio de contacto:** efectuar estudio completo en al menos el 90 % de los contactos.

**Frecuencia del estudio:** El estudio de contactos se realizará efectuando el total de los exámenes y controles al momento del diagnóstico de la TBC del caso índice y se repetirá al alta de tratamiento del caso índice solo a los contactos intradomiciliarios (con excepción de los menores de 15 años que hayan completado quimioprofilaxis).

## EXÁMENES A SOLICITAR PARA EL ESTUDIO DE LOS CONTACTOS

### Contactos intra domiciliarios

#### • Menores de 15 años:

Se realizará un radiografía de tórax, PPD, y si es sintomático respiratorio y el niño sabe expectorar, baciloscopía y cultivo. Además se debe revisar la existencia de la cicatriz BCG. Con el resultado de estos exámenes más los antecedentes del caso índice (localización de TBC y condición bacteriológica) los menores de 15 años serán derivados al referente infantil del programa en el nivel secundario, el cual debe concluir si es sano para tuberculosis o presenta una TBC activa.

En caso de TBC activa, se indicará tratamiento; en caso de ser sano para tuberculosis, debería indicar la quimioprofilaxis según corresponda a la medición del PPD.

El médico especialista de referencia debe enviar la contrarreferencia al nivel primario, con el detalle del resultado de los exámenes, conclusión diagnóstica e indicaciones, para ser registrados en la tarjeta de tratamiento del caso índice.

#### • Mayores de 15 años:

Se solicita radiografía de tórax, y si es sintomático respiratorio, baciloscopía y cultivo.

Estos casos deben ser evaluados por el médico de la atención primaria, quien concluirá si es sano para tuberculosis, tiene una TBC activa o requiere seguimiento diagnóstico en el nivel secundario por duda diagnóstica. En caso de TBC activa, el médico de APS iniciará el tratamiento.

## Registro del estudio de contactos:

El estudio de los contactos se registrará en el reverso de la Tarjeta de Registro de Tratamiento de TBC con los siguientes datos: nombre de los contactos, edad, SR, cicatriz BCG, PPD en mm, resultado de RX (normal o alterada), resultado de BK y C, referencias y conclusión diagnóstica.

El seguimiento del estudio de contactos es responsabilidad de la enfermera del equipo del establecimiento de salud del nivel local. Se considerará como estudio completo a los contactos con el siguiente registro de resultados:

- **Contacto menor de 15 años:**
  - Revisión de cicatriz de BCG
  - PPD
  - Radiografía de tórax
  - Estudio de Koch: directo y cultivo (2 muestras) a los Sintomáticos Respiratorios
  - Conclusión diagnóstica
- **Contacto mayor de 15 años:**
  - Radiografía de tórax
  - Estudio de Koch: Directo y Cultivo (2 muestras) a los Sintomático Respiratorios
  - Conclusión diagnóstica

## Funciones y actividades del Nivel Primario en el estudio de los contactos:

- **Enfermera:** Enfermería realizará el estudio de los contactos durante las consultas y visitas domiciliarias programadas, realizando el censo, petición de exámenes, derivación a médico, registro de resultados y revisión del cumplimiento. Para lograr el éxito del estudio, se hace necesario, que la enfermera realice el seguimiento y evaluación del estudio con una supervisión quincenal.

Se debe considerar el estudio de contactos de casos especiales como casos índices hospitalizados, contactos de reclusos en tratamiento, contactos de casos fallecidos, contactos de TBC en tratamiento en el área privada.

- **Médico:** los contactos menores de 15 años deben ser evaluados por el especialista neumólogo infantil o el pediatra capacitado de referencia del programa, quienes indicaran la quimioprofilaxis o el tratamiento.

Los contactos mayores de 15 años serán evaluados por el médico de la APS. Los casos que requieran seguimiento diagnóstico deberán ser referidos al médico broncopulmonar adulto de referencia del programa para su control.

En los controles médicos programados, el médico deberá efectuar revisión del cumplimiento de los exámenes y reforzar las indicaciones del estudio.



- **Auxiliar Paramédico:** Durante el tratamiento controlado del caso índice, el/la auxiliar paramédico realizará refuerzo educativo del cumplimiento de los controles y exámenes y derivará a consulta de enfermera todos los casos con problemas.

## ESTUDIO DE CONTACTO EXTRA DOMICILIARIO HABITUALES

En los casos en que, por condiciones de carácter laboral o escolar se tiene que hacer estudio de contacto a este grupo, se debe avisar de inmediato al equipo de TBC del Servicio de Salud para que en conjunto se planifique las actividades a realizar.

**Contactos Extradomiciliarios o habituales:** Son personas que por condiciones de carácter laboral, escolar, familiar o de vecindad mantienen formas de relación frecuente con el caso índice (comparten más de 6 horas diarias con el caso índice).

El estudio de estos contactos se realizará de la siguiente forma:

### 1. CASO ÍNDICE MAYOR DE 15 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TBC PULMONAR O LARÍNGEA CON BACTERIOLOGÍA POSITIVO

Contactos extra domiciliarios mayores de 15 años:

estas personas se les solicitará radiografía de tórax, y si es sintomático respiratorio (tiene tos con expectoración por más de 15 días) se debe solicitar baciloscopía y cultivo. Estas personas con sus exámenes deben ser evaluados por el médico del programa del nivel primario, y según sus resultados la conducta a seguir es:

#### 1.1. Contacto con bacteriología positiva: iniciar tratamiento en APS

Contactos con bacteriología negativa pero con radiografía de tórax con alteraciones: solicitar nuevas muestras de baciloscopía y referir al médico especialista referente del programa para su seguimiento.

#### 1.2. Contactos extra domiciliarios menores de 15 años

Estas personas se les solicitará radiografía de tórax, PPD, y si es sintomático respiratorio se debe solicitar baciloscopía y cultivo. Los menores de 15 años con sus exámenes deben ser evaluados por el broncopulmonar infantil referente del programa, y según sus resultados la conducta a seguir es:

- **Contacto con bacteriología positiva: iniciar tratamiento.**
- **Contacto con bacteriología negativa pero con radiología que muestra lesiones compatibles con tuberculosis: iniciar tratamiento.**

- **Contacto con bacteriología negativa, radiografía de tórax normal y PPD igual o mayor de 10mm: quimioprofilaxis.**
- **Contacto con bacteriología negativa, radiografía de tórax normal y PPD menor de 10mm: sano para tuberculosis.**

## **2. CASO ÍNDICE MENOR DE 15 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TBC PULMONAR O LARÍNGEA CON BACTERIOLOGÍA POSITIVA**

**2.1. Contactos extra domiciliarios mayores de 15 años:** Se procederá de la misma forma que para casos índices mayores de 15 años (ver arriba).

**2.2. Contactos extra domiciliarios menores de 15 años:** Se procederá de la misma forma que para casos índices mayores de 15 años (ver arriba).

## **3. CASO ÍNDICE MENOR DE 15 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TBC EXTRAPULMONAR O PULMONAR SIN CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA**

En estos casos lo que se está buscando es la fuente de contagio para el caso diagnosticado. Se debe hacer educación en el establecimiento e investigar si entre el alumnado o los profesores hay sintomáticos respiratorios, y en ese caso se debe solicitar baciloscopia y cultivo.

Se realizará una radiografía de tórax a los compañeros del mismo curso y a los profesores de este curso. Los menores de 15 años serán evaluados por el broncopulmonar infantil de referencia del programa con este examen para diagnosticar o descartar la enfermedad. Los mayores de 15 años deben ser evaluados por el médico de atención primaria del equipo de tuberculosis, siguiendo la misma conducta de los contactos de un caso índice con bacteriología positiva, mayores de 15 años (ver arriba).

**El estudio de contacto en los contactos extra domiciliarios no se repite al alta del caso índice.**

## **Estudio de Contacto de casos TBC Pulmonar con Bacteriología (+) en establecimientos educacionales:**

Una vez identificado el caso índice, se debe solicitar al director del establecimiento la entrevista para dar a conocer la situación existente, conocer el lugar donde se efectuará el estudio y explicar las actividades que se deben realizar de acuerdo a la norma.

**Se debe recordar que el PPD es un examen que no hace diagnóstico, solo indica que la persona ha estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis.**

Establecer las coordinaciones necesarias que permitan efectuar el estudio de contacto en forma expedita: dejar comprometidos las horas para realizar las radiografías, definir el día en que se ira al establecimiento para hacer el examen de PPD, informar a laboratorio de koch que se efectuará este estudio por el posible aumento del número de muestras. Establecer la coordinación con el policlínico de broncopulmonar infantil para fijar las fechas en que estos niños serán atendidos por el especialista para la revisión de los exámenes y fijar posibles controles posteriores y tener la conclusión diagnóstica.

Organizar reunión con profesores del establecimiento para explicar el cronograma de trabajo.

Programar y realizar reunión con los apoderados del curso para educar sobre la enfermedad, informar los exámenes que se realizaran y dar a conocer las fechas.

Enviar informe final con resultado del estudio de contacto realizado a: director del S. de Salud, director del establecimiento, Programa TBC Minsal.

## QUIMIOPROFILAXIS

La quimioprofilaxis consiste en la administración de medicamentos antituberculosos a personas con riesgo de ser infectado o de desarrollar una tuberculosis. Los principales grupos que se benefician de esta actividad son los contactos menores de 15 años de casos índices con TBC pulmonar confirmada por bacteriología, pacientes con la coinfección TB-VIH, pacientes con otras patologías inmunosupresoras con infección TBC y personas con certificación de infección reciente (viraje del PPD).

**Quimioprofilaxis en menores de 15 años:** toda indicación de quimioprofilaxis en menores de 15 años debe ser realizada por el neumólogo infantil o pediatra capacitado de referencia del Programa de Tuberculosis del Servicio de Salud correspondiente.

Los controles deben ser realizados mensualmente por el referente clínico del Programa de Tuberculosis en el Nivel Secundario. En Aquellos Servicios de Salud con comunidades alejadas del hospital base, se sugiere control mensual con el médico del programa en su establecimiento de APS y agendar un control con el especialista al tercer mes, para de acuerdo a los exámenes, decidir la continuación de la quimioprofilaxis hasta cumplir 6 meses o bien su suspensión. Además, en casos especiales como observación de intolerancia o reacciones adversas, los menores deberán ser controlados por el especialista.

Los elementos básicos para decidir la quimioprofilaxis en los contactos son:

- Comprobar que el caso índice presenta una tuberculosis contagiosa: (TBC pulmonar confirmada por bacteriología).
- Edad del contacto (menor de 15 años).
- Seguridad de la ausencia de enfermedad tuberculosa activa en el contacto, es decir, bacteriología negativa, radiografía de tórax negativa y examen clínico negativo.

**Quimioprofilaxis en mayores de 15 años:** toda quimioprofilaxis en mayores de 15 años debe ser indicada por el especialista neumólogo de referencia del Programa de Tuberculosis del Servicio de Salud correspondiente, quien es el responsable de descartar una tuberculosis activa. Los controles deben ser realizados por el neumólogo especialista cada 3 meses.

### Administración de la quimioprofilaxis:

La quimioprofilaxis es autoadministrada por el propio paciente o por un familiar responsable en caso de los menores. El Equipo Técnico de TBC del Servicio de Salud es el responsable de organizar esta actividad en el nivel local.

La administración se debe realizar en la APS.

**En contactos menores de 15 años:** entrega semanal a un adulto que se responsabilice de la administración de este tratamiento.

**En personas mayores de 15 años:** la entrega del fármaco se hará cada 15 días.

**Registro de la quimioprofilaxis:** la entrega debe ser registrada en la Tarjeta de Registro de Quimioprofilaxis, de responsabilidad de la enfermera del Programa de Tuberculosis de la Atención Primaria.

## **FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL NIVEL PRIMARIO EN LA QUIMIOPROFILAXIS**

### **Médico:**

- Control de los contactos menores de 15 años cuando por lejanía, el especialista lo controlará con menor frecuencia.

### **Enfermera:**

- Realizar una consulta de enfermera al ingreso con el objetivo de educar al paciente y al familiar responsable sobre la administración de la quimioprofilaxis, posibles reacciones adversas y controles.
- Supervisión de la entrega y cumplimiento de la quimioprofilaxis.

### **Auxiliar Paramédico:**

- Entrega y/o administración de la quimioprofilaxis. Refuerzo educativo.
- Observación de reacciones adversas a la quimioprofilaxis, y en caso de presentarse, suspensión y comunicación inmediata a los profesionales responsables.
- Registro de la quimioprofilaxis (consignar dosis entregadas en la tarjeta de quimioprofilaxis).
- Derivación a enfermera en caso de inasistencia.

