1. El paciente es ingresado al Hospital Saldaña o a la Unidad Neumológica del ISSS para iniciar tratamiento de categoría IV estrictamente supervisado, vigilar posibles reacciones adversas y monitorizar la función hepática y renal.

2. Se hace control intrahospitalario de 2 baciloscopías y cultivo al final de cada mes de tratamiento de categoría IV.

3. Una vez obtenida la conversión del esputo (2 baciloscopías continuas y/o cultivo negativo), se le da el alta hospitalaria para continuar tratamiento ambulatorio en la Unidad de Salud respectiva, quien le supervisará estrictamente el tratamiento y deberán estar atentos de cualquier reacción adversa o anormalidad y reportarla inmediatamente vía telefónica al médico responsable del programa de TB-MDR del Tercer Nivel de Atención.

4. Al inicio del tratamiento la consulta será cada mes, durante los primeros seis meses y posteriormente cada dos meses hasta que el paciente finalice el tratamiento.

5. El paciente deberá asistir a su cita en la clínica de TB-MDR, acompañado por personal de salud de la Unidad que le supervisa el tratamiento para recibir indicaciones del especialista, debiendo traer: Ficha de tratamiento (Formulario 1 TAES-plus) actualizada hasta ese día y el resultado de al menos dos baciloscopías, tomadas una semana previa a la consulta.

6. Los medicamentos de categoría IV para el tratamiento del paciente, serán entregados al personal de salud de la Unidad que le supervisa el tratamiento, por ningún motivo estos serán entregados al paciente o familiar, ya que son medicamentos de uso delicado.

7. Los medicamentos de categoría IV deben ser estrictamente supervisados por el personal de salud del establecimiento cumpliendo el horario indicado por el medico especialista de la MDR (TAES-plus).

Se considera la Curación del paciente MDR, con 5 cultivos negativos en el último año de tratamiento de categoría IV

Nota: Es el hospital de III nivel (Saldaña) el único autorizado para informar de los casos MDR y su clasificación, ya que el DOST-PLUS es centralizado.

DOCUMENTO DEROGADO

CAPITULO XII
Del Seguimiento de Casos y Contactos

En el marco de todas las intervenciones que se realizan en el Programa de Tuberculosis en las diferentes instituciones y niveles, el seguimiento de casos y contactos merece especial atención por las implicaciones en la situación de salud del paciente y de su familia, sino es tratado adecuadamente; así como la negativización de sus baciloscopías y por ende la mejoría del paciente.

Regularidad:

Está comprobado por numerosos estudios que los enfermos se curan en la totalidad de los casos, cuando se aplica el tratamiento prescrito, haciéndolo en forma estrictamente supervisada y por el tiempo establecido.

La mayoría de los fracasos obedece a interrupciones o irregularidades en la toma de medicamentos.

La única forma de asegurar una terapia correcta es supervisando directamente la aplicación del tratamiento.

Este control lo hace el personal de salud y colaboradores voluntarios de la comunidad capacitados para supervisar el tratamiento de los enfermos.

Accesibilidad:

Se debe facilitar al máximo la asistencia de los enfermos a los establecimientos de salud, especialmente en lo relacionado con los horarios, tanto para entrega de muestras de esputo como para administración de tratamiento.

DOCUMENTO DEROGADO

Actividades a desarrollar para un buen seguimiento de casos y contactos.

Consulta médica:

En los Casos Nuevos, el médico dará la consulta al inicio, al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento como mínimo, se requiere un control médico cada dos meses, durante el tratamiento o cuando el estado del paciente lo requiera.

En los **Casos de Retratamiento**, la consulta médica será al inicio, tercero, quinto y octavo mes de tratamiento como mínimo, o cuando el paciente lo requiera.

Consejería.

Se realiza cada vez que el enfermo asista a su control y consiste en la atención individual con calidad y calidez, a la persona enferma de tuberculosis en el establecimiento de salud.

La consejería tiene como propósito generar la motivación y facilitar información completa al paciente sobre su enfermedad, debiéndose insistir al máximo en la importancia del cumplimiento del tratamiento y estudio de contactos.

En caso de encontrar problemas de intolerancia, toxicidad, enfermedad intercurrente u otra situación que justifique el control médico, el paciente debe ser remitido a consulta para ser visto ese mismo día.

Cada paciente debe de recibir cinco consejerías durante su tratamiento las cuales son impartidas así: primera al inicio del tratamiento, segunda al inicio de la segunda fase, tercera al finalizar el tratamiento, una consejería pre prueba VIH y una consejería post prueba VIH.

Administración del tratamiento:

Esta actividad está a cargo de cualquier persona institucional o comunitaria debidamente capacitada.

Una de las responsabilidades más importantes es asegurarse que durante las Fases de Tratamiento los pacientes ingieran sus medicamentos en las dosis correctas bajo una supervisión estrecha (observando que el paciente “trague” el medicamento).

Durante el cumplimiento del tratamiento, en todo contacto con el paciente, la persona que administra el tratamiento indagará acerca de problemas de intolerancia, toxicidad u otra situación que justifique la consulta médica, para ser referido lo más pronto posible.

DOCUMENTO DEROGADO

Control bacteriológico:

Durante el tratamiento se hará un control bacteriológico así:

a) Caso Nuevo Bk (+) al final del 2º, 4° y 6º mes

b) Retratamiento al final del 3º , 5º y 8º mes.

Para todos los casos mencionados anteriormente, se recolectaran dos muestras de esputo, las que deberán ser solicitadas una semana antes de finalizar la fase correspondiente para determinar la conducta a seguir. Las muestras deben ser tomadas en dos días y al nomás levantarse el paciente (seguir indicaciones de como tomar una buena muestra de esputo)

En cada oportunidad se explicará al paciente la importancia del examen de control y la forma adecuada de recolectar la muestra.

Los servicios de salud locales que no cuentan con laboratorio, deben remitir la muestra de esputo debidamente identificada, tomando en cuenta las medidas de bioseguridad (evitando derrames, no mezclando muestras con boletas) en un periodo no mayor de tres días al laboratorio de referencia.

Cada establecimiento que ha remitido muestra de esputo al laboratorio de referencia debe asegurarse de obtener en forma oportuna el reporte del resultado de baciloscopía.

Visita domiciliar:

Es la actividad que consiste en acudir a la vivienda del paciente con el objetivo de conocer la situación de salud en su domicilio, investigación de contactos y para recuperar al enfermo que no asiste al tratamiento en las primeras 48 horas y así evitar que el paciente abandone o lleve tratamientos irregulares que conducen a la aparición de resistencia bacteriana.

Deben realizarse como mínimo dos visitas domiciliares y cuando sea requerido o necesario.

Objetivos de la visita:

- Ubicación del caso baciliífero detectado.
- Verificar el domicilio del paciente.
- Educación al paciente y su familia sobre la importancia del tratamiento supervisado.
- Recuperar al paciente por inasistencia al tratamiento.
- Educación en salud al grupo familiar, orientando a la familia sobre las medidas preventivas y de control de la tuberculosis y solicitar su participación en el cuidado del enfermo con tuberculosis.
- Verificar el número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.
- Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar sintomáticos respiratorios entre los contactos y referir al establecimiento de salud para consulta médica.

Nota: El marco legal ampara cualquier intervención en favor de la curación, a fin de que el paciente tuberculoso no represente un riesgo para la comunidad.

DOCUMENTO DEROGADO

Estudio de Contactos

Conviviente: Es toda persona que independientemente del parentesco, está expuesto al riesgo de infección porque habita en la casa de la persona enferma con tuberculosis de todas las formas.

Ocasional: o que mantiene contacto prolongado o cercano con el caso y que ha sido identificado por el personal de salud (Ver Flujograma Nº 8).

Contacto Examinado: Es aquel contacto de un paciente con tuberculosis todas las formas que ha sido referido al establecimiento de salud y es evaluado por el médico.

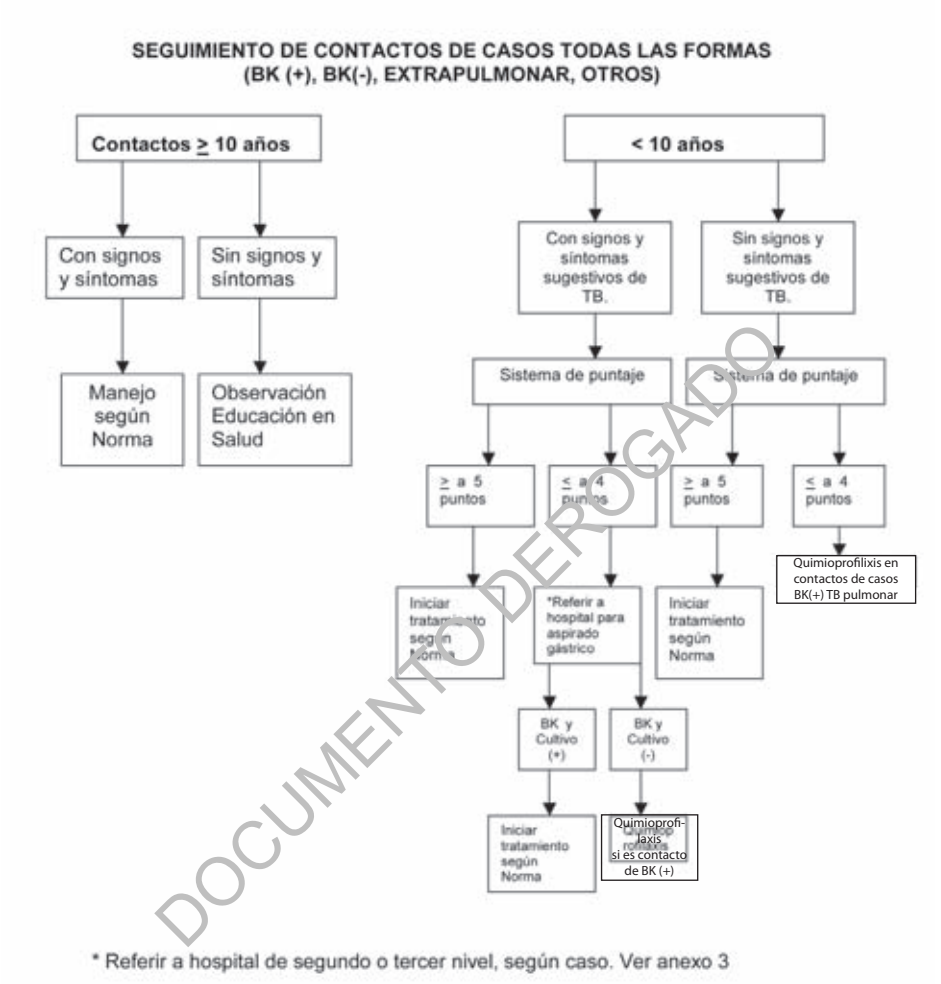
Si éste reúne el criterio de sintomático respiratorio se le indicará un seriado de baciloscopías, con el propósito de descartar por todos los medios la presencia de enfermedad tuberculosa.

