



## PAUTA DE ASESORÍA Y SUPERVISIÓN PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS NIVEL LOCAL

FECHA:	SERVICIO DE SALUD:	COMUNA:
Nombre del establecimiento:		
DIRECTOR/A:		

**OBJETIVO:** Conocer la situación epidemiológica, operacional y organizacional del PROCET en el Establecimiento de Salud visitado, en base a la Norma Técnica con Resolución Exenta N°60/2022 del Ministerio de Salud.

Durante la visita serán solicitados una serie de documentos los cuales deberán dar cuenta de las actividades realizadas y se realizará asesoría para mejorar el funcionamiento del programa.

Se remitirá una copia de esta pauta a la Dirección del establecimiento, Dirección de Salud comunal correspondiente, Dirección de Servicio de Salud y SEREMI de Salud correspondiente.

Identificar establecimiento visitado (marcar con una X)			
<input type="checkbox"/>	Atención Primaria de Salud	<input type="checkbox"/>	Atención Cerrada
<input type="checkbox"/>	Atención abierta	<input type="checkbox"/>	Servicio de Urgencia
<input type="checkbox"/>	Centro privado	<input type="checkbox"/>	Otro:
Nombre de persona encargada a nivel comunal:			
Nombre de persona encargada en dispositivo de urgencia (según corresponda):			

### INFORMACIÓN DEL EQUIPO

Integrantes del equipo	Cargo	Horas semanales por resolución	Ultima Capacitación desde el nivel intermedio (año)

Para cada ítem se debe mostrar el verificador correspondiente a la actividad.

<b>ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
El equipo y sus subrogantes cuentan con resolución vigente.		
Los subrogantes tienen capacitación e inducción en el programa.		
El establecimiento cuenta con facilitador intercultural y/o mediador lingüístico.		
En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa: El facilitador o mediador forma parte del equipo de tuberculosis.		
Se realizan reuniones periódicas de coordinación entre los integrantes del equipo.		
Mantienen actualizado el diagnóstico de situación de la TB en su territorio.		
Realizan evaluación trimestral del programa, envían resultados a la Dirección del establecimiento y difunden la información al resto del equipo del establecimiento		
Presentan plan de trabajo anual.		
En caso de que presenten, éste se encuentra formulado según la Norma Técnica.		
Actualizan información sobre los casos de TB e ITL al Servicio de Salud con la periodicidad definida por norma.		
Realizan capacitación y difusión a los funcionarios del establecimiento.		
Gestionan oportunamente traslados de pacientes en tratamiento por TB activa o ITL.		
Existe coordinación entre este y los otros centros de salud pertenecientes al territorio.		
Están la Norma técnica y Manuales del PROCET disponibles en el centro.		
Para nivel secundario: existen referentes clínicos nombrados por resolución.		

Observaciones: \_\_\_\_\_

### **CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO**

Población total del establecimiento:					
Identificar principales poblaciones vulnerables para enfermar de TB en su territorio:					
	Personas Mayores		Personas provenientes de países de alta incidencia		Personas que viven con VIH
	Personas con Diabetes Mellitus		Personas con dependencia a alcohol y drogas		Personas en situación de calle
	Personas Privadas de Libertad		Personas pertenecientes a pueblos indígenas		Trabajadores/as expuestos a sílice o con silicosis
Indicar programas o centros con los que existe coordinación, según las poblaciones vulnerables a enfermar de TB:					

Comentarios: \_\_\_\_\_

<b>ACTIVIDADES EN COORDINACIÓN CON:</b>
Red de Urgencia:
Programa IAAS:
Indicar grupos e instituciones del intersector con quienes realiza actividades de coordinación y difusión, incluyendo organizaciones de la sociedad civil:

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN SEGÚN ACCIONES DEL PROGRAMA**

Para cada ítem se debe mostrar el verificador correspondiente a la actividad.