# REGISTROS E INFORMACIÓN RELATIVO A QUIMIOPROFILAXIS

## 1. Tarjeta de Registro de Quimioprofilaxis

### Objetivos:

- Llevar el registro de las actividades relacionadas con las quimioprofilaxis para cada caso.
- Conocer la regularidad en la administración de la quimioprofilaxis, el cumplimiento de todas las dosis, la presencia y características de reacciones adversas a medicamentos y el tiempo en que se administra.
- Obtener la información mensual del consumo de fármacos.

### Descripción Tarjeta de Registro de Quimioprofilaxis

- **Nombre Completo:** Se escribirá con letra de imprenta en mayúsculas, anotando apellido paterno, materno y nombres.
- **Edad:** En años cumplidos.
- **Nacionalidad:** autoexplicativo.
- **Nº de ficha:** del lugar donde se atiende el enfermo.
- **Establecimiento:** Lugar donde se efectúa el control de la quimioprofilaxis.
- **Dirección:** Domicilio exacto del lugar donde vive el paciente y N° telefónico.
- **Comuna:** Correspondiente al domicilio de residencia.

**Indicación de la quimioprofilaxis:** registrar motivo de la indicación de la quimioprofilaxis. En caso de ser contacto TBC registrar: nombre del caso índice indicando diagnóstico y confirmación.

**Quimioprofilaxis efectuada:** Se dispone de un calendario cuadrículado para cada mes, numerados del 1 al 31. Su objetivo es marcar día a día la administración de la quimioprofilaxis. **Son días útiles de tratamiento todos los días del mes (de lunes a domingo).** Cada vez que la persona concurra a recibir la quimioprofilaxis, el/la auxiliar paramédico deberá registrar con su firma la dosis inicial entregada y con una flecha las fechas del resto de las dosis entregadas. La auxiliar responsable de la quimioprofilaxis informará a la enfermera las inasistencias a la quimioprofilaxis, dejando en blanco el casillero correspondiente.

**Total asistencia mensual:** Es la columna denominada “total asist. mes”, que sigue al cuadriculado de control de asistencia, está dividida en espacios mensuales y tiene por objeto anotar en números, las dosis entregadas. Cumplido el mes calendario, se totalizará el número de dosis recibidas en el mes. Esta información se presentará con una fracción en cuyo numerador estará el número de dosis recibidas y en el denominador el número de días que debió recibir. Si por ejemplo: la persona recibe 25 dosis en el mes resultado se anotará 25/30. Estas anotaciones se harán en el casillero correspondiente al mes calendario en la columna.

**Fecha y esquema:** Espacio para anotar detalladamente el esquema de la quimioprolifaxis indicada y la fecha de inicio de la misma.

**Peso:** registrar control de peso mensual.

**Anotación de observaciones:** La tarjeta de tratamiento dispone de un espacio para consignar situaciones que guardan relación con la quimioprolifaxis. Las más frecuentes dicen relación con las inasistencias, otro aspecto importante que debe consignarse es la aparición de reacciones adversas al medicamento. Cuando ello obliga a la suspensión del esquema, se debe consignar junto al tipo de manifestación de intolerancia o toxicidad, la fecha de suspensión y reinicio del esquema. Todo paciente con efecto colateral debe ser derivado de inmediato al médico.

### Anverso de la tarjeta

**Causa de egreso de la quimioprolifaxis:** La enfermera es responsable de marcar con una X la condición de egreso y anotar toda observación pertinente.

**Consulta de enfermera:** Registrar la fecha en que se realizó cada tipo de consulta, el contenido básico y observaciones importantes.

**Familiar responsable:** Registrar nombre y parentesco de familiar responsable que se hará cargo de la administración y retiro de la quimioprolifaxis en caso de los menores.

## 2. Informe Mensual de Casos en tratamiento por Quimioprofilaxis

El objetivo de este informe, es disponer de una información completa que permita realizar la evaluación continua de las personas con indicación de quimioprofilaxis.

### Instrucciones para su uso:

**Nombre Completo:** Auto explicativo: Nombre y 2 apellidos.

**Edad:** En años colocar años cumplidos bajo inicial M (si es hombre) o F (si es mujer).

**Fecha Inicio de la quimioprofilaxis:** Registrar fecha en que se inicia la administración de la quimioprofilaxis.

**Esquema de Quimioprofilaxis:** Registrar fármaco indicado especificando dosis diaria a administrar y tiempo de duración de la quimioprofilaxis.

**Dosis mes:** Se registrará en fracción en cuyo nominador estará el N° de veces que el paciente asistió a tratamiento y en el denominador se registrará el N° de veces que debió asistir.

**Causa de ingreso a quimioprofilaxis:** Contacto caso de TBC, confección VIH; otros (especificar).

**Observaciones:** En esta columna registrar:

- **Causas de Egresos:** Alta, Abandono, Traslado, Fallecido.
- **Derivaciones o interconsultas al Nivel Secundario:** Por reacciones adversas a medicamentos (RAM).

**Este Informe debe enviarse al Programa de TBC del Servicio de Salud antes del 5° día del mes.**



## TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

El tratamiento de la tuberculosis se fundamenta en dos grandes principios: la **asociación** de fármacos para evitar la aparición de cepas de *M. tuberculosis* resistentes y la necesidad de tratamientos **prolongados** para eliminar los bacilos en sus diferentes fases de crecimiento metabólico.

Al igual que todas las acciones preventivas y curativas del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET), el tratamiento es gratuito para todos los enfermos del país que lo requieran, en el Sistema Público de Salud, independientemente de su previsión, nacionalidad o condición migratoria.

El tratamiento de la tuberculosis tiene dos fases:

- Una primera fase de iniciación o fase bactericida, cuyo objetivo es eliminar los bacilos de las poblaciones metabólicamente activas (población extracelular), permitiendo cortar la cadena de transmisión y la mejoría clínica del enfermo.
- Una segunda fase, conocida como fase de continuación o esterilizante, que busca eliminar a las poblaciones bacilares de lento crecimiento (población intracelular y caseum), para evitar las recaídas.

**Tratamiento Ambulatorio Controlado:** La administración del tratamiento deberá ser preferentemente ambulatoria y totalmente supervisada por personal de salud capacitado, quien observará directamente la ingesta de los fármacos por parte del enfermo (DOTS / TAES). En casos excepcionales, como por ejemplo en enfermos postrados, el personal del establecimiento deberá concurrir al domicilio para administrar el tratamiento.

Los fármacos se administrarán todos juntos, de una vez, en el tiempo que el enfermo precise para ello. Se debe evitar fraccionar la dosis en horas separadas.

**La administración del tratamiento debe ser estrictamente supervisada durante todo el período que éste dure, tanto en el paciente hospitalizado, como en el ambulatorio.**

**Tratamiento Gratuito:** Al igual que todas las acciones del Programa de Control de la Tuberculosis el tratamiento es gratuito para todos los enfermos el país.

**Meta del tratamiento:** Lograr el éxito del tratamiento en al menos el 90% de los casos. Esta elevada proporción de curaciones es requisito para cortar la cadena de transmisión y provocar la reducción de la incidencia de tuberculosis en la población.

## ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

**Esquema Primario** es utilizado en todos los casos nuevos o antes tratados (recaídas y tratamientos después de pérdida de seguimiento) con tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, con o sin confirmación bacteriológica. Consiste en una fase diaria (lunes a viernes) de cuatro fármacos antituberculosos (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) por un período aproximado de dos meses (50 dosis) seguida de una fase intermitente trisemanal (lunes, miércoles y viernes) de isoniacida y rifampicina por un período aproximado de 4 meses (48 dosis): **2HRZE/4H3R3**. Este esquema tiene una duración de 6 meses. No debe ser utilizado en caso de fracaso de tratamiento.

El esquema primario será indicado por el médico de la Atención Primaria en los pacientes mayores de 15 años, nuevos y antes tratados con tuberculosis pulmonar confirmada bacteriológicamente (baciloscopía o cultivo).

El tratamiento debe ser iniciado tan pronto se confirme el diagnóstico.

Se debe recordar que todos los casos de tuberculosis con confirmación bacteriológica serán sometidos a un estudio de susceptibilidad inicial a isoniacida y rifampicina, cuyo resultado es fundamental conocer antes de cambiar de fase diaria a trisemanal, especialmente en pacientes que continúan con BK positiva al segundo mes de tratamiento.

Se practicará una baciloscopía y cultivo mensualmente para evaluar la respuesta al tratamiento. A todo cultivo positivo desde el tercer mes en adelante se le realizará el estudio de susceptibilidad a todas los fármacos empleados.

**Una vez recibido el estudio de susceptibilidad, aquellos casos que presenten resistencia a alguno de los medicamentos de primera línea deberán ser evaluados por el neumólogo de referencia para que éste determine la conducta a seguir.**

### Esquema Primario para casos nuevos y antes tratados de tuberculosis en todas sus formas\*

| FÁRMACO (mg) | FASE DIARIA<br>50 dosis (2 meses- 10 semanas) | FASE TRISEMANAL<br>48 dosis (4 meses-16 semanas) |
|--------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Isoniacida   | 300                                           | 600                                              |
| Rifampicina  | 600                                           | 600                                              |
| Pirazinamida | 1.500                                         |                                                  |
| Etambutol    | 800                                           |                                                  |

\*Para enfermos de 45-70 Kg. de peso.

### Esquema primario con dosis fijas combinadas

En el caso que se utilice la presentación de fármacos en **Dosis Fijas Combinadas** (DFC) el esquema de tratamiento será el siguiente:

#### Esquema primario con dosis fijas combinadas\*

| FASE       | CONTENIDO DEL COMPRIMIDO (mg)                                                           | NÚMERO DE COMPRIMIDOS | DOSIS    |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| Diaria     | Rifampicina 150 mg,<br>Isoniacida 75 mg.<br>Pirazinamida 400 mg y<br>Etambutol 275 mg . | 4                     | 50 dosis |
| Trisemanal | Rifampicina 150mg;<br>Isoniacida 150mg                                                  | 4                     | 48 dosis |

\*Para enfermos de 45-70 Kg. de peso.

Enfermos con daño hepático previo, insuficiencia renal crónica avanzada o con alergia conocida a alguno de los medicamentos del esquema, **no deben usar fármacos en dosis fijas combinadas**. Estos pacientes deben ser evaluados por el neumólogo del programa para la indicación de su tratamiento.

En pacientes con pesos inferiores a 45 Kg. o superiores a 70 Kg. deberán ajustarse las dosis por kilo de peso, sin sobrepasar las dosis máximas diarias o trisemanales según muestra la siguiente tabla.

## Dosis y presentación de los fármacos del esquema primario (Rango entre paréntesis)

| FÁRMACOS     | DOSIS DIARIA (mg/kg) | DOSIS TRISEMANAL (mg/kg) | PRESENTACIÓN                            | DOSIS MÁXIMA                     |
|--------------|----------------------|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| Isoniacida   | 5 (4-6)              | 10 (8-12)                | Comprimidos blancos ranurados de 100 mg | 400mg diario<br>600mg Trisemanal |
| Rifampicina* | 10 (10-12)           | 10 (10-12)               | Cápsulas de 150mg y jarabe de 5mg/100mL | 600mg diario o trisemanal        |
| Pirazinamida | 25 (20-30)           | 35 (30-40)               | Comprimidos blancos de 500mg            | 1500 diario; 2500 trisemanal     |
| Etambutol    | 15 (15-20)           | 30 (25-35)               | Comprimidos de 200 mg                   | 1200 diario; 2000 trisemanal     |

\*Puede teñir la orina de rojo.

En la práctica, para los pacientes con peso superior a 70Kg, el ajuste de fármacos al peso significará solo la adición de 100mg de isoniacida. Para casos con pesos menores a 45Kg es recomendable elegir la dosis superior más próxima a la calculada.

Es función del Equipo de Tuberculosis del nivel intermedio instruir al equipo de salud para evitar errores de dosificación.

**En caso que la baciloscopía se mantenga positiva a fines del segundo mes** de tratamiento, deberá continuarse con el etambutol en la segunda fase a dosis de 30mg/kg trisemanal, más la rifampicina e isoniacida, hasta que se negativice la baciloscopía o se demuestre susceptibilidad a la isoniacida.

En casos especiales como enfermedad cavitaria muy extensa o demora en la negativización de la baciloscopía en la muestra del segundo mes de tratamiento, el médico especialista referente del programa podrá determinar la prolongación del tratamiento a 9 meses.

## ESQUEMAS ESPECIALES

En algunos casos el esquema primario tiene que ser modificado por toxicidad, por resistencia a algún fármaco, o por situaciones clínicas especiales. Estos esquemas especiales deberán ser indicados por el neumólogo del nivel secundario referente del programa.