Por lo tanto, al considerar un contacto de tuberculosis debe:

- Asegurarse que es caso de tuberculosis todas las formas.
- Tener presente que los niños con tuberculosis, rara vez son bacilíferos, por lo cual debe de investigarse los contactos que conviven o tienen contacto prolongado con él.

DOCUMENTO DEROGADO

Estudio de Contactos
(Siempre lo evaluará el médico)
Flujograma N° 8



DOCUMENTO DEROGADO

El paciente considerado como contacto será sujeto de las siguientes acciones:

a) Registro:

Debe registrarse al reverso de la tarjeta de tratamiento (PCT-7) “registro de contactos”, todas las personas consideradas contactos del enfermo.

b) Conducta a seguir con los Contactos:

Se procederá en todos los casos de acuerdo con el flujograma 8.

- En personas mayores de 10 años se realizará búsqueda de sintomáticos respiratorios y descartar el diagnóstico de tuberculosis, según norma.
- En niños menores de 10 años se debe descartar enfermedad tuberculosa según puntaje y administrar tratamiento profiláctico (quimioprofilaxis); si se diagnóstica tuberculosis debe iniciarse tratamiento.

Quimioprofilaxis (Tratamiento Profiláctico):

Esta es empleada con fines preventivos.

Se reserva estrictamente a algunos contactos que tienen el mayor riesgo de enfermar, debiendo ser evaluados para evitar las consecuencias de una monoterapia cuando el contacto requiere tratamiento y los mínimos riesgos de toxicidad.

Indicaciones:

- Conversión reciente de tuberculina.
- Persona VIH previo descarte de enfermedad tuberculosa.
- Contacto menor de diez años (descartando primero la enfermedad)

  Se le administrará tratamiento profiláctico (Quimioprofilaxis) con Isoniacida durante seis meses (de lunes a sábado) a los contactos de casos bacilíferos menores de 10 años de edad, sin signos clínicos, ni radiológicos de enfermedad tuberculosa y a conversiones tuberculínicas recientes.

  La dosis de Isoniacida es de 5 mg. por kilo de peso por día sin exceder de 300 mg.

Administración:

La Isoniacida será administrada por un personal de salud institucional o comunitario capacitado, siempre estrictamente supervisada, durante los seis días de la semana exceptuando domingo.

DOCUMENTO DEROGADO

CAPÍTULO XIII
De la Educación para La Salud

La promoción de la salud se concibe como una estrategia integral para crear condiciones saludables a través de acciones concretas dirigidas a transformar las condiciones de vida, de las formas de vivir y del entorno global que propicie la salud y facilite la elección de las opciones saludables.

En el caso concreto de la prevención y control de la tuberculosis, las intervenciones deben ir dirigidas a:

- Lograr que el personal de salud de los diferentes niveles conozcan, comprendan, acepten y apliquen la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- Lograr que el usuario conozca acerca de la enfermedad de la tuberculosis, comprenda la importancia del diagnóstico temprano de la misma, sobre el tratamiento y cumpla con el mismo para curar la enfermedad y evitar contagiar a otros.
- Lograr que el paciente con diagnostico de tuberculosis comprenda y acepte la importancia de diagnosticar la coinfección TB/VIH
- Que la comunidad esté informada sobre la enfermedad y sobre la importancia de su apoyo y participación en la prevención, detección y tratamiento.
- Establecer coordinación con las diferentes instituciones del sector salud a fin de que conozcan y apliquen la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Todo el personal de salud debe impartir educación sobre tuberculosis.

Las diferentes actividades de Información, Educación y Comunicación sobre Tuberculosis deben formar parte del plan educativo de cada establecimiento de salud y deben ser dirigidas al personal de salud, al usuario y a la comunidad, tomando en cuenta los diferentes escenarios donde se desenvuelven, así:

Escenario Familiar

Las actividades a desarrollar en el ambiente familiar, se harán por medio de la visita domiciliar, ésta puede ser realizada por el Médico, Enfermera(o), Educador(a) en salud y por el Promotor de salud, con la finalidad de:

DOCUMENTO DEROGADO

- Ubicar, en el domicilio, al paciente TB, todas las formas, para su ingreso a tratamiento
- Verificar que la persona viva dentro del ámbito jurisdiccional del establecimiento de salud.
- Recuperar al paciente inasistente dentro de las primeras 48 horas.
- Educar al paciente y familia sobre la importancia de cumplir con todo el tratamiento y de forma supervisada.
- Proporcionar educación en salud a la familia sobre las medidas preventivas y de control de la tuberculosis, solicitando su participación en el cuidado del enfermo con tuberculosis
- Verificar el número de contactos y orientar a la familia sobre la importancia de que éstos sean examinados a fin de detectar casos de tuberculosis y prevenir el riesgo de enfermar.
- Apoyar psicológicamente al paciente y su familia tratando de evitar los estigmas que pueden existir sobre la enfermedad.

Escenario comunitario

Todos los establecimientos de salud deben desarrollar acciones de Información, Educación y Comunicación a nivel de la comunidad, con el propósito de que las personas conozcan sobre la enfermedad y para motivarlos a que consulten oportunamente en los establecimientos de salud.

El personal de salud debe realizar actividades tendientes a la promoción de los síntomas de la tuberculosis para la detección de sintomáticos respiratorios oportunamente, en la comunidad.

Para informar a la población se utilizaran diferentes medios de comunicación que estén al alcance de la comunidad, entre ellos: unidades móviles de sonido, alto parlantes, material gráfico, videos, charlas a grupos organizados y otros; así también se deberá establecer coordinación con radio mercados y radios locales para la transmisión de mensajes.

Cada Establecimiento de Salud debe capacitar a personas voluntarias de la comunidad para que colaboren orientando a la población. Se debe entregar a cada voluntario material de apoyo educativo, diseñado para ellos.

Los Promotores de Salud deberán impartir educación sobre tuberculosis a los diferentes grupos o clubes organizados en la comunidad, para ello hará uso del material de apoyo educativo que disponga.

DOCUMENTO DEROGADO

Escenario Educativo

El personal de salud local y comunitario debe establecer coordinación con los diferentes centros educativos para impartir información y educación sobre la prevención, diagnóstico y control de la tuberculosis.

Escenario laboral

Se debe establecer coordinación con el ISSS para:

- Impartir educación sobre tuberculosis en los centros laborales.
- Detección de personas sintomáticas respiratorias.
- Sensibilizar a los patronos para que proporcionen apoyo al trabajador enfermo de tuberculosis, para que cumpla con el tratamiento y para que no sea marginado por padecer la enfermedad.

Escenario establecimiento de salud

Las actividades en el establecimiento de salud estarán dirigidas al personal y a los usuarios.

Al Personal de Salud.

- Se deberá capacitar, sobre el programa de tuberculosis, al personal nuevo inmediatamente a su ingreso a la institución
- Mantener actualizado al personal sobre la operativización del programa, en los diferentes niveles y según las necesidades
- Según el nivel que corresponda, se establecerá coordinación para capacitar en la operativización del programa a personal del sector salud: ISSS, Hospital Militar, Bienestar Magisterial, ONG´s y otros.

A usuarios.

Todo el personal de salud debe detectar al usuario sintomático respiratorio y orientarle sobre la toma de muestra para baciloscopía.

Se dará educación personalizada mediante consejería al paciente con diagnostico de Tuberculosis así: primera consejería al inicio de su tratamiento, una segunda al inicio de la segunda fase de tratamiento y una tercera consejería al término de su tratamiento, una consejería pre-prueba y una post-prueba VIH/SIDA.

DOCUMENTO DEROGADO

La consejería se entenderá como un dialogo confidencial entre un orientador (personal de salud capacitado) y el usuario, a través del cual se contribuye a disipar temores y a reducir ansiedad; así mismo provee elementos para que el usuario tome decisiones de forma racional y libre de presiones acerca de su situación de salud y pueda comprometerse a participar conscientemente en el cuidado de su salud y cumplir con las indicaciones proporcionadas por el personal de salud, hasta lograr su curación.

En la primera consejería se debe abordar lo siguiente:

- Indagar sobre conocimiento previo que el paciente tenga acerca de la enfermedad, creencias y temores.
- El paciente debe conocer su diagnóstico y se debe evaluar el grado de comprensión acerca de su enfermedad.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo, conductas de riesgo y problemas sociales.
- Investigar acerca de los contactos.
- Indagar sobre el tiempo de permanencia en el domicilio y perspectivas de cambio de éste o de lugar de trabajo, para coordinar su transferencia en forma oportuna.
- Proporcionar educación sobre la enfermedad, exámenes de control, tratamiento que va a recibir y la importancia que éste sea estrictamente supervisado (utilizar material de apoyo como rotafolio y folletos).
- Investigar en la mujer en edad fértil, sobre la utilización de métodos anticonceptivos y orientar acerca de métodos seguros, para evitar el embarazo, durante el tratamiento.
- Orientar sobre las posibles reacciones adversas a los medicamentos y la importancia de no suspender el tratamiento.