**LOCALIZACIÓN DE CASOS**

**INDICADORES**

- Incremento de la pesquisa (IP) del año anterior: \_\_\_\_\_ %
  - % de saliva el año anterior: \_\_\_\_\_
  - N° de Casos presuntivos de TB (CPT) estudiados el año anterior: \_\_\_\_\_
  - N° de CPT estudiados para pesquisa de un caso de TB pulmonar bacteriología (+): \_\_\_\_\_
- Incremento de la pesquisa (IP) programado para este año \_\_\_\_\_ %
  - N° de CPT a estudiar en el año en curso: \_\_\_\_\_
  - Cumplimiento al momento de la visita: \_\_\_\_\_ %
- N° de casos de TB de todas las formas ingresados en el presente año en el establecimiento: \_\_\_\_\_
- N° de casos de TB pulmonar ingresados en el establecimiento en el presente año: \_\_\_\_\_
- N° de casos TB pulmonar con bacteriología (+) pesquisados en este establecimiento en el presente año: \_\_\_\_\_
- N° de casos de TB pulmonar con bacteriología (+) derivados de otro establecimiento: \_\_\_\_\_
  - ¿Dónde fueron diagnosticados? \_\_\_\_\_
  - ¿Presentan atenciones de salud en este establecimiento? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ORGANIZACIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DE CASOS:

- ¿Quiénes del Equipo de salud participan en la Pesquisa?

---

- ¿Dónde se realiza el tamizaje/encuesta de CPT?

---

- ¿Dónde recibe la persona CPT las instrucciones para toma de muestra?

---

- ¿En qué lugar se realiza la toma de la muestra?

---

- ¿Qué persona está a cargo de recolectar la muestra?

---

- ¿Tiene capacitación la persona que recolecta la muestra? SÍ - NO

- ¿Se cumple con la toma de muestra inmediata seriada? SÍ - NO

- ¿Hay control de calidad de la muestra? SÍ - NO

- ¿Cómo se conserva y transporta la muestra?

---

- ¿Cuál es el horario de recepción de muestras?

---

- Existe material educativo y/o de difusión dirigido a la comunidad: SÍ - NO

- Existe flujograma para casos positivos: SÍ - NO

- Existe toma de muestra en el dispositivo de Urgencia adosado: SÍ - NO

REGISTROS:

Revisión de Libro de Casos Presuntivos de Tuberculosis

- ¿Está el libro de CPT disponible y completo? SÍ - NO

- ¿Quién es la persona responsable de completarlo? \_\_\_\_\_

Al revisar el libro se observa:

---

---

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

## TRATAMIENTO DE TB ACTIVA

- ¿Quién indica el tratamiento? \_\_\_\_\_
- ¿Quién administra el tratamiento? \_\_\_\_\_
  - Tiene capacitación específica en TAES – RAM y registro: SÍ – NO
  - El tratamiento es estrictamente supervisado: SÍ – NO
  - En qué horario se administra \_\_\_\_\_
  - Existen personas en tratamiento domiciliario: SÍ – NO, ¿cuántos? \_\_\_\_\_
    - » ¿Quién administra en domicilio? \_\_\_\_\_
    - » Tiene capacitación en TAES – RAM y registro: SI – NO
- ¿Se administra el tratamiento en Servicio de Urgencia? SÍ – NO
  - La persona que administra tiene capacitación en TAES – RAM y registro: SÍ – NO
- ¿Existe por escrito indicación de cómo proceder en caso de RAM? SÍ – NO
- Se realiza visita domiciliaria al ingreso dentro de los primeros 3 días: SI – NO, ¿quienes participan? \_\_\_\_\_
- Los/las pacientes reciben evaluación por la dupla psicosocial al ingreso del tratamiento:
- SÍ – NO
- Se realiza Score de Riesgo de Pérdida de seguimiento: Sí – NO
  - Existe un plan acorde al resultado del Score de Riesgo: SÍ – NO
- En caso de inasistencia, cómo y quién realiza el rescate: \_\_\_\_\_
- Nº de personas que presentaron pérdida de seguimiento los últimos 3 años: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DE LOS CONTROLES:

Indicar cumplimiento de controles

- ¿Cumple controles con médico de APS? (inicio, mensuales, alta y post 6 meses) SÍ – NO
- ¿Cumple controles con enfermera? (inicio, cambio de fase, alta y post 6 meses) SÍ – NO
- Si es necesario, ¿Cumple controles con especialista? (inicio, cambio de fase y alta) SÍ – NO
- ¿Se han requerido controles con otro profesional? ¿Cuál? ¿por qué? SI – NO

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REGISTROS:**

- ¿Existe Libro de Registro y Seguimiento de pacientes? SÍ -NO
- ¿Quién es el responsable de su llenado? \_\_\_\_\_
- ¿Registran en ficha clínica electrónica? SÍ - NO