En los casos de tuberculosis pulmonar sin confirmación bacteriológica el inicio de tratamiento debe ser indicado por el neumólogo de referencia del nivel secundario.

En los casos de TBC extrapulmonar, el inicio de tratamiento debe ser indicado por el especialista que corresponda a la localización de la enfermedad, en coordinación con el neumólogo de referencia del Programa. La tuberculosis pleural no requiere especialista para iniciar el tratamiento, pero deben ser controladas igualmente en el Nivel Secundario.

## REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS

Todas las asociaciones de medicamentos antituberculosos tienen un porcentaje de efectos secundarios indeseados, los que en una pequeña proporción de enfermos pueden revestir gravedad, interferir en la regularidad del tratamiento o favorecer el abandono. Cuando aparece alguna manifestación indeseada durante un tratamiento antituberculoso, lo primero que hay que establecer es si ella se debe a alguno de los medicamentos administrados o a un cuadro intercurrente.

Las manifestaciones más importantes y frecuentes son la hepatitis y las reacciones alérgicas.

Se debe prestar atención y tomar medidas inmediatas frente a:

- Molestias gastrointestinales progresivas: Inapetencia, distensión abdominal, náuseas y vómitos.
- Ictericia: Piel y/o escleras amarillas.
- Manifestaciones de hipersensibilidad y reactividad cutánea: Prurito (picazón), eritema cutáneo (enrojecimiento de la piel) luego de terapia.
- Toda alteración de la condición habitual, con aparición de signos o síntomas sugerentes de efecto tóxico o de intolerancia al medicamento, como: Hormigueos, sensación de calor, falta de fuerzas en extremidades, artralgias (dolor articular), especialmente en ortijos, aumento de volumen en articulaciones. Calofríos, dolores osteomusculares, sensación febril 2-4 horas después de tomar rifampicina. Equimosis (hematomas), petequias (manchas rojas tipo picaduras en la piel), trastornos del equilibrio (vértigo), trastornos de la visión.

Una de las ventajas de la observación directa del tratamiento es advertir con oportunidad la aparición de una RAM y de inmediato poner el caso en conocimiento del médico.

## Conducta frente a reacciones adversas a medicamentos

Idealmente se debe identificar el fármaco causante mediante el conocimiento de las manifestaciones que cada uno produce. Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no es posible, por lo que la conducta será suspender todos los medicamentos y referir al médico de referencia del nivel secundario para que, en este nivel, se realice el descarte del medicamento causante de la RAM.

**El personal de salud debe saber reconocer las RAM, interrogar dirigidamente al paciente antes de administrar la dosis correspondiente, y suspender el tratamiento en forma completa (todos los fármacos) si se sospecha la presencia de RAM. Se debe referir el enfermo al médico del nivel local, quien lo examinará y derivará con la debida urgencia y oportunidad al médico de referencia del Programa o al Servicio de Urgencia si así lo amerita.**

## Reinicio de tratamiento después de pérdida de seguimiento

En los enfermos que se rescaten después de un abandono, la continuación de su tratamiento dependerá de su estado bacteriológico (tomar BK) y del tiempo transcurrido desde el abandono.

- Con BK (+) reiniciar tratamiento desde el comienzo.
- Con BK negativa:
  - Si el reingreso se produce en los primeros 3 meses posteriores al abandono y el abandono se produjo en la fase diaria: reiniciar el esquema completo.
  - Si el reingreso se produce en los primeros 3 meses posteriores al abandono y el abandono se produjo en la fase intermitente: completar las dosis que le faltan.
  - Si el reingreso se produce después de 3 meses posteriores al abandono y el abandono se produjo en la fase diaria: reiniciar el esquema completo.
  - Si el reingreso se produce después de 3 meses posteriores al abandono y el abandono se produjo en la fase intermitente hacer seguimiento con baciloscopia y cultivo trimestrales al menos por un año.

## ORGANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

**La adherencia del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, la persona que lo administra y el establecimiento de salud.**

Las actividades del tratamiento se realizan a través del concepto de DOTS/TAES, (DOTS: Directly Observed Treatment Short-course; TAES: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), que garantiza la curación de la mayoría de los casos y la reducción del riesgo de contagio para la comunidad.

Esta estrategia DOTS contempla los siguientes elementos:

### Tratamiento ambulatorio

Los medicamentos deben ser administrados de preferencia en forma ambulatoria, lo más cercano al domicilio o lugar de trabajo del paciente. Para ello se debe contar con abastecimiento suficiente, oportuno y de calidad controlada, en los establecimientos de la red asistencial.

No obstante, existe un porcentaje de pacientes que por la gravedad de su enfermedad o por otras comorbilidades requieren ser hospitalizados. Otros enfermos, por razones sociales deben ser internados en camas adecuadas y en lo posible de bajo costo, por largos plazos, con el fin de asegurar la continuidad del tratamiento hasta la curación.

### Esquemas normados

Todo tratamiento deberá ajustarse a los esquemas señalados. Todo esquema de tratamiento diferente de las normas será puesto en conocimiento del Equipo Técnico a cargo de tuberculosis del Servicio de Salud para su auditoria y corrección si corresponde.

### Tratamiento supervisado

Es el sistema de administración de medicamentos antituberculosos bajo observación directa del personal de salud, el cual debe observar la ingesta de los fármacos y registrarlos en la Tarjeta de registro del tratamiento de la tuberculosis. La supervisión directa de la toma regular de los medicamentos es una piedra angular del Programa de Tuberculosis.

### Control bacteriológico de la evolución del tratamiento

Durante el tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar con confirmación bac-

teriológica se debe efectuar obligatoriamente una baciloscopía y cultivo mensual al término de cada mes de tratamiento, de modo de ir monitorizando la eficacia del tratamiento. Los cultivos positivos a partir del tercer mes serán sometidos a estudio de susceptibilidad a los fármacos empleados.

Al término de cada mes de tratamiento, el/la auxiliar paramédico debe obtener una muestra de expectoración, aunque ésta no sea de buena calidad, tratando de obtener el producto de carraspera y de tos provocada que permita enviar una muestra de control al laboratorio. Esta muestra debe enviarse al laboratorio junto con la orden para el examen, teniendo particular cuidado en **anotar el esquema de tratamiento utilizado y el mes de control que corresponde en la solicitud.**

Es especialmente importante la baciloscopía y el cultivo al término del tratamiento para documentar la curación del paciente.

En caso de tuberculosis renal se solicitarán 3 muestras de orina para el control bacteriológico del mes y también se solicitara al término del tratamiento para documentar la curación del paciente.

## DEFINICIONES OPERACIONALES Y CONDUCTAS A SEGUIR EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO

Los enfermos en tratamiento por tuberculosis, en cualquiera de sus formas, pueden ser clasificados de acuerdo a los resultados de éste en las siguientes categorías de egresos:

### a. Éxito de tratamiento

- Curado confirmado (CC): Paciente que ha recibido el total de las dosis prescritas y tiene baciloscopías y cultivos negativos al término del tratamiento.
- Tratamiento terminado (TT): Paciente que ha recibido la totalidad de las dosis y está asintomático, pero no tiene baciloscopía y cultivo al término del tratamiento.

### b. Fracaso

El fracaso es un concepto bacteriológico. Se sospecha fracaso en:

#### 1. Pacientes que mantienen baciloscopías positivas hasta el cuarto mes de tratamiento.

| Mes          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Baciloscopía | + | + | + | + |   |   |   |



## 2. Pacientes que presentan baciloscopías positivas en dos controles sucesivos, después de un período de negativización de 2 meses.

| Mes          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Baciloscopía | + | - | - | + | + |   |   |

El fracaso deberá ser confirmado por el cultivo. Una vez que el cultivo se informe como positivo, el paciente debe referirse al neumólogo de referencia para el estudio del caso y la determinación de la conducta a seguir.

A los cultivos positivos desde el cuarto mes en adelante se les debe practicar Estudio de Susceptibilidad a los fármacos empleados.

### c. Fallecido

Enfermo que muere en el curso del tratamiento, ya sea por tuberculosis o por otras causas. Estos casos deben ser analizados mediante la Auditoría de Fallecidos realizada por el médico encargado del Programa del Nivel Intermedio (Servicio de Salud), para determinar si el fallecimiento se debió a tuberculosis o a causas concomitantes. Esta auditoría debe ser enviada al Nivel Central.

### d. Pérdida de seguimiento

Corresponde a la inasistencia continuada a tratamiento, en etapa diaria o trisemanal, por más de 4 semanas, período durante el cual deben realizarse todas las acciones de rescate de inasistentes (citación telefónica, visita domiciliaria, etc).

Estos casos deben ser analizados mediante la Auditoría de Abandono realizada por la enfermera encargada del Programa del Nivel Intermedio para determinar las causas del abandono y las posibles medidas correctivas y preventivas. Esta auditoría debe ser enviada al Nivel Central.

### e. Traslado

Corresponde a todo enfermo referido a otra unidad o establecimiento de salud, durante su tratamiento, ya sea dentro o fuera del país.

Un paciente que se traslada debe ser referido con toda la información (Informe de Traslado de Paciente Tuberculoso, Tarjeta de Tratamiento, etc.). El establecimiento que recibe al paciente debe informar al establecimiento que refiere la recepción de éste mediante un acuse de recibo, con copia al Servicio de Salud emisor.

**A los enfermos que se rescaten después de pérdida de seguimiento (abandono) se les deberá solicitar una baciloscopia y cultivo de Koch y derivar al broncopulmonar de referencia, quien determinará la conducta a seguir.**

## CONTROLES Y CONSULTAS DURANTE EL TRATAMIENTO

### Controles médicos

**Control médico inicial:** todo enfermo de tuberculosis detectado deberá tener lo antes posible (el mismo día o al día siguiente) una consulta con el médico, con el objeto de realizar el diagnóstico, notificar el caso e iniciar el tratamiento. En esta consulta se debe precisar mediante la anamnesis y el examen físico la presencia de patologías asociadas capaces de complicar el tratamiento, fármacos que pudiesen interactuar con los medicamentos antituberculosos o necesidad de esquemas especiales.

Los hipoglicemiantes orales, anticoagulantes, antiepilépticos y anticonceptivos orales son fármacos de uso frecuente que deben ajustarse cuando se inicia un tratamiento para la tuberculosis. Respecto a la interacción con los antirretrovirales, los ajustes de terapia deben ser realizados por el especialista tratante del VIH/SIDA manteniendo siempre el esquema de fármacos antituberculosos.

Se practicará radiografía de tórax en los casos de tuberculosis pulmonar al iniciar el tratamiento, sin que deba retrasarse el inicio de éste en espera del examen. La radiografía también debe realizarse al finalizar el tratamiento para evaluar la evolución de las lesiones radiológicas y la presencia de secuelas.

**Es responsabilidad del médico notificar todos los casos de tuberculosis mediante el formulario ENO.**

**Controles médicos mensuales:** se debe evaluar la evolución clínica y bacteriológica del tratamiento del paciente, su adherencia a éste, los cambios en el peso para ajustar las dosis en caso necesario, y las reacciones adversas a los fármacos. Se debe aprovechar esta oportunidad para reforzar la adherencia al tratamiento y el estudio de los contactos.

**Otros controles:** de forma inmediata en casos de toxicidad o intolerancia a los medicamentos, o como medida de prevención del abandono en caso de inasistencias reiteradas al tratamiento.

**Control médico posterior al alta:** a los 6 meses después del alta del tratamiento se deberá efectuar un control médico de seguimiento del caso y de sus contactos.

## CONSULTAS DE ENFERMERA

Consiste en la atención individual e integral, realizada por la enfermera a los pacientes con tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento. Sus objetivos son: educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, contribuir a la adherencia del paciente a su tratamiento, indagar sobre antecedentes de tratamientos anteriores, contribuir a un adecuado seguimiento del caso y al estudio de contactos, e identificar en el paciente conductas de riesgo de abandono para programar medidas de prevención.

**Primera consulta enfermera:** se realiza al ingreso del enfermo al tratamiento con el objeto de: educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, aplicar el Score de Riesgo de Abandono y formular el plan de atención de enfermería de acuerdo el score de riesgo encontrado. Determinar el lugar más adecuado de tratamiento de acuerdo al domicilio o lugar de trabajo del paciente, abrir la Tarjeta de Tratamiento Controlado, iniciar el estudio de los contactos. Deberá registrar el caso en el Libro de Registro y Seguimiento de Casos de Tuberculosis y revisar que el caso esté notificado.

**Segunda consulta enfermera:** se realiza al inicio de la fase intermitente y sus objetivos son: evaluar la evolución del paciente, la regularidad en la asistencia al tratamiento, readecuar plan de atención de enfermería según necesidad del paciente. Revisar resultados de exámenes, cumplimiento del control de peso mensual. Revisar el cumplimiento de estudio de contactos.