La segunda consejería se realizará al inicio de la segunda fase de tratamiento y en ella se deberá:

- Felicitar al paciente por haber terminado su primera fase y motivarlo a que continué cumpliendo con todo su tratamiento.
- Informar al paciente en que consiste la segunda fase del tratamiento y la importancia de las baciloscopías de control.
- Reforzar la educación en salud, preguntando al paciente sobre su enfermedad, como se siente y aclarar posibles dudas.

DOCUMENTO DEROGADO

- Conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, así como su opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud.
- Revisión del cumplimiento del estudio de contactos.
- Indagar sobre la aparición de reacciones adversas a los medicamentos.
- Indagar si ya se realizó la prueba del VIH.

La tercera consejería se realizará al final del tratamiento abordando lo siguiente:

- Felicitar al paciente por haber finalizado con su tratamiento
- Orientar al paciente acerca de que la Tuberculosis no inmuniza y que puede volver a padecerla y la importancia de acudir al establecimiento de salud ante cualquier síntoma respiratorio.
- Orientar sobre la importancia de que los contactos acudan al establecimiento de salud, al presentar alguna sintomatología respiratoria.
- Se debe dejar claro que el paciente no está exento de padecer de nuevo la enfermedad, ó que algún familiar, amigo ó compañero de trabajo pueda padecerla.

Todos los pacientes con tuberculosis deben recibir consejería, con el propósito de lograr la adherencia al tratamiento, disminuir o eliminar las conductas de riesgo y adquirir conductas saludables.

La consejería pre-prueba para VIH se realiza con el propósito de que la persona reciba información y asesoramiento para decidir con conocimiento de causa si quiere o no que le hagan la prueba para detectar la presencia del VIH. Es importante dar a conocer la relación que existe entre la tuberculosis y el VIH y la importancia de descartar la presencia del virus.

La consejería post-prueba se realizará con el propósito de informar al paciente acerca de los resultados de la prueba de VIH que se le realizó. Si los resultados de la prueba resultan positivos se debe brindar al paciente información precisa acerca de su situación actual y la atención integral a la que puede acceder en la red de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS y ONG´s vinculadas con la problemática del VIH/SIDA en el país. Es importante en la consejería post prueba identificar fuentes de apoyo (familiares, laborales o de otra índole). Así como también es importante abordar el tema de reducción de riesgos.

Para impartir la consejería pre y post prueba VIH, refiérase a la “Guía para la consejería previa y posterior a la prueba del VIH.

DOCUMENTO DEROGADO

CAPÍTULO XIV
De la Prueba de Tuberculina

Esta prueba pone de manifiesto el estado de hipersensibilidad del organismo frente al derivado proteico del bacilo tuberculoso, la que se adquiere después de una infección (o contacto) por Mycobacterium tuberculosis, o por vacunación previa con BCG o por el contacto con otras Mycobacterias no tuberculosas del ambiente. Una prueba de tuberculina positiva, por si sola, no hace diagnóstico de enfermedad tuberculosa en el niño.

La prueba de tuberculina consiste en una inyección intradérmica (ID) de una dosis uniforme de tuberculina de RT-23 0.1 ml que corresponde a 2 UT y de la medición con el respectivo reporte de la induración causada por la misma. Esta técnica es reconocida como "método de Mantoux" y es la recomendada para fines operativos de los programas de prevención y control de la tuberculosis, ya que es el único que permite una medición cuantitativa de la induración; cualquier otro tipo de tuberculina se debe desaconsejar.

Indicaciones para realizar la prueba:

- Estudios epidemiológicos para conocer prevalencia de infección en la población.
- Para descartar enfermedad tuberculosa en niños con síntomas.
- Personal sanitario de nuevo ingreso en contacto con pacientes tuberculosis.
- Personas VIH (+) o SIDA

Limitaciones para su interpretación:

En general se debe admitir que la tuberculina debe ser interpretada y analizada en igual forma para vacunados o no vacunados con BCG, apoyándose más en la estratificación de su positividad de acuerdo a los diferentes factores de riesgo presentes en cada paciente.

DOCUMENTO DEROGADO

Su uso presenta bastantes inconvenientes:

a) Baja sensibilidad en personas inmunodeprimidas con alteraciones de la inmunidad celular, lo que da lugar a resultados falsos negativos;

b) Dificultades de administración en niños de corta edad;

c) Errores en la administración de la tuberculina;

d) Subjetividad en la interpretación de los resultados, y

e) Visita de lectura, es decir, el paciente tiene que regresar a los 2 ó 3 días para interpretar la prueba.

Composición:

La tuberculina que se utiliza actualmente es la del lote HT23 en Tween80; se trata de un derivado proteico purificado (PPD) de cultivo Mycobacterium tuberculosis.

Conservación:

Nunca debe exponerse a la luz. Debe mantenerse en refrigeración a una temperatura entre 2 y 8 grados centígrados.

Recomendación:

Antes de aspirar el líquido, mover suavemente el frasco para desprender la tuberculina de las paredes internas.

Equipo:

- Jeringa especial de tuberculina de 1 ml, graduada en centésimos de mililitro de buen ajuste, sin pérdidas, para medir dosis exactas.
- Agujas calibre 26 de 1/2 pulgada, bisel corto.
- Algodón.
- Para lectura: una regla milimetrada de 10 cms de plástico transparente, de preferencia.

Técnica de Aplicación:

La aplicación de la tuberculina se realiza en el brazo izquierdo mediante inyección intradérmica. Si bien puede usarse la cara anterior del antebrazo se aconseja usar la cara dorsal por razones expuestas en el siguiente cuadro.

DOCUMENTO DEROGADO

Características	Cara anterior del antebrazo	Cara dorsal o posterior del antebrazo
Piel	Delgada	Gruesa
Dolor	Más	Menos
Reacción	Oval (*)	Redondeada
Límite	Menos preciso	Más preciso

(*) Esto refleja importancia porque el diámetro transverso, que es el que mide resulta menor que el longitudinal, en cambio en la redondeada los dos diámetros son generalmente semejantes.

Administración de la prueba:

1. Informar al usuario sobre:
   - Nombre de la prueba, detallar que no se trata de una vacuna.
   - Evolución temprana y tardía, explicar hallazgos.
   - Cita para lectura, subrayar importancia del cumplimiento.
2. Ajustar la aguja de modo que el bisel quede orientado hacia la escala de la jeringa, para poder medir la cantidad de líquido a inyectar.
3. Cargar más de 0.1 ml. en la jeringa. Retirar el aire si se hubiese aspirado y hacer recorrer el líquido hasta que esté en el extremo del bisel y en línea de un décimo de ml. **No es necesario desinfectar la piel antes de la inyección**.
4. Para efectuar la aplicación tomar la jeringa entre los dedos índice y mayor dejando el pulgar libre para presionar el émbolo. Introducir cuidadosamente la punta de la aguja con el bisel hacia arriba en la dermis, estirándola ligeramente en dirección de la aguja y a lo largo del brazo; el bisel debe quedar visible a través de ella. No debe tocarse el émbolo de la jeringa hasta que la punta de la aguja se haya insertado satisfactoriamente.
5. Inyectar lentamente la dosis exacta: de 0.1 ml.
6. La inyección debe dejar una pápula plana, pálida con los poros pronunciados (cáscara de naranja) y un borde definido. Ésta pápula desaparece rápidamente, puede provocar prurito.
7. Registrar la aplicación en el formulario correspondiente.

Lectura de la prueba

La prueba tuberculínica debe leerse a las 72 horas de aplicada. Por razones operativas puede leerse entre las 48 ó 96 horas. La lectura se limita a un solo aspecto de la reacción, la induración. No se debe tomar en cuenta la zona de eritema o enrojecimiento. Se necesita elegir un lugar con suficiente luz para

DOCUMENTO DEROGADO

facilitar la lectura y contar con una regla transparente, milimetrada corta (10 ó 15 cms.) con escala bien visible, preferentemente de números en negro.

Proceder de la siguiente manera:

- Informar al usuario en qué consiste la lectura de la prueba.
- Tomar el brazo, observar primero y luego palpar cuidadosamente la región inoculada con la yema del dedo índice. Puede presentar induración o no.

Si hay induración, se determinan sus bordes transversales en relación al eje del brazo y se mide con la regla, en milímetros. La induración puede ser de fácil o difícil reconocimiento, variando desde una induración firme bien delimitada en la piel a una induración blanda y de bordes indefinidos. Este último tipo de induración puede fácilmente pasar inadvertido a menos que se palpe suavemente el sitio de la inyección. No marcar los bordes de la induración en la piel; esto puede aumentar la imprecisión de la lectura.

El resultado de la prueba se expresa en milímetros. 1, 2, 3, 4, 5, etc. Se debe escribir únicamente el número, omitir la palabra milímetros. Si no hay induración, la lectura es 0 (cero). Registrar en el formulario correspondiente ese resultado. No informar como negativo o positivo. Informar a la persona el resultado.

DOCUMENTO DEROGADO

PRUEBA POSITIVA	Características
MAYOR O IGUAL A 5mm..	Niños en contacto casero con adultos con TB Activa o TB antigua si el tratamiento no ha sido verificado antes de la exposición, o si se sospecha reactivación. Niños con evidencia clínica o radiológica de tuberculosis Niños inmunosuprimidos, incluidos los VIH positivos

Nota: En casos excepcionales pueden observarse vesículas en el sitio de la aplicación, lo cual sólo indica un estado especial de hiperergia, es decir una alergia exagerada.

Las principales fallas de la aplicación de la tuberculina se originan de:

- Dosis inapropiada del biológico.
- Contaminación bacteriana.
- Exposición de biológico a la luz y al calor.
- Absorción del antígeno a las paredes del frasco.
- Mala aplicación cuando no es aplicada estrictamente intradérmica.
- No respetar la fecha de expiración, cuando esta indicada en el frasco.

CAPÍTULO XV
De la Vacunación con BCG

La vacuna BCG es una suspensión de bacilos vivos de Mycobacterium bovis atenuados por pasos sucesivos en bilis de buey y papa glicerinada. Su importancia radica en que se previene las formas de tuberculosis miliar y meníngea, a menudo mortales.