Al revisar el libro se observa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Al revisar tarjetas de tratamiento se observa:

ITEM	SI	NO	PARCIAL
Identificación del paciente completa			
Antecedentes de salud			
Actividades de ingreso			
Control Bacteriológico			
Registro asistencia a tratamiento			
Esquema tratamiento ajustado según peso			
Registro de atenciones realizadas			

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

- Quién inicia la investigación de contactos (censo): \_\_\_\_\_
- Quién solicita los exámenes: \_\_\_\_\_
- Dónde se deriva a los contactos para realizar los exámenes:
  - Menores de 15 años: \_\_\_\_\_
  - Mayores de 15 años: \_\_\_\_\_
- Indique el tiempo de demora en la realización de:
  - Radiografías: \_\_\_\_\_
  - PPD/ IGRA: \_\_\_\_\_
  - Hora con referente clínico/a: \_\_\_\_\_
- ¿Quién registra el resultado de los exámenes? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo es la coordinación con el nivel secundario? \_\_\_\_\_
- ¿Quién define y registra la conclusión diagnóstica? \_\_\_\_\_

## REGISTROS

Al revisar la tarjeta de estudio de contactos se observa:

ITEM	SI	NO	PARCIAL
Datos del caso índice completo			
Transcurre menos de un mes entre el censo y la conclusión diagnóstica del primer estudio de contactos			
Contactos intradomiciliarios completos (primer estudio y seguimiento)			
Contactos extradomiciliarios completos (primer estudio y seguimiento)			
Conclusión diagnóstica por profesional médico del equipo			
Tiempo entre inicio de estudio y conclusión diagnóstica menor a un mes			
En contactos de TB RR/MDR se registra estudio cada 6 meses por 2 años			

Comentarios: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO POR INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (TITL)**

- ¿Quién realiza la indicación del TITL \_\_\_\_\_
- ¿Qué esquema utilizan para el TITL \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se administra el TITL? \_\_\_\_\_
- ¿Qué personas reciben TITL/profilaxis en su centro?, mencione, ejemplo: contactos.  
\_\_\_\_\_
- ¿Se administra vitamina B6 según norma técnica? SÍ - NO
- Nº contactos menores de 15 años con indicación de profilaxis en el año en curso: \_\_\_\_\_
  - Indicar % cumplimiento de las profilaxis: \_\_\_\_\_
- Nº contactos menores de 2 años con indicación de profilaxis en el año en curso: \_\_\_\_\_
  - Indicar % cumplimiento de las profilaxis: \_\_\_\_\_

## REGISTROS:

Al revisar la tarjeta de TITL se observa:

ITEM	SI	NO	PARCIAL
Identificación completa de persona en tratamiento de TB latente			
Registro completo del motivo del tratamiento			
Registro del estudio para TB Latente completo			
Registro de dosis administradas			
Registro completo de atenciones realizadas			
Condición de egreso al tratamiento de la tuberculosis latente por profesional médico del equipo			

Comentarios: \_\_\_\_\_

**EXISTENCIA Y CONTROL DE MEDICAMENTOS:**

- ¿En qué lugar físico se encuentran almacenados los fármacos?
- ¿Quién evalúa el consumo y stock mensual de fármacos e insumos?
- ¿Cómo se realiza la solicitud de medicamentos al Servicio de Salud?
- ¿Tiene stock de reserva? SÍ - NO
- ¿El establecimiento cuenta con profesional Químico farmacéutico? SÍ - NO
- En caso afirmativo, ¿es parte del equipo del PROCET? SÍ - NO
- Cantidad de medicamentos vencidos durante el año anterior

Comentarios: \_\_\_\_\_

**TRASLADO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO**

- ¿Cómo se realiza el traslado entre establecimientos del mismo Servicio de Salud?  
\_\_\_\_\_
- ¿Realiza traslado nacional y/o internacional? SÍ - NO
- ¿A quién deriva el traslado? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el formato del informe para traslado?  
\_\_\_\_\_
- ¿Se asigna hora médica y con otros profesionales en caso de recepción de persona trasladada?  
SÍ - NO, comente \_\_\_\_\_
- ¿Se realiza visita de rescate en caso de inasistencia? SÍ - NO \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Principales conclusiones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Principales acuerdos y compromisos de la visita:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_