**Tercera consulta enfermera:** se realiza al 6° mes de tratamiento su objetivo está dirigido a: revisar evolución del paciente, cumplimiento de dosis, revisar el cumplimiento del estudio de contactos. Educación sobre cuidados post alta (consulta precoz en caso de presentar sintomatología respiratoria persistente). Además se deben solicitar los exámenes correspondientes al segundo estudio de contacto de acuerdo a la pauta de estudio de contacto descrita anteriormente.

**Consulta enfermera posterior al alta:** a los 6 meses después del alta de tratamiento se deberá realizar esta consulta para seguimiento del caso y de sus contactos.

**Otras consultas de enfermera durante el tratamiento:** se deben realizar frente a inasistencias al tratamiento (para investigar posibles causas y tratar de solucionarlas), por incumplimiento del estudio de contactos, para orientación en relación al traslado ante cambio de domicilio, y en caso de reacciones adversas a medicamentos.

## VISITA DOMICILIARIA

**Al ingreso del tratamiento:** en esta visita la enfermera del establecimiento del nivel primario reforzará la educación entregada al enfermo y su grupo familiar sobre la tuberculosis en la primera consulta, sobre la tuberculosis, tratamiento y estudio de los contactos. Además deberá detectar otros posibles factores de riesgo de abandono y eventuales RAM y completar el censo de contacto.

**Visita domiciliaria por inasistencia a tratamiento:** cada vez que el paciente no asista a tratamiento se deben efectuar visitas domiciliarias que serán de responsabilidad del equipo de enfermería. El objetivo está dirigido a identificar las posibles situaciones que están causando las inasistencias y contribuir a una solución. Es necesario además que se refuercen los contenidos educativos relacionados con el tratamiento para el enfermo y su grupo familiar.

La visita domiciliaria por inasistencia la primera y segunda semana, es de responsabilidad del técnico paramédico. La visita domiciliaria por inasistencia a la tercera semana es de responsabilidad de la enfermera del nivel local.

## REGISTROS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

### BOLETÍN DE DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA” (ENO)

La notificación de la tuberculosis se realizará en el “Boletín de Declaración de Enfermedades de Notificación Obligatoria” (ENO), que debe estar disponible en todo establecimiento de salud, de cualquier nivel de complejidad, tanto del Sistema Nacional de Servicios de Salud como del extrasistema, enviando el original a la Unidad de Epidemiología de la Seremi de Salud, una copia al Equipo Técnico de Tuberculosis del Servicio de Salud, y dejando copia en el establecimiento que hace la notificación.

El reglamento especifica en su Art. 6º que “Será obligación de todos los médicos cirujanos que atiendan enfermos en los establecimientos asistenciales, sean públicos o privados, notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que determine el Ministerio de Salud”.

Se notificarán los casos de tuberculosis en todas sus formas y localizaciones que se consideren activos y en los cuales se ha decidido iniciar un tratamiento específico, incluyendo los casos sin confirmación bacteriológica.

Se notificarán tanto los casos nuevos de tuberculosis como las recaídas.

No se notificarán:

- Los pacientes con “sospecha” de tuberculosis.
- Los casos de fracasos de tratamiento.
- Los abandonos reingresados.
- Los enfermos trasladados de otros establecimientos.

No se notificarán pacientes afectados por micobacterias atípicas, por lo que la demostración de este tipo de micobacterias después de haber notificado un caso como tuberculosis obliga a eliminar esta notificación informando a través de un Ordinario a la SEREMI correspondiente, con copia al PROCET MINSAL.

## INSTRUCTIVO BOLETÍN NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (BOLETÍN E.N.O.)

**Nombre Establecimiento:** Indique Nombre y Código asignado al Establecimiento que emite la notificación, según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>

**Oficina Provincial:** Cuando corresponda, indique Nombre y código asignado a la Oficina Provincial o según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>

### SEREMI:

**Indique Nombre y Código** Asignado a la SEREMI según escala vigente (DEIS). La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>

**Nº Historia Clínica:** Registre el número foliado de la carátula de la Historia Clínica del (de la) enfermo (a).

**Nombre del (de la) paciente:** Escriba con letra legible, el apellido paterno, apellido materno y los nombres (en ese orden) del (de la) enfermo (a).

**RUT:** Registre el RUT del (de la) enfermo (a), sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guión.

**Sexo:** Registre el N° de la alternativa que corresponda al sexo del (de la) enfermo (a).

**Fecha de nacimiento:** Registre día, mes y año de nacimiento del (de la) enfermo (a), en la modalidad dd, mm, aaaa.

**Edad:** Registre numéricamente la edad del (de la) enfermo(a).

**Unidad de medida de la edad:** Registre 1 si se trata de un (a) enfermo (a) menor de un mes de vida; 2 si es mayor de un mes y menor de un año; o 3 si el (la) enfermo (a) tiene uno o más años.

**Nacionalidad:** Sólo cuando se trate de enfermo (a) extranjero (a), este dato deberá ser completado con el nombre del país. La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>

**Pueblo originario declarado:** La pregunta debe ser ¿Pertenece Ud. (el (la) paciente) a alguno de los siguientes pueblos originarios: alacalufe (kawashkar), atacameño, aimara, cola, diaguita, mapuche, quechua, rapa nui, yámana (yagán) o ninguno? Registre el número que corresponda al pueblo originario declarado por el (la) paciente.

**Comuna de residencia:** Indique el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio habitual del (de la) enfermo (a). Ante dudas de los nombres de las comunas, consulte en el sitio <http://deis.minsal.cl>, "División Político Administrativa".

**Teléfono:** Registre el número telefónico del (de la) enfermo (a), o el número de contacto.

**Condición de actividad:** Indicar si el (la) enfermo (a) es Activo (a) o Inactivo (a).

**Ocupación:** Registrar la ocupación. Ej: Labores de casa, estudiante, jubilado (a), profesor, ingeniero, etc.

**Categoría ocupacional:** Anote en el recuadro el número que identifica la Categoría Ocupacional a la que pertenece el (la) enfermo (a). No completar si están declaradas las siguientes ocupaciones: Labores de casa, Estudiante, Rentista, Jubilado (a), Inválido o Recluido, otros, ninguna.

**Diagnóstico confirmado:** Registrar el diagnóstico confirmado completo (nombre de la afección) y el código que corresponde a la CIE-10 (escala oficial). Para el (la) enfermo (a) que presente 2 o más afecciones de declaración obligatoria, éstas deberán ser registradas en FORMULARIOS SEPARADOS para cada una. Sólo en caso de Tuberculosis se registrará en la 2ª línea otro diagnóstico relacionado con esta afección.

**Otro diagnóstico confirmado:** Llenar sólo si en el diagnóstico confirmado se declara una Tuberculosis.

**Fecha 1ros síntomas:** Indicar fecha de inicio de síntomas detectados por anamnesis. No omitir dato.

**País de contagio:** Indicar en la celda que corresponda si la enfermedad fue adquirida en Chile o fuera del país. Si sucedió en el extranjero, registrar el nombre del país de eventual procedencia (por anamnesis).

**Antecedente de vacunación:** Registrar número que corresponda, según respuesta del (de la) paciente.

**Fecha última dosis:** Registrar día, mes y año (dd, mm, aaaa) de la última dosis de la vacuna correspondiente.

**Número de dosis:** Indicar número de dosis recibidas, de la vacuna correspondiente.

**Confirmación diagnóstica:** Colocar "1" en la celda que corresponda a la confirmación diagnóstica.

**Embarazo:** Registrar en la celda el número correspondiente.

**Celdas 28 y 27:** Completar sólo para TBC.

Registrar según corresponda.

**Sólo para recaídas:** Indicar si es la misma localización u otra.  
30, 31 y 32.

**Datos del (de la) profesional que hace la declaración:** Registrar nombre: apellido paterno, apellido materno y nombres. RUT, número de teléfono y correo electrónico.

**Fecha de notificación en el establecimiento:** Indicar la fecha de la declaración del caso. NO OMITIR.

**Fecha de notificación desde la SEREMI al MINSAL:** Registrar la fecha en la que la SEREMI envía notificación al Ministerio de Salud. Versión julio 2009.

## TARJETA DE REGISTRO DEL TRATAMIENTO

Una vez que se diagnostica un caso de tuberculosis, debe abrirse un registro de seguimiento del tratamiento llamado Tarjeta de Registro de Tratamiento TBC, cuyos objetivos son:

- Llevar el registro de las actividades relacionadas con el tratamiento y la evolución bacteriológica de cada caso,
- Conocer la regularidad en la administración del tratamiento y el cumplimiento de las dosis y el tiempo en que se administra,
- Obtener información mensual del consumo de medicamentos,
- Registrar la información del estudio de contactos.

Respaldar la información de la categoría de egreso del caso.

### Instructivo de llenado de la Tarjeta de registro del Tratamiento

**Nombre Completo:** Se escribirá con letra de imprenta en mayúsculas, anotando apellido paterno, materno y nombres. Edad: En años cumplidos Nacionalidad: autoexplicativo.

**Ocupación:** Trabajo que desempeña.

**Pueblo Indígena declarado:** La pregunta debe ser ¿pertenece Ud. a alguno de los siguientes pueblos indígenas: alacalufe (kawashkar), atacameño, aimara, colla, diaguita, mapuche, quechua, rapa nui, yámana (yagán) o ninguno.

**RUT:** O pasaporte en caso de extranjeros especificando con la sigla PAS N° de ficha: La del lugar donde se atiende el enfermo.

**Establecimiento:** Lugar donde se efectúa el control de la enfermedad (TBC). Dirección: Domicilio exacto del lugar donde vive el paciente y N° telefónico Comuna: Correspondiente al domicilio de residencia.

**Diagnóstico:** Marcar con una x la localización.

**Tipo de caso:** Marque: nuevo, recaída, reingreso abandono.

**Confirmación:** Marcar con una X la opción, si es otra anote en observaciones.

**Notificación:** Marque con X la opción, y la fecha de notificación. Recuerde no se notifiquen los casos de reingreso de abandono y los fracasos de tratamiento.

**Riesgo de abandono:** Clasificar de acuerdo al puntaje usando el score de riesgo.



**Tratamiento efectuado:** Se dispone de un calendario cuadrulado para cada mes, numerados del 1 al 31. Su objetivo es marcar día a día la asistencia controlada al tratamiento. Son días útiles de tratamiento todos los días hábiles de lunes a viernes, los feriados, sábados y domingos se achuran con rojo. Cada vez que el enfermo concurre a tratamiento, la auxiliar que personalmente da a ingerir los fármacos anotará sus iniciales en forma clara en el espacio correspondiente a la fecha del día. Al final de la jornada o la primera hora del día siguiente, la auxiliar responsable del tratamiento informará a la enfermera las inasistencias al tratamiento, dejando en blanco el casillero correspondiente.

**Total asistencia mensual:** Es la columna denominada “total asist. mes”, que sigue al cuadrulado de control de asistencia, está dividida en espacios mensuales y tiene por objeto anotar en números, la asistencia real a tratamiento (Nº de dosis en cada fase, diaria e intermitente). Cumplido el mes calendario de tratamiento, se totalizará la asistencia, contando el número de veces que el paciente concurre a recibir el tratamiento, diario o intermitente y refiriendo esta cifra al número de veces que debió concurrir según el esquema indicado. Esta información se presentará con una fracción en cuyo numerador estará el número de veces que el enfermo asistió a tratamiento, y en el denominador el número de días que debió concurrir durante el mes calendario y su fase. Si por ejemplo: en la fase diaria asistió 10 de 25 veces, el resultado se anotará 10/25. Estas anotaciones se harán en el casillero correspondiente al mes calendario en la columna Cumplida la fase diaria, se anotará en un recuadro de esta columna, frente al mes correspondiente el número total de dosis diarias recibidas y la fecha de término de esta fase, por ejemplo D.D.= (50). Del mismo modo cumplida la fase intermitente se anotará, en un recuadro similar, frente al último mes calendario de tratamiento, el número total de dosis intermitentes recibidas y la fecha de término de tratamiento. Por ejemplo: D.I. = (32).