Indicaciones

La vacuna BCG es obligatoria en estos grupos:

1. Se debe aplicar a todos los recién nacidos atendidos en cualquier establecimiento de salud nacionales o privados con un peso al nacer de mas de 2.500 gr. (5 libras, 8 onzas). En el primer día de su nacimiento.

2. Todo recién nacido cuya madre sea positiva al VIH, debe primero descartar infección por el retrovirus antes de recibir la vacuna BCG. No debe aplicarse a quienes presentan infección por VIH.

3. Ver normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para una mayor ampliación y conocimiento.

Contraindicaciones

1. Se debe posponer la aplicación a recién nacidos con menos de 2.500 gramos de peso (5 libras, 8 onzas) e inmediatamente aplicarla cuando alcance el peso mínimo requerido, aproximadamente al mes de edad.

2. Niños en tratamiento con inmunosupresores o corticosteroides a alta dosis.

3. Niños con SIDA.

"La vacuna BCG previene la Tuberculosis Meníngea pero no la Tuberculosis Pulmonar."

DOCUMENTO DEROGADO

CAPÍTULO XVI
De los Rayos X

La radiografía de tórax, hasta hace poco utilizada como un método de elección en la búsqueda de la tuberculosis; en la actualidad es un método complementario de uso en situaciones individuales y que por su sensibilidad puede permitir descubrir otras patologías diferentes a la enfermedad tuberculosa.

Sus desventajas radican en su mayor costo, discordancia de interpretación (incluso entre radiólogos), limitaciones de equipo, personal, inaccesibilidad para gran parte de la población, baja especificidad (cualquier lesión sugestiva de tuberculosis puede ser por otra causa) y las dificultades que se presentan para distinguir entre lesiones: activas e inactivas, nuevas y antiguas.

La radiografía de tórax se constituye en ayuda importante en las siguientes situaciones:

a) Es un elemento de apoyo en los pacientes sintomáticos respiratorios sospechosos de tuberculosis y que dan baciloscopías negativas.

   Si el examen radiológico pulmonar muestra imágenes patológicas debe ampliarse el estudio bacteriológico al cultivo y referir o interconsultar con un nivel superior.

b) En menores de 10 años con sospecha de tuberculosis.

c) En tuberculosis extrapulmonar.

d) En el examen de contactos, donde se requiera, por consideración médica.

Nunca se debe admitir el diagnóstico de tuberculosis solo ante un estudio radiológico.

DOCUMENTO DEROGADO

CAPÍTULO XVII
De la Programación

La base real para la programación desde el punto de vista operacional a que obliga la estrategia adoptada (búsqueda de casos entre consultantes) es la presencia de personas con síntomas respiratorios (SR) en los usuarios que demandan atención médica.

La programación debe ser un proceso sencillo, generada en el nivel local; revisada y consolidada en el SIBASI, en la Región y ésta enviada al Programa Nacional.

Estimación de casos de tuberculosis:

Cada servicio local, en base a su población, debe calcular el número de Sintomáticos Respiratorios y el número de casos estimados para cada año teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. El número de sintomáticos respiratorios en la población en general se obtiene: 3% de la población mayor o igual a 10 años de la consulta de primera vez del año anterior. (A x 0.03).

2. El número de casos de tuberculosis pulmonar Bk (+) se estima multiplicando el número de S.R por 0.03 (3 %) (B x 0.03).

3. El número de casos de tuberculosis pulmonar Bk (-) se estima multiplicando los casos de tuberculosis Bk (+) por 0.3 (30 %) (C x 0.3).

4. Los casos de tuberculosis pulmonar son la sumatoria de los casos BK (+) y BK (-) igual a (C+D).

5. Los casos de tuberculosis pulmonar BK (-) en < de 10 años se estima multiplicando el total de casos Bk (-) por 0.75. (Dx0.75).

6. Los casos de tuberculosis pulmonar BK (-) en mayores o igual a 10 años se estima multiplicando el total de casos Bk (-) por 0.25. (Dx0.25).

7. Los casos de tuberculosis extrapulmonar se estiman multiplicando los casos Bk (+) por 0.17. (C x 0.17).

8. Los casos de tuberculosis todas las formas se estiman sumando los casos pulmonares y extrapulmonares. (E+H).

DOCUMENTO DEROGADO

9. Los contactos esperados se multiplicará los casos de tuberculosis todas las formas por 5. (I x 5).

10. Los contactos diagnosticados con tuberculosis se estiman multiplicando los contactos esperados por 0.03 (J x 0.03).

11. Los contactos aptos para quimioprofilaxis se estiman multiplicando el número de contactos esperados por 0.05 (J x 0.05).

12. La consulta médica se estimará sumando los casos de TB todas las formas más los contactos diagnosticados con tuberculosis multiplicados por 3. (I + K) x 3.

13. La entrevista por enfermería se estimará sumando los casos de TB todas las formas más contactos diagnosticados con tuberculosis multiplicado por 3.(I + K) x 3

14. La visita domiciliar se estimará sumando los casos de TB todas las formas más contactos diagnosticados con tuberculosis multiplicado por 2. (I + K) x 2.

15. El número de baciloscopías diagnósticas se estiman multiplicando los SR por 3 (B x 3).

16. Las baciloscopías a los contactos se estiman multiplicando los contactos esperados por 3 y éstos por 0.03. (J x 3) x 0.03

17. Las baciloscopías de control se estiman multiplicando el 100% de casos de tuberculosis Bk (+) esperados más contactos diagnosticados con tuberculosis BK (+) por 6. (C + K) x 6.

18. Consejería: se estima multiplicando total de casos de tuberculosis todas las formas por 5. (I x 5)

Para una mejor interpretación, se utilizará el cuadro siguiente de programación. Se sugiere utilizar los datos de su establecimiento de salud y así poder comprender aún más.

DOCUMENTO DEROGADO

PROGRAMACIÓN ANUAL

Establecimiento de Salud: _____
SIBASI: _____
Dirección Regional: _____

	Grupo Programático	Parámetro			Número
A	No. Consultantes ≥ 10 a.				
B	No. SR identificados	A	x	0.03	
C	**No Casos BK+**	**B**	x	**. 0.03**	
D	No Casos BK *(-)*	C	x	0.3	
E	**No Casos TB Pulmonar**	C	**+**	**' D**	
F	No Casos BK(-) < 10 años	D	x	0.75	
G	No. Casos BK (-) ≥ 10 años	D	x	0.25	
H	No. Casos TB EP	C	x	0.17	
I	**TB todas las Formas**	**E**	**+**	**H**	
J	Contactos esperados	I	x	5	
K	Contactos con TBC	J	x	0.03	
L	Contactos con Quimioprofilaxis	J	x	0.05	
M	Consulta Médica	I+K	x	3	
N	Entrevista Enfermería	I+K	x	3	
O	Visita Domiciliaria	I+K	x	2	
P	No. Baciloscopia Diagnostico	B	x	3	
Q	No. Baciloscopia Contactos	Jx3	x	0.03	
R	No. Baciloscopía de Control	C+K	x	6	
S	Consejería	I	X	5	
Observaciones					

DOCUMENTO DEROGADO

Cálculo de Medicamentos

La cantidad necesaria de medicamentos y material para el tratamiento de los pacientes se calcula tomando en cuenta los siguientes factores:

a) Número de casos de tuberculosis (nuevos y retratamiento), registrados en la PTC-5 de los últimos tres años (tomar el año con más incidencia de casos).

b) Número de contactos < de 10 años y de personas con VIH para quimioprofilaxis

c) Medicamentos según normativa (HRZES).

d) Factores de conversión para cada medicamento (anexo hoja de cálculo).

e) Existencia y fechas de vencimiento de medicamentos.

f) Porcentaje de reserva (50%).

Ejemplo:

Supongamos que el SIBASI San Miguel durante los últimos tres años registró:

CUADRO 1

CASOS DE TB	Casos 2004	Casos 2005	Casos 2006
Todas las formas	87	116	125
Casos Bk (+)	67	62	72
BK (-) menores de 10	137	289	155
Casos VIH (+)	52	65	82
Retratamientos	96	114	72
Qx. en menores de 10 años	125	200	225

Para el cálculo de medicamentos deberá tomar en cuenta los años en el cual el SIBASI San Miguel, presentó un mayor número de casos de tuberculosis todas las formas, baciloscopía positiva, baciloscopía negativa en menores de 10 años, casos VIH (+), retratamientos y quimioprofilaxis en menores de diez años.

Por ejemplo en el cuadro 1, en el SIBASI San Miguel el mayor número de casos de tuberculosis, VIH y administración de quimioprofilaxis se presentaron:

DOCUMENTO DEROGADO

CASOS DE TB	Año 2005	Año 2006
Todas las formas		125
Casos Bk (+)		72
BK (-) menores de 10	289	
Casos VIH (+)		82
Retratamientos	114	
Qx. en menores de 10 años		225

Para el cálculo de medicamentos se utilizará la hoja de cálculo de medicamentos (cuadro 2) en los cuales el SIBASI presentó una mayor morbilidad.

Ese mismo número colocará para el cálculo de: (ver hoja de cálculo)

Medicamentos combinados de 4 y 2 drogas
Retratamientos (categoría II)
Tuberculosis baciloscopía negativa en menores de diez años (categoría III)
Casos VIH (+) (para el cálculo en la administración de quimioprofilaxis)
Quimioprofilaxis en menores de diez años.

DOCUMENTO DEROGADO

Cuadro 2

Para el cálculo de medicamentos antituberculosos en presentaciones individuales, se tomara un 5% de los casos nuevos de tuberculosis.

Ejemplo: Para el año 2006 San Miguel presentó 125 casos de tuberculosis, el 5 % de 125 es 6.

Es decir que para medicamentos antituberculosos individuales solo calculara para seis pacientes.

En la columna "categoría II "colocará el número de pacientes que estuvieron en retratamiento.

En la fila (Qx) colocará el número de niños que fueron tratados con quimioprofilaxis es decir 225 niños.

	CATEGORIA I CASOS NUEVOS			CATEGORIA II RETRATAMIENTOS			CAT. I + CAT. II
MEDICAMENTOS	CASOS	FACTOR	SUBTOTAL	CASOS	FACTOR	SUBTOTAL	TOTAL
Combinado 4 drogas	125	**200**		114	**296**		
Combinado 2 drogas	125	**200**		114	**96**		
Isoniacida 300 m.g.	6	**200**					
Isoniacida 100 m.g **(Qx)**	225	**432**					
Rifampicina 300 m.g.	6	**200**					
Pirazinamida 500 m.g.	6	**200**					
Etambutol 400 m.g.	6	**150**		114	**360**		
Estreptomicina 1 g.r.				114	**50**		
PPD	125	**3**	375 dosis				

Cuadro 3

Al tener colocados los casos en categoría I, categoría II, Quimioprofilaxis, PPD, deben ser multiplicados por el número de tabletas requeridas para tratamiento lo que también es conocido como "Factor y las tabletas deberán ser divididas entre cien, para obtener la cantidad en "cientos ". El derivado Proteico Purificado (PPD) y la estreptomicina no se multiplicaran por cien, porque su presentación es por unidad.

Y posteriormente se suman los subtotales de categoría I y Categoría II y el resultado se coloca en la última casilla "categoría I y Categoría II "

Cuadro 3:

	CATEGORIA I CASOS NUEVOS			CATEGORIA II RETRATAMIENTOS			CAT. I + CAT. II
MEDICAMENTOS	CASOS	FACTOR	SUBTOTAL CAT. I	CASOS	FACTOR	SUBTOTAL CAT. II	TOTAL
Combinado 4 drogas	125	**200**	250.00	114	**296**	337.4	**587.4**
Combinado 2 drogas	125	**200**	250.0	114	**96**	109.44	**359.44**
Isoniacida 300 m.g.	6	**200**	12.0				**12.0**
Isoniacida 100 m.g **(Qx)**	225	**432**	972.0				**972.0**
Rifampicina 300 m.g.	6	**200**	12.0				**12.0**
Pirazinamida 500 m.g.	6	**200**	12.0				**12.0**
Etambutol 400 m.g.	6	**150**	9.0	114	**360**	410.4	**419.0**
Estreptomicina 1 g.r.				114	**50**	5700	**5700**
PPD	125	**3**	375				**375**

DOCUMENTO DEROGADO

CUADRO 4:

QX. EN Px VIH (+)	CASOS VIH (+)	FACTOR	SUBTOTAL
Isoniacida 300 mg.	82	216	177.12

CATEGORIA III (MENORES DE DIEZ AÑOS)

MEDICAMENTOS	PRIMERA FASE			SEGUNDA FASE			
	CASOS	FACTOR	SUBTOTAL A	CASOS	FACTOR	SUBTOTAL B	TOTAL A+B
Isoniacida 100 m.g.	289	150	433.5	289	150	433.5	867
Rifamp. 100 m.g/5 ml	289	10	2890	289	10	2890	5780
Pirazinamida 500 m.g.	289	200	578.0				578.0

Cuadro 4

Para el año 2006 el SIBASI San Miguel, diagnosticó 82 casos con VIH, asumiendo que a estos ya se les descarto tuberculosis, deben de recibir un tratamiento profiláctico con Isoniacida 300 mg, por 9 meses; deberá de multiplicar el número de casos (82) por el número aproximado de tabletas que la persona recibirá (216) obteniendo el numero de tabletas que necesitará para tratar ese número de casos (177.12 cientos).

CATEGORIA III

El año con un mayor número de casos de tuberculosis infantil fue en el año 2005 con 289 casos en la misma forma multiplicara el número de casos (289) por el número de tabletas y frascos de rifampicina (factor) que necesitará para el tratamiento de un niño para la primera y segunda fase, de las cuales obtendrá un subtotal para cada fase y luego sumará el subtotal A y el subtotal B, para obtener el total (A + B) que necesitará para el tratamiento de categoría III.

CUADRO 5: LLENADO PARA EL CÁLCULO FINAL DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	EXISTENCIA ACTUAL A	EN TRANSITO B	TOTAL DE MEDICAMENTO A + B	DISPONIBLE PARA TRANSFERIR	NECESIDAD TOTAL CAT. I. II , III y Qx	RESERVA DE 6 MESES (50%) C	TOTAL A SOLICITAR A+B+C
Combinado 4 drogas	48 06/07 81 11/08						
Combinado 2 drogas	17.52 06/07 119 11/2008						
Isoniacida 300 m.g.	20 02/07 78 06/09						
Isoniacida 100 m.g	0						
Rifampicina 100/5ml	200 02/09						
Rifampicina 300 m.g.	47 11/2008						
Pirazinamida 400 mg.	292.8 11/06 77 06/09						
Pirazinamida 500 m.g.	20 11/07						
Etambutol 400 m.g.	17.2						
Estreptomicina 1 g.r.	17.52 06/07 119 11/2008						
PPD	48 06/07 81 11/08						

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SIBASI :

DOCUMENTO DEROGADO

En el cuadro cinco se colocarán las existencias de medicamentos antituberculosos “actuales” con sus respectivas fechas de vencimiento, ya que éstas son muy importantes a la hora de calcular los medicamentos, pues si un medicamento tiene una fecha próxima a vencerse (a inicios del siguiente año) y se está calculando para el próximo año, no debe de tomarse en cuenta esas existencias. Y tomará en cuenta el medicamento que está próximo a ingresar al SIBASI (en tránsito) con su respectiva fecha de vencimiento. Ejemplo:

CUADRO 6

MEDICAMENTOS	EXISTENCIA ACTUAL A	EN TRANSITO B	TOTAL DE MEDICAMENTO A + B	DISPONIBLE PARA TRANSFERIR
Combinado 4 drogas	60 02/07 81 11/08	56.0 02/10	137.0	60.0

En el cuadro 6 se cuenta con 60 cientos que vencen en febrero del 2007 y 81 cientos que vencen en noviembre del 2008 y medicamento próximo a ingresar 56 cientos que vencen en febrero del 2010.

Se sumarán los 81 cientos más los 56 cientos que ingresarán, obteniendo un total de 137 cientos de medicamento combinado de cuatro drogas que tienen buen margen de vencimiento.

Los 60 cientos que están próximos a vencer (a inicios de año) se colocan en la casilla “disponible para transferir” a otro SIBASI y de esa manera prevenir su vencimiento. Es responsabilidad del encargado de medicamentos antituberculosos del SIBASI prevenir el vencimiento de éstos y de su transferencia oportuna a otro SIBASI.

DOCUMENTO DEROGADO

CUADRO 7:

MEDICAMENTOS	EXISTENCIA ACTUAL A	EN TRANSITO B	TOTAL DE MEDICAMENTO A + B	DISPONIBLE PARA TRANSFERIR	NECESIDAD TOTAL CAT. I. II , III y Qx	MAS RESERVA DE 6 MESES (50%) C	TOTAL A SOLICITAR (A+B) - C
Combinado 4 drogas	60 02/07 81 11/08	56 02/10	137.0	60 02/07	587.4	881.1	
Combinado 2 drogas	17.52 06/07 119 11/2008	0	136.52	0	359.44	539.16	
Isoniacida 300 m.g.	20 02/07 78 06/09	25.0 02/09	103.0	20 02/07	189.12	283.8	

Cuadro 7:

En el cuadro 7 ya se cuenta con:

- Existencias actuales (A)
- Medicamento en tránsito (B)
- El Total de medicamento (A + B)
- Disponibilidad para transferir

Posteriormente se sumaran las casillas de "subtotales" de cada uno de los medicamentos para obtener la "Necesidad de Medicamentos" de todas las categorías de tratamiento, Quimioprofilaxis y Derivado Proteico Purificado (PPD) Por ejemplo: se sumará el subtotal de la Isoniacida 300 mg, utilizada en categoría I y la utilizada para la quimioprofilaxis en los casos VIH (+).

Al obtener la "Necesidad Total", deberá calcular una reserva de seis meses es decir un 50% más del total de medicamentos solicitado. Ejemplo: se necesitan 587.4 cientos de combinado de cuatro drogas para un año, la reserva de seis meses será 293.7 mas los 587.4 cientos de la necesidad total, es decir: 881.1 cientos y así hará con cada uno de los medicamentos.

CUADRO 8

MEDICAMENTOS	EXISTENCIA ACTUAL A	EN TRANSITO B	TOTAL DE MEDICAMENTO A + B	DISPONIBLE PARA TRANSFERIR	NECESIDAD TOTAL CAT. I. II , III y Qx	MAS RESERVA DE 6 MESES (50%) C	TOTAL A SOLICITAR C - (A+B)
Combinado 4 drogas	60 02/07 81 11/08	56 02/10	137.0	60 02/07	587.4	881.1	744.1
Combinado 2 drogas	17.52 06/07 119 11/2008	0	136.52	0	359.44	539.16	402.64
Isoniacida 300 m.g.	20 02/07 78 06/09	25.0 02/09	103.0	20 02/07	189.12	283.8	180.8

DOCUMENTO DEROGADO

Al obtener la necesidad total mas la reserva de seis meses de cada uno de los medicamentos, se tendrá la "necesidad" de medicamentos (C)

Para el "total de medicamentos a solicitar" se debe de tomar en cuenta las existencias con las que el SIBASI cuenta (A + B) y estas se restará del total de medicamentos a solicitar (C).

Ejemplo: se necesitan 881.1 cientos de medicamento combinado de 4 drogas (c) pero se tienen en existencia 137.0 (A + B); lo que se solicitará será C - (A + B) es decir 881.1 - 137.0 = 744.1 cientos.