**Fecha y Esquema:** Espacio para anotar detalladamente fecha y esquema de tratamiento y sus cambios. Debe quedar indicado si la administración es diaria (DD) o intermitente (DI). Se debe anotar cuidadosamente en la columna correspondiente, las siglas de las drogas indicadas, el número de tabletas o cápsulas y su equivalencia en miligramos o gramos. Debe quedar indicado si la administración es diaria o intermitente. Las iniciales de las drogas antituberculosas son:

**DFC:** Dosis Fijas Combinadas

**S:** Estreptomina

**H:** Hidrazida o Isoniacida

**Z:** Pirazinamida

**R:** Rifampicina

**E:** Etambutol

**K:** Kanamicina

**Et:** tionamida o Trecator (1314)

**Cs:** Cicloserina

**M:** Moxifloxacino

**Koch:** El examen de control mensual se efectuará durante la semana que sigue al cumplimiento del mes de tratamiento y se deberá anotar: fecha, y resultado de la baciloscopía, y la fecha, N° y resultado del Cultivo, cuando ese examen se ha efectuado. La anotación respecto a baciloscopía se debe hacer en el espacio correspondiente al mes en que se tomó la muestra. Los datos de Cultivo y eventualmente sensibilidad, se deben anotar en el espacio de observaciones, correspondientes al mes.

El examen de Koch se efectuará durante la semana que sigue al cumplimiento del mes de tratamiento, la cual se fijará a contar del primer día de tratamiento efectivo. Cuatro días antes de la fecha de cada cumplimiento mensual de tratamiento, la auxiliar entregará al paciente la orden para examen de expectoración, teniendo particular cuidado en anotar esquema de tratamiento y mes de control (1, 2, 3, etc.) en la solicitud de examen. Si el enfermo dice no tener expectoración, se insistirá tratando de obtener el producto de carraspera y tos matinal provocada, que permita enviar muestra control al laboratorio. Se debe insistir en la baciloscopía de egreso **“lo que permitirá la calidad de curado confirmado”** La auxiliar dejará registrada la fecha de envío de la muestra, anotará los resultados y fecha de examen en el casillero correspondiente. **El resultado (+) con ROJO y el (-) con AZUL.**

**Peso:** Todos los meses el enfermo debe ser pesado, anotándose este valor en esta columna, para verificar si la dosis no requiere de ajuste, según peso. El peso del paciente servirá para verificar que no se haya indicado una dosis excesiva de medicamento.

**Observaciones y Visitas domiciliarias:** Espacio que se debe usar para anotar la fecha de visitas y su cumplimiento. Cada vez que al efectuar la revisión diaria de término de jornada, se compruebe la inasistencia por 4 días sucesivos de tratamiento diario, o en dos ocasiones de tratamiento intermitente, la persona encargada de la Clínica de Tratamiento anotará en la columna correspondiente, frente al mes calendario correspondiente la palabra “visitar”, junto a la fecha y la firma. Se enviará al personal de terreno o a quién corresponda, la orden de “visita domiciliaria”. Una vez efectuada la visita domiciliaria, se anotará el resultado, la fecha de cumplimiento y se firmará.

**Anotación de observaciones:** La tarjeta de tratamiento dispone de un espacio para consignar situaciones que guardan relación con el tratamiento del caso. Las más frecuentes dicen relación con las inasistencias y los resultados de la visita a domicilio.

Mediante expresiones breves, se debe tratar de describir la situación que determina la inasistencia de acuerdo a lo observado en la visita, cuya fecha debe anotarse. (Por ejemplo: embriaguez, cambio de domicilio, abandono del domicilio, hospitalizado, traslado a otro Servicio de Salud, fallecido) En caso de traslados, enviados o recibidos, deben quedar anotados con precisión el destino o procedencia. El servicio receptor tiene la obligación de acusar recibo del enfermo. Otro aspecto importante que debe consignarse es la aparición de síntomas colaterales adversos. Cuando ello obliga a la suspensión del esquema, se debe consignar junto al tipo de manifestación de intolerancia o toxicidad, la fecha de suspensión y reinicio del esquema. Todo paciente con efecto colateral debe ser derivado de inmediato al médico.

## ANVERSO DE LA TARJETA

**Causa de egreso:** Dato que no puede faltar. Médico o Enfermera son responsables de marcar con una X la condición de egreso. El médico debe transcribir y anotar bajo su firma responsable, en el expediente clínico (ficha), la fecha, diagnóstico inicial completo, tratamiento recibido y condición de egreso: curado confirmado, curado sin confirmar, perdida de seguimiento, fallecido por TBC, fallecido con TBC, fracaso y/o traslado.

**Estudio de contactos:** Se registra en Nombre del contacto, la edad, si es SR con X, SI/NO la cicatriz de BCG, PPD en mm, resultado de RX (+)(-), resultado de BK y C, la conclusión diagnóstica (sano para tuberculosis, derivado a tratamiento, derivado a quimioprofilaxis, derivado a broncopulmonar adulto para seguimiento. Derivado a broncopulmonar infantil, broncopulmonar adulto. Fecha de la conclusión final del estudio de cada contacto).

**Consulta de enfermera:** Registrar la fecha en que se realizó cada tipo de consulta, el contenido básico y observaciones importantes.

**Riesgo de abandono:** Se adjunta tabla con factores y puntaje de cada uno según norma.

## LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Este libro de registro debe existir en todas las unidades del país que realicen actividades del Programa.

Su objetivo es:

- Registrar en forma individualizada los antecedentes, diagnóstico, esquema empleado, evolución y egreso de tratamiento para cada caso que inicia o se reincorpora a tratamiento (en caso de recaída, abandono reingresado o inicio de retratamiento).
- Proporciona en forma fácil y expedita la información relativa a egresos para la construcción de las cohortes de evaluación.

### Contiene la siguiente información:

- Antecedentes personales del caso: nombre completo, RUT, edad, dirección, teléfono.
- Antecedentes del diagnóstico: localización, confirmación bacteriológica, antecedentes de tratamiento, fecha de diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento y fecha de notificación.
- Esquema de tratamiento: siglas de los fármacos indicados y dosis.
- Control bacteriológico del tratamiento: resultado de la baciloscopía de control mensual y del cultivo, cuando este examen se ha efectuado.
- Condición de egreso: según las definiciones operacionales expuestas anteriormente: curado confirmado, tratamiento terminado, abandono, fallecido, fracaso o traslado sin información de egreso.

### Las instrucciones para su uso son las siguientes:

**Nº Orden:** Correlativo en el año calendario.

**Nombre Completo:** Autoexplicativo: 2 nombres, 2 apellidos.

**Domicilio y teléfono:** Lugar donde vive o trabaja el paciente. Servicio de Salud donde recibe el

**RUT:** Autoexplicativo

**Edad:** Especificar en años cumplidos en la columna correspondiente al sexo.

**Fecha Notificación:** Fecha de elaboración del formulario RMC 14. ENO.

## DIAGNÓSTICO

**Fecha:** Fecha en que se realizó el diagnóstico.

**Localización:** Registrar (P) pulmonar, (M) meníngea, (PL) pleural, (R) renal, (G) ganglionar, (O) osteoarticular, (GU) genito urinaria, (CP) complejo primario, (OT) otras.

**Confirmación:** Registrar como BK si es por baciloscopía, C si es por cultivo, B si es por biopsia, CL si es por clínica, Rx si es por radiografía, SC. Si es sin confirmación, OT (otras: agregar cual).

**Antecedentes de tratamiento:** Marcar con una X si es VT (Virgen a tratamiento), en Antes Tratado marcar con una X si es recaída (R) o Reingreso de abandono (R.AB)

**Fecha inicio de tratamiento:** registrar la fecha en que se inicia la administración del tratamiento.

**Esquema de tratamiento:** Registrar esquemas de tratamiento indicado.

**Estudio de susceptibilidad inicial:** Registrar fecha y el resultado del estudio de susceptibilidad.

**Control bacteriológico mensual:** Anotar el resultado de la baciloscopía (+) o (-) en el mes correspondiente. El espacio en blanco significa que no se hizo. Condición de egreso: marcar con una X según corresponda a:

**A** = Enfermo que ha cumplido todo su tratamiento en tiempo dosis. Se distinguen 2 situaciones:

**Curado confirmado (CC):** Enfermo que ha recibido el total de dosis prescritas y tiene baciloscopía y cultivo negativo al término del tratamiento.

**Tratamiento terminado (TT):** Enfermo que ha recibido el total de dosis prescritas, pero no tiene el control baciloscópico al término del tratamiento.

**Traslado sin información de término (T):** Corresponde a los enfermos que son trasladados a otros servicios de salud y de los cuales no se obtiene el acuse de recibo, desconociéndose su condición de egreso.

**Abandono (Ab):** Corresponde a la inasistencia continuada al tratamiento controlado, en fase inicial o de continuación, por cuatro semanas o más.

**Fracaso (F):** Todo paciente que tiene cultivo positivo de la baciloscopía del cuarto mes o cualquier cultivo positivo después del cuarto mes.

**Fallecido (F):** Muerte durante el período de tratamiento por TBC y otras causas.

**Observaciones:**

- En los casos trasladados: registrar si no se recibe el acuse de recibo identificando el servicio de salud.
- En caso de un ingreso por traslado registrar el servicio de salud de donde proviene.
- Registrar la fecha de egreso.
- Si debió ser hospitalizado durante el tratamiento.
- Otros.

**INFORME DE TRASLADO DE PACIENTES TBC NACIONAL**

El traslado de pacientes entre establecimientos en el curso de su tratamiento requiere de una estricta coordinación para asegurar la continuidad del tratamiento y prevenir el abandono del enfermo.

El objetivo del Formulario de traslado es:

- Proporcionar la información actualizada en el momento en que el paciente es trasladado a otro Servicio de Salud o Establecimiento.
- Permitir la continuidad del tratamiento.

Tanto el establecimiento que traslada como el que recibe tienen responsabilidad en que esta coordinación funcione adecuadamente. Las funciones de cada uno se detallan a continuación.

**ESTABLECIMIENTO QUE TRASLADA AL PACIENTE:**

- Comunicar al ETT del Servicio de Salud el traslado del paciente, quién coordinará con el establecimiento receptor del mismo Servicio o con el ETT del Servicio de Salud al cual llegará el enfermo.
- Entregar una copia de la Tarjeta de Registro de Tratamiento y del Formulario de Traslado al paciente, para que se presente en el nuevo establecimiento donde continuará el tratamiento.
- Enviar una copia del Formulario de Traslado y la Tarjeta de Registro de Tratamiento a la enfermera encargada en el ETT del Servicio de Salud.

**ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE UN PACIENTE TRASLADADO:**

- Informar al Servicio de Salud o establecimiento de origen el ingreso del paciente y acuso de recibo de los antecedentes.
- Si el paciente se presenta se deberá referir a la enfermera del establecimiento para el ingreso y continuación del tratamiento.

- Si el paciente no se presenta se deberá efectuar la visita domiciliaria de rescate.
- Si a pesar de las medidas de rescate, no es recuperado en el plazo de un mes a contar de la fecha de traslado, se considerará como abandono de tratamiento, debiendo informarse de esta situación al establecimiento de origen. En la evaluación de tratamiento (cohorte) este abandono se registrará como ocurrido en el establecimiento de origen.

### Instrucciones de llenado del informe de traslado:

**Nombre:** Completo 2 apellidos.

**Edad:** Años cumplidos.

**Ficha:** del establecimiento de origen.

**Rut:** autoexplicativo.

**Fecha de Traslado:** Autoexplicativo.

**Origen:** Corresponde a los datos del lugar en donde efectuaba el tratamiento. Destino: corresponde al lugar donde se traslada para a continuar su tratamiento Lugar de traslado del paciente: corresponde a la nueva dirección del paciente.

**Diagnóstico y Confirmación:** Registrar tipo de diagnóstico y su confirmación y especificar tipo de muestra.

**Riesgo de Abandono:** Autoexplicativo, detallar factores de riesgo pesquisados.

**Antecedentes de tratamiento y Notificación:** Autoexplicativo.

**Tratamiento actual indicado:** Registrar esquema y dosis recibidas al momento del traslado.

**Documentos adjuntos:** Marcar con una cruz los documentos que se entregan: Tarjeta de tratamiento, Rx. de tórax, epicrisis si ha estado hospitalizado previamente al traslado.

**Antecedentes Mórbidos:** Marcar con una cruz claramente si el paciente tiene además, diabetes, silicosis, alcoholismo, insuficiencia renal u otros (especificar cuál).

**Observaciones:** Agregar otros antecedentes importantes como: Reacciones Adversas a los medicamentos, etc.

# FORMULARIO INTERNACIONAL DE TRANSFERENCIA PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

## Instructivo de llenado

Para contestar este documento favor utilizar LETRA IMPRENTA, escribir claro, completo y evitar utilizar siglas

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**Nombre y Apellido:** Registrar el nombre y los 2 apellidos de la persona en tratamiento por tuberculosis.

**Edad:** Años cumplidos.

**Nº de Ficha Clínica:** Registrar el número de la Ficha clínica del establecimiento de origen.

**Rut o DNI:** Corresponde a la cedula de identificación de la persona en tratamiento por tuberculosis.

En el cuadro donde se debe registrar los datos del domicilio:

**La columna Lugar de Origen:** Corresponde a los datos del lugar donde vive la persona en tratamiento por tuberculosis antes de la referencia.