En la siguiente página se muestra la hoja para el "cálculo de medicamentos antituberculosos" que fue descrita anteriormente por pasos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

MEDICAMENTOS

SIBASI **FECHA DE NEGOCIACION :**

CASOS DE TB	AÑO DE MAYOR INCIDENCIA	CASOS
TODAS LAS FORMAS	2006	125
Casos Bk (+)	2006	72
BK (-) menores de 10 años	2005	289
Casos VIH (+)	2006	82
RETRATAMIENTOS	2005	114
Qx. en menores de 10 años	2006	225

Observaciones :

	CATEGORIA I CASOS NUEVOS				CATEGORIA II RETRATAMIENTOS		CAT. I + CAT. II
MEDICAMENTOS	**CASOS**	**FACTOR**	**SUBTOTAL**		**CASOS**	**SUBTOTAL**	**TOTAL**
Combinado 4 drogas		200					
Combinado 2 drogas		200					
Isoniacida 300 m.g.		200					
Isoniacida 100 m.g (Qx)		432					
Rifampicina 300 m.g.		200					
Pirazinamida 500 m.g.		200					
Etambutol 400 m.g.		150					
Estreptomicina 1 g.r.							
PPD		3					

QX. EN Px VIH (+)	CASOS VIH (+)	FACTOR	TOTAL
Isoniacida 300 mg.		2[illegible]	

	CATEGORIA III (MENORES DE DIEZ AÑOS)						
	PRIMERA FASE			SEGUNDA FASE			
MEDICAMENTOS	**CASOS**	**FACTOR**	**SUBTOTAL**	**CASOS**	**FACTOR**	**SUBTOTAL**	**TOTAL**
Isoniacida 100 m.g.		150			150		
Rifamp. 100 m.g/5 ml		10			10		
Pirazinamida 500 m.g.		200					

MEDICAMENTOS	EXISTENCIA ACTUAL A	EN TRANSITO B	TOTAL DE MEDICAMENTO A + B	DISPONIBLE PARA TRANSFERIR	NECESIDAD TOTAL CAT. I. II Y III	RESERVA DE 6 MESES (50%) C	TOTAL A SOLICITAR A+B+C
Combinado 4 drogas							
Combinado 2 drogas							
Isoniacida 300 m.g.							
Isoniacida 100 m.g							
Rifampicina 100/5ml							
Rifampicina 300 m.g.							
Pirazinamida 400 mg.							
Pirazinamida 500 m.g.							
Etambutol 400 m.g.							
Estreptomicina 1 g.r.							
PPD							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SIBASI :

DOCUMENTO DEROGADO

Bibliografía

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Operational Guide for National Tuberculosis Control Programmes on the Introduction and use fixed-dose Combination Drugs. 2002.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. GINEBRA SUIZA. El Control de la Tuberculosis en las Prisiones. Manual para directores de programas 2000.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Tratamiento de la Tuberculosis Directrices para los Programas Nacionales. Tercera Edición. 2003.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Normas para Establecer Proyectos Piloto DOTS-PLUS para el tratamiento de la Tuberculosis con Farmacorresistencia Múltiple (MDR-TB). 2002.

- INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE. Interventions for Tuberculosis Control and Elimination. 2002.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. James Chin Editor. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición, 2001.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Un Marco Ampliado de DOTS para el Control Eficaz de la Tuberculosis. Ginebra. 2002

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Directrices para el tratamiento de la Tuberculosis Fármaco resistente. Ginebra. 1997.

  MSPAS. Protocolos de Atención de Personas Infectadas por VIH. Abril 2002.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. TB/VIH Manual Clínico para América Latina, Segunda Edición.

- ORGAN IZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Operacional Guide For Nacional Tuberculosis Control Programmes on the Introduction ana use of PNED-DOSE Combination Drugs.

- UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. Manejo de la Tuberculosis. Guía para los Países con Escasos Recursos Económicos. Quinta Edición 2000.

- MSPAS. Manual de Instrucciones para Registro de Datos en el Tabulador Diario de Actividades. El Salvador. Noviembre 2000.

DOCUMENTO DEROGADO

- MSPAS. Guía Técnica para el Diagnóstico de Tuberculosis por Microscopía Directa.

- MINISTERIO DE SALUD. Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú. 2001.

  MINSA. Manual del Programa de Control de Tuberculosis. Nicaragua. 2001

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Manual de Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Paraguay 2001.

- TBCTA. Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa. Año 2006.

- UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. Bases Epidemiológicas del Control de la Tuberculosis. Primera edición. 1999

- UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. Curso de Actualización en Tuberculosis para Médicos Especialistas. 2003.

- CAMINERO J.A., FERNANDEZ FAU L. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Capítulo 83. Ed. EDIMSA, Madrid 1998.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategic Frame Work to Decrease the Burden of TB/HIV. Stop TB Department and Department of HIV/AIDS. 2002.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for Surveillance of Drug Resistance in Tuberculosis. 2003.

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXOS

DOCUMENTO DEROGADO

Marco Legal

Este Programa tiene por marco legal la Constitución de la República y el Código de Salud.

A continuación se presentan los artículos que amparan legalmente al programa

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA:

ARTICULO 65:

La Salud de los habitantes de la República, constituye un bien público.
El Estado y las personas están obligados a VELAR POR SU CONSERVACIÓN Y RESTABLECIMIENTO.
El estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación.

CÓDIGO DE SALUD:

ARTICULO 148

El Ministerio dará tratamiento preventivo a la población humana cuando sea necesario para evitar la diseminación de enfermedades transmisibles y toda persona esta obligada a someterse a dicho tratamiento.

ARTICULO 149

Para el control de la tuberculosis se dictarán las normas y se acordarán las acciones que en forma integrada tendrán por objeto la prevención de la enfermedad, diagnóstico, localización y el adecuado tratamiento, control y rehabilitación de los enfermos. Estas normas y acciones serán obligatorias en todos los establecimientos de Salud Pública y privada.

ARTICULO 150

Para cumplir con lo indicado en el artículo anterior, el Gobierno dará todo su apoyo a las instituciones nacionales e Internacionales, públicas o privadas que contribuyan al control de la tuberculosis.

ARTICULO 151

Es obligatorio para todo enfermo de tuberculosis y cualquier enfermedad transmisible someterse al tratamiento indicado, tanto ambulatorio como hospitalario; y las autoridades de seguridad pública darán todo su apoyo al Ministerio, para que esta disposición se cumpla. El incumplimiento de esta disposición hará incurrir en responsabilidad.

ARTICULO 152

Es obligatorio para los contactos de enfermedades transmisibles agudas, crónicas y zoonosis, someterse a la investigación clínica y a las acciones de las normas que el Ministerio establezca.

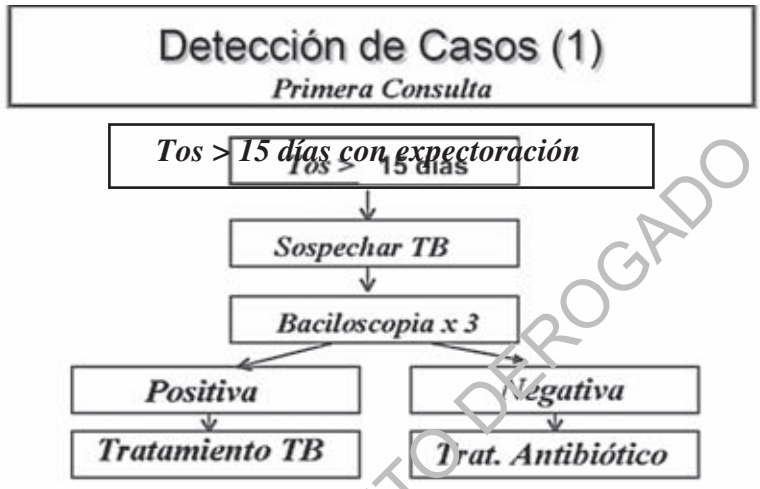
DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 2

Flujograma para la detección de casos

Flujograma No. 1

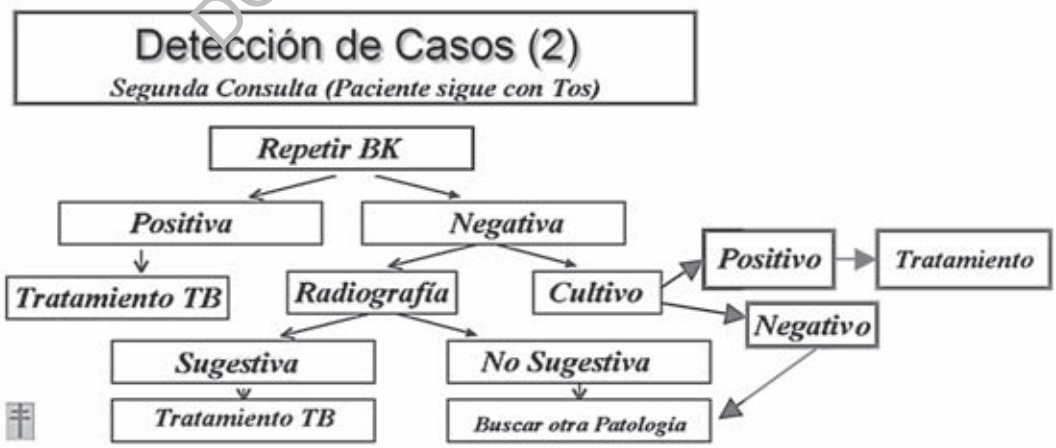
Paciente con Sospecha de Tuberculosis Pulmonar
Actitud a adoptar en un paciente sintomático respiratorio de primera consulta



DOCUMENTO DEROGADO

Flujograma No. 2

Actitud ante una segunda consulta



ANEXO 3

Aspirado gástrico para estudio bacteriológico.

Toma de la muestra en paciente ingresado:

- Pasar sonda nasogástrica la noche anterior, fijar y marcar el punto de fijación.
- A las 5:00 a.m., sin despertar al paciente, aspirar el contenido gástrico con jeringa.
- Depositar el aspirado en un recipiente estéril *
- La cantidad mínima recuperada debe ser de 5 a 10 ml.
- Rotular la muestra como “aspirado gástrico”
- Procesar muestra dentro de las 4 horas siguientes a recolección.
- Si la muestra es menor de 5 ml realizar lavado gástrico.

Lavado gástrico para estudio bacteriológico.

- Introducir a través de la sonda nasogástrica entre 30 y 50 ml de agua destilada estéril y aspirar nuevamente.
- Colocar el aspirado en el mismo recipiente.
- La cantidad mínima recuperada debe ser de 20 ml.
- Rotular la muestra como “lavado gástrico”
- Procesar muestra dentro de las 4 horas siguientes a recolección.

DOCUMENTO DEROGADO

*** En el laboratorio procederán a estabilizar la muestra con bicarbonato**

Conversión o viraje tuberculínico

Se refiere sobre la conversión o viraje tuberculínico cuando una persona con valor tuberculino negativo (-) se convierte en tuberculino positivo (+) en un período menor de 1 año con incremento de 6 mm con respecto al previo, considerando que ello representa una infección reciente con el Mycobarterium tuberculosis, constituyéndose firmemente este hecho como criterio que permite decidir iniciar tratamiento en un paciente que se mantiene sospechoso de padecer de infección latente. En esta condición debe referirse al Especialista.

ANEXO 4

Evaluación del Programa

ACTIVIDADES DE DETECCIÓN

INDICADOR	ENERO A JUNIO			ENERO A JUNIO		
	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%
SR. Captados (identificados)						
SR. Investigados por Laboratorio	*			*		
Casos nuevos TB Bk (+)						
Casos nuevos TB Bk (-) < 10 años						
Casos nuevos de TB Bk (-) ≥ 10 años						
Casos nuevos de TB Pulmonar						
Casos nuevos de TB Extra-pulmonar						
Casos de TB (todas las formas)	***			***		
Recaídas						
Abandonos Recuperados Bk (+)						
Fracasos						
Contactos de TB Identificados						
Contactos de TB examinados	*			**		
Casos de TB por Contacto						
Casos de TB investigados con prueba para VIH						
Casos de TB más VIH (+)						
Número de casos de TB y VIH(+) tratados con antirretrovirales						
Visita Domiciliar realizadas a pacientes con TB						
Consejerías impartidas a pacientes con TB						

* lo programado será SR. identificados en el periodo evaluado
** lo programado será los contactos identificados en el periodo evaluado
*** Todas las formas incluyen: TB pulmonar: Bk + (nuevos) y Bk (-) <, y ≥ de 10 años Extrapulmonares y TB meningea en menores de 5 años.

DOCUMENTO DEROGADO

INDICADORES DE DETECCIÓN

No.	CONCEPTO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	PARÁMETROS COMPARATIVOS	REALIZADO
1	Captación del Sintomático Respiratorio	SR Captado por el Personal de salud N° de Consulta de 1ra. vez en ≥ de 10 años x 100	Registro de Sintomático respiratorio (PCT2) e IEMA (consulta curativa y preventiva de primera vez ≥ de 10 años)	*3 %	
2	Investigación del S.R. por Bk	SR Investigados por el Laboratorio N° de SR. Captados por el P. Salud x 100	Registro de laboratorio PCT-4 y/o PCT-2	100 %	
3	% de casos nuevos positivos en S.R. investigados	N° de Casos Nuevos de TB Bk (+) N° de SR. Investigados por laboratorio x 100	Registro de TB. PCT-5 y PCT-4 y/o PCT- 2	3 %	
4	% de casos nuevos de TB Bk (+) diagnosticados	No. de casos Nuevos de TB Bk (+) Dx No. de casos Nuevos de TB Bk (+) esperados x 100	Registro de Tb. PCT-5 y PAO	70%	
5	% de casos nuevos de Tb Bk (+) del total de casos de Tb	No. de casos Nuevos de TB pulmonar Bk (+) Total de casos de Tb todas las formas.	Registro de TB (PCT-5)	70 %	
6	% de casos nuevos Bk (-) en < de 10 años	N° de Casos Nuevos de TB Bk (-) en < 10 años Total de Casos de TB Pulmonar	Registro de TB (PCT-5)	15%	
7	% de casos nuevos Bk (-) en ≥ de 10 años	N° de Casos Nuevos de TB Bk (-) en > 10 años x 100 Total de Casos de TB Pulmonar	Registro de TB (PCT-5)	5%	
	Contactos Identificados por caso	N° de contactos Identificados N° de casos de TB Pulmonar (BK +) diagnosticados x 100	Registro PCT-7 y PCT-5	5 POR CASO	
	% de contactos examinados	N° de Contactos Examinados de casos TB N° de Contactos identificados de casos TB x 100	Registro PCT-7	100 %	
8	% de casos de TB por Contacto	N° de Casos de TBP Dx en los Contactos Total de contactos examinados x 100	Registro PCT-7 y PCT-5	20-30 %	
9	%de Casos de Tb en Menores de 10 años detectados en los contactos	No de casos de TB (Todas Las Formas) en Menores de 10 años dentro de los contactos investigados X100 No total de Contactos menores de 10 años investigados	Libro de Contactos y Reverso de PCT 7	20 al 25%	
10	% de Casos de TB(BK+) en los contactos mayores de 10 años	No de Casos de TB Bk(+) detectados dentro de los contactos Mayores de 10 años X100 No de Contactos mayores de 10 años investigados	Libro de Contactos y Reverso de PCT 7	5 al 10 %	
11	% de contactos con Quimioprofilaxis	No de contactos < 10 años que recibieron Tx. Prof. x 100 Total de contactos < 10 años examinados	Registro PCT-7 y/o IEMA	60 - 75 %	
12	% de pacientes tb que se les realiza la prueba de VIH y que reciben consejería PRE prueba	No. de pacientes tb que se les realiza la prueba de VIH y que reciben consejería PRE prueba x 100 Total de casos de Tb todas las formas	Registro de TB (PCT-5)	100 %	
13	% de pacientes tb que se les realiza la prueba de VIH y que reciben consejería POST prueba	Número de pacientes tb que se les realiza la prueba de VIH y que reciben consejería POST prueba x 100 Total de casos de Tb todas las formas	Registro de TB (PCT-5)	100 %	
14	% de pacientes que reciben consejería	No de pacientes Tb que reciben consejerías x 100 Total de casos de tb todas las formas	Registro de TB (PCT-5)	100 %	

DOCUMENTO DEROGADO

* Debido a la alta carga de ciertos SIBASI's algunos indicadores de detección (sintomáticos, No. de casos y positivos) son mayores que el indicador nacional, éstos son tratados de forma individualizada.

INDICADORES DE TRATAMIENTO.

	CONCEPTO	INDICADOR	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN
15	% de tratamiento estrictamente supervisado (TAES)	N° de casos de Tb bajo TAES / Total de casos de Tb (todas las formas) diagnosticados X 100		Registro PCT-5 y PCT-7
16	% de tratamiento estrictamente supervisado a casos nuevos Tb Bk (+)	N° de casos Nuevos de TB Bk (+) ingresados a TAES / Total de casos Nuevos de TB Bk (+) Dx X 100		Registro PCT-5
17	Tasa de conversión al 2° mes de tratamiento.	N° de casos nuevos Bk (+) que negativizaron al 2° mes de Tx / Total de casos nuevos Bk (+) que ingresaron a tratamiento y que tienen BK de control al 2do mes X 100		Registro PCT-5
18	Tasa de conversión acumulativa al 2° y 4° mes de tratamiento.	N° de casos nuevos Bk (+) que negativizaron al 4° mes de Tx / Total de casos nuevos Bk (+) que ingresaron a tratamiento y que tienen BK de control al 4to mes X 100		Registro PCT-5

DOCUMENTO DEROGADO

INDICADORES DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS BK(+)

CONCEPTO	INDICADOR
CURADOS CON BK (-)	N° de casos que termina tratamiento con BK (-) / Total de casos BK (+) que iniciaron el tratamiento x 100
TRATAMIENTO COMPLETO SIN BK	N° de casos que terminaron tratamiento completo y que no se realizo BK / Total de casos de BK (+) que iniciaron tratamiento x 100
FRACASO	N° de casos con BK (+) al final del 4° mes o inicio del 5° mes / Total de casos con BK (+) que inician tratamiento x 100
FALLECIDOS	N° de casos Bk (+) que mueren por cualquier causa en el curso del tratamiento / Total de casos BK (+) que inician tratamiento x 100
ABANDONO	N° de casos BK (+) de Tuberculosis con inasistencia continúa al tratamiento por 2 meses o más / Total de casos BK (+) que iniciaron tratamiento x 100
TRASLADO	N° de casos BK (+) que iniciaron tratamiento y que es transferido a otro departamento del cual se desconoce el resultado de tratamiento / Total de casos BK (+) que iniciaron tratamiento x 100

EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CONCEPTO	INDICADOR	TASA 2005	TASA 2006
Tasa de incidencia anual de TB (todas las formas)	N° de casos nuevos de TB / Total de Población (DIGESTYC) X 100,000		
Tasa de incidencia de casos BK (+)	N ° de casos nuevos de TB BK (+) / Total de Población (DIGESTYC) X 100,000		
Tasa de mortalidad	N ° de muertes por tuberculosis / Total de la Población (DIGESTYC) X 100,000		
Tasa especifica de TB meningea en población menor de 5 años	N ° de casos de ,meningitis Tb en niños < de 5 años / Población menor de 5 años X 100,000		
% de pacientes TB con VIH (+)	N ° de casos nuevos TB más VIH (+) / N° de casos nuevos de TB X 100		
% de pacientes VIH(+) con TB	N ° de casos VIH (+) más TB / N° de casos de VIH (+)* X 100		
Tasa de letalidad por TB	No. de muertes por TB BK (+) / Total de muertes por Tuberculosis X 100,000		