**Lugar de Destino:** Corresponde a los datos del lugar donde será referida la persona en tratamiento por tuberculosis.

**Domicilio:** Registrar el Nombre Calle y Nº correspondiente al lugar donde vive de la persona en tratamiento por tuberculosis. En el caso de no contar con esta información anotar Referencias que permitan ubicar la vivienda.

**Comuna, Distrito, Departamento, Municipio:** Corresponde al lugar donde se encuentra ubicada la calle donde vive la persona en tratamiento por tuberculosis.

**Nº de Teléfono:** Registrar el número de teléfono fijo y móvil.

**País:** Autoexplicativo.

**A quien recurrir en caso de emergencia (nombre y teléfono):** Registrar los datos de una persona de confianza de la persona que está en tratamiento por tuberculosis, con la cual se pueda establecer una comunicación en caso necesario.



**Pueblo Indígena declarado:** Aquí se debe preguntar a la persona en tratamiento por tuberculosis si pertenece a una comunidad indígena. Si la respuesta es afirmativa, registrar el nombre de la comunidad el enfermo debe identificar el pueblo indígena al cual pertenece. Idioma que habla: registrar la lengua nativa que utiliza para su comunicación diaria además del español.

## ANTECEDENTES DIAGNÓSTICO EPISODIO ACTUAL DE TBC

**Diagnóstico:** registrar tipo de diagnóstico que corresponde, en los casos extrapulmonar registrar el órgano afectado.

**Confirmación:** registrar método por el cual se confirmó el diagnóstico.

**Prueba de sensibilidad:** registrar fecha del informe y resultado del estudio.

**Antecedente de Tratamiento:** en caso de ser antes tratado o reingreso de abandono registrar cuándo y dónde. Autoexplicativo

**Fecha del diagnóstico:** fecha en que se hizo el diagnóstico de la enfermedad.

**Fecha notificación:** corresponde a la fecha en que se llena el formulario por parte del profesional **ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO.**

**Esquema de tratamiento:** Marcar según corresponda el esquema de tratamiento que está recibiendo el enfermo al momento del traslado. (Esquema primario, esquema de recaída etc.)

**Fecha Inicio de Tratamiento:** anotar día, mes y año en que se inició el tratamiento. Periodicidad del tratamiento: Registrar si la administración del tratamiento es diaria, 2 veces a la semana o 3 veces a la semana.

**Fármacos administrados:** Registrar cada uno de los medicamentos que está recibiendo la persona en tratamiento por tuberculosis. La dosis administrada de cada medicamento (ej. isoniácida 300mgrs diarios). Número de dosis efectivamente recibidas por el enfermo (ej.: 29 dosis administradas).

**REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO (RAM)** marcar con una X según corresponda.

**Especificar RAM:** identificar tipo de reacción que presentó el enfermo

**Especificar Fármaco:** identificar el fármaco al cual se le atribuye la RAM.

**PATOLOGÍAS ASOCIADAS:** Marcar con una (X) si el enfermo tiene además otra patología: hepatitis, alcoholismo, diabetes, tabaquismo, silicosis, co-infección retroviral (VIH+) u otros (en este caso especificar).

**DOCUMENTOS ADJUNTOS:** Identificar con una cruz los documentos que lleva el enfermo al momento del traslado.

### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

**Establecimiento de Origen:** Corresponde a los antecedentes de teléfono fax, correo electrónico y domicilio del lugar donde la persona con tuberculosis está recibiendo su tratamiento.

**Establecimiento de Destino:** Corresponde al lugar donde será referida la persona con tuberculosis para continuar su tratamiento.

**IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE TRASLADA:** Esta información corresponde a los datos al profesional de la salud del establecimiento que está realizando la transferencia.

### INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS

Este informe permite disponer de información sobre la existencia y consumo mensual de medicamentos para la tuberculosis en cada establecimiento. Al mismo tiempo, permite conocer la vigencia de los fármacos en uso y sirve de base para la entrega de los pedidos, para la información del stock y consumo de fármacos del Servicio de Salud y para la programación anual de medicamentos que realiza el Servicio de Salud.

Los establecimientos deberán contar con un stock extra de medicamentos que corresponde al 25% de lo calculado en base a sus casos en tratamiento, lo que permitirá mantener el suministro ininterrumpido ante eventuales ingresos y demoras en el despacho de pedidos.

Los objetivos de este Informe son:

- Disponer información de la Existencia de Medicamentos para la Tuberculosis en el Establecimiento y conocer el Consumo Mensual de ellos.
- Conocer Vigencia de los medicamentos en uso.
- Servir de base para la entrega de Pedidos de Medicamentos a los Establecimientos.
- Servir de base para la información del Stock y Consumo de Medicamentos del Servicio de Salud.
- Servir de base para la Programación Anual de Medicamentos en el Servicio de Salud.

**Instrucciones para su uso:**

**Establecimiento:** Autoexplicativo.

**Mes:** Corresponde al mes anterior.

**Stock:** Se debe informar Stock de Medicamentos disponible, sumando el stock de Clínica y Farmacia.

**Fechas de vencimiento:** Registrar fechas de vencimiento de cada partida de medicamentos. Uso de medicamentos según fecha de expiración.

**Consumo de Medicamentos:** Informar Consumo total de acuerdo a la suma de las Plaquillas de Consumo Diario.

Este Informe debe enviarse al Programa de TBC del Servicio de Salud antes del 5° día del mes. Los establecimientos deberán contar con un stock extra de medicamentos que corresponde al 25%, que permitirá mantener el suministro ininterrumpido por eventuales ingresos y demora.

## **REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS (REGISTRO ELECTRÓNICO)**

Corresponde al informe enviado por el ETT del Nivel Intermedio al Nivel Central del PROCET de acuerdo a las instrucciones y formato del Ord. N°4C/1658 del 09/04/1999 (ver en archivo nacional), sobre el Sistema de Vigilancia del Programa de Tuberculosis.

Los objetivos de este registro son:

- Conocer la situación epidemiológica y operacional del Programa.
- Realizar las evaluaciones del Programa.
- Analizar la información para tomar decisiones adecuadas y mejorar el cumplimiento de las acciones.
- Realizar supervisión indirecta del nivel local.

Cómo se construye: este registro resulta del cruce de la siguiente información

- Informe mensual de casos de tuberculosis en tratamiento del Servicio de Salud, construido con los informes mensuales de casos de tuberculosis en tratamiento proporcionados mensualmente por los establecimientos del Nivel Local.
- Listado mensual de casos notificados de tuberculosis, enviado por la SEREMI de Salud al ETT del nivel intermedio del servicio
- Informe mensual de casos positivos enviado por el referente del laboratorio.

## PLANILLA NIVEL LOCAL

### Instructivo de llenado de la planilla de los niveles locales

#### PLANILLA APS:

También llamada planilla APS, sin que por eso no pueda ser usada por los niveles secundarios en los casos excepcionales en que estos niveles mantengan pacientes en tratamiento. Para facilitar su utilización se recomienda instruir a los niveles locales en el uso de esta planilla y su envío mensual al ETT del Servicio de Salud.

Consiste en una planilla de 34 columnas, las cuales se describen a continuación:

**Columna 1: APELLIDO PATERNO.** Escribir en mayúsculas y sin tildes.

**Columna 2: APELLIDO MATERNO.** Escribir en mayúsculas y sin tildes.

**Columna 3: NOMBRE.** Escribir el primer nombre en mayúsculas y sin tildes.

**Columna 4: RUT.** Escribir sin puntos y sin dígito verificador.

**Columna 5: DÍGITO VERIFICADOR.** Escribir el número o letra K según corresponda. Este número verifica que el RUT escrito en la columna 4 sea correcto.

**Columna 6: FECHA DE NACIMIENTO.** Escribir en formato texto de la siguiente manera: XXXX-XXXX (día, mes y año). Aplica lo mismo que para la fecha de nacimiento de la planilla seremi en relación al formato.

**Columna 7: SEXO.** Escribir Masculino o femenino según corresponda.

**Columna 8: FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO.** Escribir en formato texto de la siguiente manera: XX-XX-XXXX (día, mes y año). Aplica lo mismo que para la fecha de nacimiento en relación al formato.

**Columna 9: CIE 10.** Igual a columna 8 de planilla SEREMI.

**Columna 10: CONFIRMACIÓN.** Las mismas opciones que la columna 9 de la planilla SEREMI.

**Columna 11: CASO.** Escribir NUEVO, RECAIDA o REINGRESO DE ABANDONO según corresponda.

**Columna 12: CÓDIGO COMUNA DE RESIDENCIA.** Escribir código numérico de la comuna de residencia del caso. Al final de este anexo se encuentran los códigos de las comunas.

**Columna 13: CÓDIGO SERVICIO DE SALUD DE RESIDENCIA.** Escribir código numérico del Servicio de Salud de residencia del caso. Al final de este anexo se encuentran los códigos.

**Columna 14: REGIÓN.** Escribir el código de la región de residencia según corresponda. Al final de este anexo se encuentran los códigos.

**Columna 15: LUGAR DE DIAGNÓSTICO.** Corresponde al nivel de atención donde se pesquisó el caso de tuberculosis. Para tuberculosis pulmonares con confirmación bacteriológica corresponde al nivel de atención donde se solicitó la baciloscopía: atención primaria (consultorios, CESFAM, CES, Postas rurales, SAPU, etc.), atención secundaria (consultorios de especialidades, CDT, etc.), atención terciaria (hospitales y servicios de urgencia de hospitales), o extrasistema (establecimientos no pertenecientes a la red pública de salud). Para los casos sin confirmación bacteriológica y extrapulmonares el lugar de diagnóstico no podrá ser atención primaria.

**Columna 16: ESTADO.** Corresponde a la situación actual del tratamiento del caso de tuberculosis. Puede ser "en tratamiento", "no inicia tratamiento", "egresado" o "trasladado". Si el estado es egresado, debe tener la condición de egreso en la columna 17. En el caso de los trasladados, esta es una condición transitoria hasta que el caso se reciba en el Servicio de Salud al cual se trasladó.

**Columna 17: EGRESO.** Una vez que el paciente egrese, escribir en esta columna la condición de egreso según corresponda: curado confirmado, tratamiento terminado, fallecido, abandono, traslado sin información, fracaso, MDR.

**Columna 18, 19, 20 y 21: RIESGO.** Corresponde al grupo de riesgo al que pertenece el caso de tuberculosis. Existen cuatro columnas para registrar todos los riesgos identificados. Los riesgos deben ser registrados con la palabra exacta que se indica a continuación:

- Coinfección retroviral
- Contacto
- Privado de libertad
- Pueblo indígena
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Extranjero
- Personal de salud
- Diabético
- Situación de calle
- Residente de hogar
- Otra inmunosupresión

**Columna 22: TEST DE ELISA.** Registrar el resultado del test. Las opciones son positivo, negativo, rechaza o no realizado. Si esta información se deja en blanco se contemplará como no realizado.

**Columna 23: NACIONALIDAD.** Deben ser registradas con la palabra terminada en A (chilena, no chileno). Existen las siguientes opciones para registrar:

- Chilena
- Peruana
- Boliviana
- Ecuatoriana
- Colombiana
- Haitiana
- Otra latinoamericana
- Otra no latinoamericana

Siempre que la nacionalidad sea una distinta a la chilena, debe coincidir con el registro del grupo de riesgo extranjero.

**Columna 24 a 33: ASISTENCIA MENSUAL.** Corresponde al registro de la asistencia a tratamiento de los pacientes obtenida de la tarjeta de tratamiento. El formato consiste en una fracción en la cual en numerador refleja las veces que el paciente asistió durante ese mes calendario, y en el denominador las veces que debería haber asistido durante ese mes calendario. Por ejemplo, si el paciente debió haber asistido 20 veces en un mes determinado, pero asistió solo 15, el registro sería 15/20. Esta información se va completando a medida que el paciente se mantiene en tratamiento.

## PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL NIVEL LOCAL

La programación de las actividades de control de la tuberculosis debe ser realizada en cada uno de los establecimientos del nivel local y debe estar en concordancia con las líneas estratégicas del PROCET del nivel intermedio.

La primera fase de la programación consiste en el diagnóstico de la situación epidemiológica y operacional. Se apoya en el análisis de la tendencia de los indicadores epidemiológicos (mortalidad, morbilidad) y operacionales (localización de casos) de los años anteriores en el establecimiento. Para este efecto deberán reunir la información específica que permitirá caracterizar el problema en su territorio jurisdiccional.

### Plan de acción a nivel local

Las actividades que se programan a nivel local dicen relación con las actividades operacionales del programa y deben ajustarse al diagnóstico de situación de cada establecimiento.

El equipo de tuberculosis del establecimiento debe considerar una hora semanal para realizar la programación, gestión y evaluación de estas actividades. El plan del establecimiento local debe incluir los siguientes puntos:

- **Localización de casos:** Se debe planificar el número de baciloscopías que se realizarán durante el año y las estrategias que se desplegarán para lograr esta meta. Esta actividad debe incluir la planificación para abarcar los grupos de riesgo presentes en la población del establecimiento. Se debe monitorizar mensualmente el cumplimiento de esta actividad.
- **Cálculo de baciloscopías diagnósticas anuales esperadas:** Considerando que la meta es lograr un índice de pesquisa de 50BK por cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 5 años, el cálculo de las baciloscopías esperadas se realiza de la siguiente forma:

**Número de consultas de morbilidad en mayores de 15 años del año anterior x 50**

---

1000

Se deben programar entrega de contenidos educativos sobre tuberculosis a la población general y consultante dentro de las charlas educativas que se realizan con la comunidad.

Difusión de las actividades del programa a través de carteles, afiches, trípticos, etc. Además se debe realizar capacitación a los funcionarios del establecimiento.

- **Tratamiento, estudio de contactos y prevención del abandono:** Programar controles mensuales por médico, consultas de enfermera (ingreso, cambio de fase, alta y otras) visitas domiciliarias de enfermera al ingreso y de rescate, tratamiento supervisado por auxiliar de enfermería capacitado, visita domiciliar por auxiliar de enfermería para rescate de casos positivos y de rescate de inasistentes. Administración de tratamientos en domicilio en casos de pacientes postrados u otros casos especiales.

Plan de acción para prevención del abandono, especialmente en casos con score de riesgo de abandono alto. Estudios de contactos y quimioprofilaxis.

- **Reuniones de difusión de los resultados:** Reuniones trimestrales con el director del establecimiento para informar la situación local de la tuberculosis, y dos veces al año con todos los funcionarios del establecimiento.

### Estrategias de localización de casos según grupo de riesgo

| Grupos de riesgo              | Estrategia de localización de casos                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adultos mayores               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa de sintomáticos respiratorios en el EMPAM.</li> <li>▪ Coordinación y pesquisa en hogares de ancianos.</li> <li>▪ Educación y pesquisa con grupos de adultos mayores de la comunidad.</li> </ul>         |
| Diabéticos                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación y pesquisa de sintomáticos respiratorios en el control del diabético (programa cardiovascular).</li> </ul>                                                                                        |
| VIH                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilancia de los casos VIH para descarte de tuberculosis activa o infección tuberculosa.</li> </ul>                                                                                                             |
| Personas privadas de libertad | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa de sintomático respiratorio al ingreso y vigilancia sistemática de los sintomáticos respiratorios en el recinto penal.</li> </ul>                                                                       |
| Inmigrantes                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo conjunto con organizaciones de inmigrantes presentes en la comunidad para pesquisa de sintomáticos respiratorios.</li> </ul>                                                                             |
| Pueblos indígenas             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo conjunto con facilitadores interculturales y líderes comunitarios para educación y pesquisa de sintomáticos respiratorios.</li> </ul>                                                                    |
| Situación de calle            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación con encargados de hospederías para pesquisa de sintomáticos respiratorios.</li> </ul>                                                                                                               |
| Abuso de alcohol y drogas     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo conjunto con organizaciones comunitarias de rehabilitación y acogida (alcohólicos anónimos, iglesias, etc).</li> <li>▪ Pesquisa de sintomáticos respiratorios en la consulta de salud mental.</li> </ul> |





## ANEXOS

- Solicitud de Investigación bacteriológica de tuberculosis.
- Libro de Registro de Sintomáticos respiratorios.
- Tarjeta de Registro de Quimioprofilaxis.
- Informe mensual de casos en Quimioprofilaxis.
- Boletín de Notificación.
- Tarjeta de registro de tratamiento.
- Libro de registro y seguimiento de pacientes.
- Informe de traslado de pacientes TBC, nacional.
- Informe de traslado de pacientes TBC internacional.
- Informe mensual de medicamentos.

## SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <p><b>1. IDENTIFICACIÓN:</b></p> <p>NOMBRE: _____ RUT: _____</p> <p>DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____</p> <p>PROCEDENCIA: _____ EDAD: _____</p>                                                                                                                                                                                                                        |                                            |
| <p><b>2. MUESTRA:</b></p> <p>_____ Expectoración _____ 1<sup>a</sup> _____ 2<sup>a</sup></p> <p>_____ Otra (Especificar): _____</p>                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |
| <p><b>3. EXAMEN PARA:</b></p> <p>_____ PESQUISA EN SINTOMÁTICO RESPRATORIO</p> <p>_____ PARA CONTROL DE TRATAMIENTO ACTUAL MES _____</p>                                                                                                                                                                                                                              |                                            |
| <p><b>4. GRUPO DE RIESGO</b></p> <p>COINFECCIÓN RETROVIRAL: _____ ALCOHOL-DROGA: _____ CONTACTO TB-MDR: _____</p> <p>DIABETES U OTRA INMUNOSUPRESIÓN: _____ PERSONAL DE SALUD: _____ OTRO: _____</p> <p>EXTRANJERO: _____ SITUACIÓN DE CALLE: _____ PRIVADO DE LIBERTAD: _____</p> <p>TRATAMIENTO PREVIO TBC: _____ PUEBLO INDÍGENA: _____ CONTACTO DE TBC: _____</p> |                                            |
| <p><b>5.</b></p> <p>_____</p> <p>Fecha solicitud</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>_____</p> <p>Nombre del solicitante</p> |



## REGISTRO DEL ESTUDIO DE CONTACTO

| AÑO Y MES | TRATAMIENTO EFECTUADO |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | TOTAL ASIST. MES | ESQUEMA TRAT. FECHA | KOCH |   | PESO | OBSERVACIONES Y VISITA DOMICILIARIA |  |  |
|-----------|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|---------------------|------|---|------|-------------------------------------|--|--|
|           | 1                     | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |                  |                     | D    | C |      |                                     |  |  |
| -         | -                     | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  | -  |                  |                     |      |   |      |                                     |  |  |
| 17        | 18                    | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |                  |                     |      |   |      |                                     |  |  |
| 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 |    |    |                  |                     |      |   |      |                                     |  |  |

CAUSA EGRESO DE TRATAMIENTO:

CURADO DONFIRMADO \_\_\_\_\_ CURADO SIN CONFIRMAR \_\_\_\_\_ ABANDONO \_\_\_\_\_ FALLECIDO POR TBC \_\_\_\_\_ FALLECIDO CON TBC \_\_\_\_\_

FRACASO \_\_\_\_\_ TRASLADO \_\_\_\_\_

ESTUDIO DE CONTACTOS

| CONTACTOS<br>Fecha Censo<br>Nombre completo del contacto | EDAD | Sintomático Respiratorio | CICATRIZ BCG | PPD en mm | Rx EFECTUADA | BACTERIOLOGÍA |   | CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA | DERIVADO A | FECHA |
|----------------------------------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------|--------------|---------------|---|------------------------|------------|-------|
|                                                          |      |                          |              |           |              | D             | C |                        |            |       |
|                                                          |      |                          |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                          |      |                          |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                          |      |                          |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                          |      |                          |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                          |      |                          |              |           |              |               |   |                        |            |       |

| CONSULTA ENFERMERA |                     | OBSERVACIONES |
|--------------------|---------------------|---------------|
| CONSULTA           | FECHA               |               |
| INGRESO            | CONTENIDO EDUCATIVO |               |
| CAMBIO FASE        |                     |               |
| ALTA               |                     |               |
| OTRAS              |                     |               |

| RIESGO DE ABANDONO   |           |
|----------------------|-----------|
| FACTORES             | PUNTAJE   |
| ALCOHOLISMO          | 10 PUNTOS |
| SIN PREVISIÓN        | 15 PUNTOS |
| VIVE SOLO            | 20 PUNTOS |
| DROGADICCIÓN         | 25 PUNTOS |
| ABANDONOS ANTERIORES | 35 PUNTOS |

## TARJETA DE REGISTRO DE QUIMIOPROFILAXIS

|                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TARJETA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO TBC</b><br>NOMBRE _____ EDAD _____ FICHA _____ ESTABLECIMIENTO _____<br>DIRECCIÓN _____ COMUNA _____ FONDO _____<br>SERVICIO DE SALUD _____ NACIONALIDAD _____ |  |
| <b>INDICACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS</b><br>CONTACTO TBC _____ CASO ÍNDICE _____ DIAGNÓSTICO Y CONFIRM. _____<br>INFECCIÓN RETROVIRAL _____ OTROS _____                                              |  |

| AÑO Y MES | TRATAMIENTO EFECTUADO |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | TOTAL ASIST. MES | FECHA Y ESQUEMA QUIMIOPROFILAXIS | PESO | OBSERVACIÓN |
|-----------|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|----------------------------------|------|-------------|
|           | 1                     | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |                  |                                  |      |             |
|           | 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 |    |                  |                                  |      |             |
|           | 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 |    |                  |                                  |      |             |
|           | 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 |    |                  |                                  |      |             |
|           | 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 |    |                  |                                  |      |             |
|           | 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 |    |                  |                                  |      |             |
|           | 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 |    |                  |                                  |      |             |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| 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 |    |  |  |  |  |
| 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 |    |  |  |  |  |

**CAUSA EGRESO QUIMIOPROFILAXIS:**

ALTA \_\_\_\_\_ TRASLADO \_\_\_\_\_ ABANDONO \_\_\_\_\_ FALLECIDO \_\_\_\_\_

**CONSULTA ENFERMERA**

| CONSULTA | FECHA | CONTENIDO EDUCATIVO | OBSERVACIONES | FAMILIAR RESPONSABLE |
|----------|-------|---------------------|---------------|----------------------|
| INGRESO  |       |                     |               |                      |
| OTRAS    |       |                     |               |                      |

## INFORME MENSUAL DE CASOS EN QUIMIOPROFILAXIS

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

| NOMBRE<br>COMPLETO | EDAD |   | FECHA INICIO<br>QUIMIOPROFILAXIS | ESQUEMA | MES | INGRESO | OBSERVACIONES |
|--------------------|------|---|----------------------------------|---------|-----|---------|---------------|
|                    | M    | F |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |
|                    |      |   |                                  |         |     |         |               |

\*Observaciones: Egresos, Derivación a N. Secundario



**BOLETIN NOTIFICACION ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (ENO)**

|                                  |                           |  |                               |                                |
|----------------------------------|---------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. NOMBRE ESTABLECIMIENTO: _____ | Código establecimiento    |  | 3. SEREMI:                    | Código SEREMI                  |
| 2. OFICINA PROVINCIAL: _____     | [ ][ ][ ][ ][ ][ ]        |  | 4. N° HISTORIA CLÍNICA: _____ | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
|                                  | Código Oficina Provincial |  |                               |                                |

---

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

|                                                                                  |                                                        |                                                 |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. NOMBRE DEL (DE LA) PACIENTE: _____                                            |                                                        | 6. RUT: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |
| Apellido Paterno                                                                 | Apellido Materno                                       | Nombres                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |
| 7. SEXO: <input type="checkbox"/> 1. Hombre<br><input type="checkbox"/> 2. Mujer | 8. FECHA DE NACIMIENTO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 9. EDAD: [ ][ ][ ]                              | 10. UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:                                                                                                                                                    | 1. Días <input type="checkbox"/><br>2. Meses <input type="checkbox"/><br>3. Años <input type="checkbox"/>                                                      |
| 11. NACIONALIDAD (Sólo extranjeros) _____                                        |                                                        | Código                                          | 12. PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO                                                                                                                                                     | 1. Alacalufe (Kawashkar)<br>2. Atacameño<br>3. Aimara<br>4. Colla<br>5. Diaguita<br>6. Mapuche<br>7. Quechua<br>8. Rapa Nui<br>9. Yámana (Yagán)<br>0. Ninguna |
| 13. DOMICILIO: _____                                                             |                                                        | Código                                          | 15. TELÉFONO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                |
| Calle                                                                            | Nro.                                                   | Depto.                                          | Población                                                                                                                                                                           | Código Postal                                                                                                                                                  |
| 14. COMUNA DE RESIDENCIA: _____                                                  |                                                        | Código Comuna                                   |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |
| 16. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD                                                       | 17. OCUPACIÓN _____                                    | Código Ocupación                                | 18. CATEGORÍA OCUPACIONAL                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |
| 0. Inactivo(a) <input type="checkbox"/><br>1. Activo(a) <input type="checkbox"/> |                                                        |                                                 | 1. Patrón/Empresario <input type="checkbox"/><br>2. Empleado <input type="checkbox"/><br>3. Obrero <input type="checkbox"/><br>4. Trabajador independiente <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                |

---

**DATOS CLÍNICOS:**

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 19. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO: _____                                                                                                                      |                                                                                                                                                   | CIE10                                                                                                                                                    | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| 20. OTRO DIAGNÓSTICO CONFIRMADO<br>(Registrar sólo si en el anterior diagnóstico se declara una TBC)                                                   |                                                                                                                                                   | CIE10                                                                                                                                                    | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| 21. FECHA 1 <sup>ra</sup> SÍNTOMAS: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                                                                                     | 22. PAÍS DE CONTAGIO                                                                                                                              | 1. Chile <input type="checkbox"/><br>2. Extranjero <input type="checkbox"/>                                                                              | PAÍS _____               |
| 23. ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN                                                                                                                          | 26. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA                                                                                                                      | 27. EMBARAZO                                                                                                                                             |                          |
| 1. Si <input type="checkbox"/><br>2. No <input type="checkbox"/><br>3. Ignorado <input type="checkbox"/><br>4. No corresponde <input type="checkbox"/> | 1. Clínica (Incluye Imagenología) <input type="checkbox"/><br>2. Epidemiológica <input type="checkbox"/><br>5. Serología <input type="checkbox"/> | 3. Frotis <input type="checkbox"/><br>4. Cultivo <input type="checkbox"/><br>6. Biopsia <input type="checkbox"/><br>7. Autopsia <input type="checkbox"/> |                          |
| 24. FECHA ÚLT. DOSIS: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                                                                                                   |                                                                                                                                                   | 1. Si <input type="checkbox"/><br>2. No <input type="checkbox"/><br>3. No corresponde <input type="checkbox"/>                                           |                          |
| 25. NÚMERO DOSIS: [ ][ ]                                                                                                                               |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          |                          |

---

**COMPLETAR SÓLO SI LA DECLARACIÓN CORRESPONDE A TBC**

|                               |                                                                               |                        |                                                                                    |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 28. INDICAR SI CORRESPONDE A: | 1. Caso nuevo <input type="checkbox"/><br>2. Recaida <input type="checkbox"/> | 29. SÓLO PARA RECAÍDAS | 1. Igual Localización <input type="checkbox"/><br>2. Otra <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

---

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA**

|                     |                           |                                                  |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------------------------|
| 30. NOMBRE: _____   |                           |                                                  |
| Apellido Paterno    | Apellido Materno          | Nombres                                          |
| 31. TELÉFONO: _____ | Correo electrónico: _____ | 32. RUT: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] |

---

**FECHA DE NOTIFICACIÓN**

|                                                                                 |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 33. FECHA DE NOTIFICACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 34. FECHA DE NOTIFICACIÓN DESDE LA SEREMI AL MINSAL: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
| Día Mes Año                                                                     | Día Mes Año                                                                         |



|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
|  | 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 |    |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |    |  |  |  |  |  |  |

CAUSA EGRESO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CURADO DONFIRMADO \_\_\_\_\_ CURADO SIN CONFIRMAR \_\_\_\_\_ ABANDONO \_\_\_\_\_ FALLECIDO POR TBC \_\_\_\_\_ FALLECIDO CON TBC \_\_\_\_\_  
 FRACASO \_\_\_\_\_ TRASLADO \_\_\_\_\_  
 ESTUDIO DE CONTACTOS \_\_\_\_\_

| CONTACTOS<br>Fecha Censo _____<br>Nombre completo del contacto | EDAD | Sintomático Respiratorio |  | CICATRIZ BCG | PPD en mm | Rx EFECTUADA | BACTERIOLOGÍA |   | CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA | DERIVADO A | FECHA |
|----------------------------------------------------------------|------|--------------------------|--|--------------|-----------|--------------|---------------|---|------------------------|------------|-------|
|                                                                |      |                          |  |              |           |              | D             | C |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |
|                                                                |      |                          |  |              |           |              |               |   |                        |            |       |

| CONSULTA ENFERMERA |       |                     |
|--------------------|-------|---------------------|
| CONSULTA           | FECHA | CONTENIDO EDUCATIVO |
| INGRESO            |       | OBSERVACIONES       |
| CAMBIO FASE        |       |                     |
| ALTA               |       |                     |
| OTRAS              |       |                     |

| RIESGO DE ABANDONO   |           |
|----------------------|-----------|
| FACTORES             | PUNTAJE   |
| ALCOHOLISMO          | 10 PUNTOS |
| SIN PREVISIÓN        | 15 PUNTOS |
| VIVE SOLO            | 20 PUNTOS |
| DROGADICCIÓN         | 25 PUNTOS |
| ABANDONOS ANTERIORES | 35 PUNTOS |



**INFORME DE TRASLADO NACIONAL**

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FICHA \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ FECHA TRASLADO \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                       |  |                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| <b>ORIGEN</b>                                                                                                                                                                                         |  | <b>DESTINO</b>              |  |
| SERVICIO DE SALUD _____                                                                                                                                                                               |  | SERVICIO DE SALUD _____     |  |
| ESTABLECIMIENTO _____                                                                                                                                                                                 |  | ESTABLECIMIENTO _____       |  |
| COMUNA _____                                                                                                                                                                                          |  |                             |  |
| FONO _____                                                                                                                                                                                            |  |                             |  |
| <b>LUGAR DE TRASLADO DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                 |  |                             |  |
| DOMICILIO _____ COMUNA _____ FONO _____                                                                                                                                                               |  |                             |  |
| <b>DIAGNÓSTICO TBC:</b> PULMONAR <input type="checkbox"/> EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/> ÓRGANO _____                                                                                         |  |                             |  |
| <b>CONFIRMACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                  |  |                             |  |
| BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> CULTIVO <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> S/CONFIRM. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> |  |                             |  |
| TIPO DE MUESTRA _____                                                                                                                                                                                 |  |                             |  |
| <b>RIESGO DE ABANDONO</b>                                                                                                                                                                             |  |                             |  |
| SÍ _____ NO _____ FACTORES DE RIESGO _____                                                                                                                                                            |  |                             |  |
| <b>ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO:</b>                                                                                                                                                                   |  |                             |  |
| VIRGEN A TRATAMIENTO _____ ANTES TRATADO _____ RECAÍDA _____ ABANDONO _____                                                                                                                           |  |                             |  |
| <b>NOTIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                  |  |                             |  |
| SÍ _____ FECHA _____ NO _____                                                                                                                                                                         |  |                             |  |
| <b>TRATAMIENTO ACTUAL INDICADO:</b> FECHA INICIO TRATAMIENTO _____                                                                                                                                    |  |                             |  |
| <b>FASE DIARIA</b>                                                                                                                                                                                    |  | <b>FASE TRISEMANAL</b>      |  |
| TOTAL DOSIS RECIBIDA _____                                                                                                                                                                            |  | TOTAL DOSIS RECIBIDAS _____ |  |
| <b>DOCUMENTOS ADJUNTOS:</b> Rx TÓRAX _____ TARJETA TRATAMIENTO _____ EPICRISIS _____                                                                                                                  |  |                             |  |
| <b>ANTECEDENTES MÓRBIDOS:</b>                                                                                                                                                                         |  |                             |  |
| HEPATITIS _____ ALCOHOLISMO _____ DM _____ TABACO _____                                                                                                                                               |  |                             |  |
| SILICOSIS _____ COINFECCIÓN RETROVIRAL _____ OTRAS _____                                                                                                                                              |  |                             |  |
| <b>OBSERVACIONES:</b> _____                                                                                                                                                                           |  |                             |  |
| _____                                                                                                                                                                                                 |  |                             |  |

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_

# FORMULARIO INTERNACIONAL DE TRANSFERENCIA PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_ N° FICHA CLÍNICA \_\_\_\_\_ CÉDULA IDENTIDAD O DNI \_\_\_\_\_

| DOMICILIO                                                  | LUGAR DE ORIGEN | LUGAR DE DESTINO |
|------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| Nombre Calle y N° (referencia)                             |                 |                  |
| Comuna o Distrito, Departamento, Municipio                 |                 |                  |
| N° de Teléfono                                             |                 |                  |
| País                                                       |                 |                  |
| A quien recurrir en caso de emergencia (nombre y teléfono) |                 |                  |

PUEBLO INDÍGENA DECLARADO \_\_\_\_\_

IDIOMA QUE HABLA \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICO EPISODIO ACTUAL DE TBC

**DIAGNÓSTICO TBC:** PULMONAR \_\_\_\_ EXTRAPULMONAR \_\_\_\_ ÓRGANO \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN :**

DIRECTO (+) \_\_\_\_ CULTIVO (+) \_\_\_\_ BIOPSIA \_\_\_\_ SIN/CONF. BACTERIOLÓGICA \_\_\_\_\_

**TIPO DE MUESTRA** \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE SENSIBILIDAD:** SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ **RESULTADO** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO:** CASO NUEVO \_\_\_\_ RECAÍDA \_\_\_\_ ABANDONO RECUPERADO \_\_\_\_

**FECHA DEL DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN:** SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### 3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO

#### A. Esquema de tratamiento administrado

Virgen al Tratamiento (VT) \_\_\_\_\_ Antes Tratado (AT) \_\_\_\_\_

Primario simplificado \_\_\_\_\_ Multidrogorresistente (MDR) \_\_\_\_\_

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

**B. Fecha inicio tratamiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (día, mes, año)

**C. Periodicidad del tratamiento** \_\_\_\_\_

#### D. Fármacos administrados

| Fármaco            | Dosificación | Nº DOSIS ADMINISTRADAS |
|--------------------|--------------|------------------------|
| ISONIACIDA         |              |                        |
| ETAMBUTOL          |              |                        |
| ESTREPTOMICINA     |              |                        |
| PIRAZINAMIDA       |              |                        |
| RIFAMPICINA        |              |                        |
| OTRO (ESPECIFICAR) |              |                        |
| OTRO (ESPECIFICAR) |              |                        |
| OTRO (ESPECIFICAR) |              |                        |

### 4. REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO (RAM): SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

ESPECIFICAR RAM \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR FÁRMACO \_\_\_\_\_

### 5. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

|                          |                        |               |                 |                |
|--------------------------|------------------------|---------------|-----------------|----------------|
| HEPATITIS ____           | ALCOHOLISMO ____       | DIABETES ____ | TABAQUISMO ____ | SILICOSIS ____ |
| INSUFICIENCIA RENAL ____ | COINFECCIÓN RENAL ____ | OTRAS _____   |                 |                |

## 6. DOCUMENTOS ADJUNTOS

RADIOGRAFÍA \_\_\_\_ TARJETA DE TRATAMIENTO \_\_\_\_ INFORME BIOPSIA \_\_\_\_  
 RESULTADO ESTUDIO DE SENSIBILIDAD \_\_\_\_ RESULTADO ESTUDIO TIPIFICACIÓN \_\_\_\_  
 EPICRISIS \_\_\_\_ OTROS (SEÑALAR) \_\_\_\_\_

## 7. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

|                                   | ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN | ESTABLECIMIENTO DE DESTINO |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</b> |                           |                            |
| <b>TELÉFONO</b>                   |                           |                            |
| <b>FAX</b>                        |                           |                            |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>         |                           |                            |
| <b>DOMICILIO</b>                  |                           |                            |

## 8. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE TRASLADA

NOMBRE \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DEL TRASLADO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_

- UNA COPIA DEL FORMULARIO Y DE LA TARJETA DE TRATAMIENTO DEBE SER ENTREGADA AL ENFERMO.
- ENVIAR EL ORIGINAL Y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS (ITEM 6) POR VIA OFICIAL.
- ENVIAR ACUSE DE RECIBO.



## INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS PARA LA TUBERCULOSIS

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

MES \_\_\_\_\_

| MEDICAMENTOS                       | FARMACIA + CLÍNICA | FECHA VENCIMIENTO | CONSUMO MENSUAL |
|------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| ISONIACIDA                         |                    |                   |                 |
| RIFAMPICINA                        |                    |                   |                 |
| PIRAZINAMIDA                       |                    |                   |                 |
| ESTREPTOMICINA                     |                    |                   |                 |
| DOSIS FIJAS COMBINADAS FASE DIARIA |                    |                   |                 |
| DOSIS FIJA FASE TRISEMANAL         |                    |                   |                 |
| KANAMICINA                         |                    |                   |                 |
| ETONAMIDA                          |                    |                   |                 |
| MOXIFLOXACINO                      |                    |                   |                 |
| CICLOSERINA                        |                    |                   |                 |
| JARABE DE RIFAMPICINA              |                    |                   |                 |