* **Casos acumulados de VIH (+)**

DOCUMENTO DEROGADO

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LABORATORIO

CONCEPTO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	VALOR ESPERADO	RESULTADO
CONCENTRACIÓN DE Bk POR SR.	N° de Bk de diagnóstico realizadas al S.R.N° de SR investigados por laboratorio.	PCT-4 y/o PCT-2	3	
*** RENDIMIENTO TÉCNICO EN EL LABORATORIO**	Total de Bk de Dx. positivas al S.R. / Total de Bk de Dx. realizadas a S.R. X 100	PCT-4	5 %	
*** NUMERO DE Bk REALIZADAS POR CASO**	Total de Bk de diagnostico realizadas al S.R. / Total de casos nuevos Bk (+)	PCT-4 y PCT-5		

* Estos indicadores serán evaluados en los establecimientos de salud que tienen Laboratorio

INDICADORES DE EVALUACIÓN PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SIBASIS DONDE SE HA IMPLEMENTADO LA ESTRATEGIA PAL

PERIODO A EVALUAR DEL_____ AL _____ DEL 200____

RECUERDE QUE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA ESTRATEGIA SON MAYORES DE 5 AÑOS

CUADRO PAL

CONCEPTO	INDICADOR	# ABSOLUTO	%
% Pacientes ingresados a la estrategia PAL	N ° de pacientes Ingresados a PAL / Total de IRAS atendidas en > 5 años X 100		
% Pacientes ingresados a PAL a los que se les ha realizado baciloscopias	Pacientes que han ingresado a PAL y que se les ha tomado baciloscopia / Total de pacientes ingresados a PAL X 100		
% pacientes > 5 años con asma que se adhirieron y usaron espaciadores de volumen	N ° Pacientes adheridos a los espaciadores de volumen / Total de pacientes asmáticos > 5 años ingresados a PAL X 100		
% pacientes EPOC que se adhirieron y usaron espaciadores de volumen	N ° Pacientes adheridos a espaciadores de volumen / Total de pacientes con EPOC ingresados a PAL X 100		
% pacientes > 5 años con asma referidos al 2° y 3er nivel	N ° Pacientes referidos al 2° y 3er nivel / Total de pacientes > 5 años asmáticos X 100		
% pacientes con EPOC referidos al 2° y 3er nivel	N ° Pacientes referidos al 2° y 3er nivel / Total de pacientes EPOC X 100		
% pacientes > 5 años con Neumonía referidos al 2° y 3er nivel	N ° Pacientes referidos al 2° y 3er nivel / Total de pacientes > 5 años con Neumonía X 100		
% pacientes > 5 años con IRAS referidos al 2° y 3er nivel	N ° Pacientes referidos al 2° y 3er nivel / Total de pacientes > 5 años con IRAS X 100		
% de RRHH en salud que manejan la estrategia PAL	N ° RRHH en salud que manejan la Estrategia PAL / Total de RRHH en salud del establecimiento de salud X 100		
% pacientes con diagnostico de TB pulmonar después de su ingreso a PAL	N ° pacientes con diagnostico de TB pulmonar / Total de pacientes ingresados a PAL X 100		

DOCUMENTO DEROGADO

INDICADORES DE LAS INTERVENCIONES

DEL DOTS EN PPM Y SU MEDICIÓN

CUADRO PPM

INDICADOR DE PROCESO

	MEDICIÓN	PORCENTAJE
Proporción de establecimientos de salud que aplican APP	Numero de establecimientos del SIBASI que Coordinan acciones de control de la TB Con proveedores no-PNT / Total de establecimientos del SIBASI X 100	
Proporción de proveedores no-PNT que participan en referencia, Diagnostico, Tratamiento y notificación de casos	Números de proveedores no-PNT en el SIBASI y que están participando en la ejecución del TAES / # total de los proveedores no-PNT del SIBASI X 100	

DOCUMENTO DEROGADO

INDICADORES DE RESULTADOS

	MEDICIÓN	%	FUENTE DE DATOS
Proporción de pacientes con síntomas tuberculosos (SR) enviados al PNT por proveedores no PNT	Número de sintomáticos respiratorios (SR) referidos por proveedores no-PNT / Total de sintomáticos respiratorios notificados por el SIBASI X 100		PCT-2
Proporción de nuevos casos con baciloscopias positivas detectados mediante la referencia por proveedores no-PNT	Número de casos nuevos con Baciloscopia positiva registrados y que fueron referidos por proveedores no-PNT / Total de casos nuevos con Baciloscopia positiva registrados en el SIBASI (durante el periodo informado) X 100		Registro de casos de TB

Proporción de nuevos pacientes con tuberculosis con baciloscopia positiva que recibían tratamiento supervisado de proveedores no PNT	Número de casos nuevos con Baciloscopía positiva Que recibieron tratamiento supervisado de los proveedores no PNT / Total de casos nuevos casos con Baciloscopía positiva registrados en el SIBASI durante el periodo de evaluación X 100		Libro de casos PCT-5
Resultado de tratamiento de nuevos casos baciloscopia positiva tratados con proveedores no-PNT	# de casos curados de enero a diciembre 2005 por proveedores no PNT / Total de casos curados por el SIBASI de Enero a Junio 2005 X 100		PCT-10 Enero a Dic. 2005

Nota: proveedor No-PNT: Son los Establecimientos o Instituciones de salud, ejemplo: ONG's, Bienestar Magisterial, Asilos de ancianos, Hospitales y Clínicas Privadas, Clínicas parroquiales, etc. es decir no llevan un Programa regular de Tuberculosis.

DOCUMENTO DEROGADO

Registro de Referencia de Pacientes con Tuberculosis PCT - 1

ANEXO 5

Departamental de Salud: _____

SIBASI _____ Establecimiento de Salud: _____ Responsable: _____

No.	Fecha	Nombre y Apellido (Completo)	Edad		Dirección Exacta	Diagnóstico	BK inicial (Fecha)	¿Se ha confirmado su ingreso?		Referido a:	
			M	F				NO	SI	SIBASI	Establecimiento de Salud

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 6

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
REGISTRO DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO - PCT-2

SIBASI:_____
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:_____
ENCARGADO(A) DEL PROGRAMA:_____

No.	FECHA	No. EXP. CLINICO	NOMBRE	EDAD	DIRECCION	S.R.			OBSERVACIONES
						1ra.	2da.	3ra.	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 7

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis
SOLICITUD DE EXAMEN BACTERIOLÓGICO DE TUBERCULOSIS (PCT-3)

Establecimiento de Salud: _____ **Fecha de Recepción en el laboratorio:** _____

Nombre: _____ **Nº de Exp.**_____ VIH (+)◇ VIH (-)◇ Pendiente ◇

Edad: _____ Sexo: M ◇ F ◇ Procedencia: Consulta Externa ◇ Emergencia ◇ Hospitalización ◇

Dirección Exacta: _____

Nombre del solicitante: _____ Fecha de Indicación: _____

Tipo de muestra: ESPUTO ◇ OTRA ◇ Especificar_____ [ ] [ ] [ ]

1ra. 2da. 3ra.

EXAMEN SOLICITADO

BACILOSCOPIA EN SR. ◇ CULTIVO PARA DIAGNÓSTICO ◇ CULTIVO DE CONTROL ◇ Ver indicaciones al dorso

EXAMEN PARA CONTROL DE TRATAMIENTO ACTUAL

DROGAS: H ◇ R ◇ Z ◇ E ◇ S ◇ NUMERO DE MESES CON TRATAMIENTO: **2º.** ◇ **4º.** ◇ **6º.** ◇ Otro ◇ **3º** ◇ **5º** ◇ **8º** ◇

Observaciones_____

RESULTADO:

1. Baciloscopia: Positivo: [ ] 2. Cultivo Positivo: [ ]

Negativo: [ ] Negativo: [ ]

Nombre y Sello:_____ Fecha de Resultado:_____

Observaciones:_____

LA BACILOSCOPIA Y EL CULTIVO SON GRATUITOS.

DOCUMENTO DEROGADO

INDICACIONES DE CULTIVO (Y SENSIBILIDAD)

El cultivo del M. Tuberculosis es un examen de gran sensibilidad, pero de alto costo y complicada técnica; por lo tanto, asegúrese que su indicación se encuentre dentro de alguna de las siguientes indicaciones:

1. Paciente con alta sospecha de Tuberculosis Pulmonar cuyas baciloscopías seriadas son persistentemente negativas.
2. Para diagnóstico de Tuberculosis Infantil
3. Para confirmación de diagnóstico de tuberculosis Extrapulmonar
4. Caso de VIH positivo y sospecha de tuberculosis
5. Sospecha de Fracaso o Abandono recuperado
6. Paciente que recae por tratamiento
7. Contacto de tuberculosis MDR confirmado
8. Antecedentes de estancias previas en centros penitenciarios

Marque con una X la indicación que corresponda: 1____ 2____ 3____ 4____ 5____ 6____

Nota:

- No olvide que el informe de los resultados se dará a los 30 ó 45 ó 60 días y nunca antes
- No se requiere cultivo para alta de pacientes

Nombre del médico solicitante: _____

Firma del solicitante: _____

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 8

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
REGISTRO DE ACTIVIDADES DE LABORATORIO - PCT- 4

SIBASI:_____**MES:**_____**AÑO:**_____
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:_____
LABORATORISTA ENCARGADO DEL PROGRAMA:_____

Fecha		Procedencia	Nombres y apellidos	Edad	Sexo		Número correlativo			Baciloscopias diagnósticas S:R			BK control de tratamiento			Tipo de muestra	Observaciones
No	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		(7)		(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
					M	F	1ª.	2ª.	3ª.	1ª.	2ª.	3ª.	2ª.	4ª.	6ª.		

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 9

Registro General de Casos de Tuberculosis PCT-5
Criterio de Ingreso

FECHA DE REGISTRO	Nº DE ORDEN (2)	NOMBRE Y APELLIDO (3)	SEXO M/F (4)	EDAD (5)	DIRECCIÓN COMPLETA (6)	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE SUPERVISA EL TRATAMIENTO (7)	FECHA INICIO Tx	CLASIFICACION (8)		CRITERIOS DE INGRESO						RESULTADO DE BK DE DIAGNÓSTICO		
Nº DE EXPEDIENTE (1)							ESQUEMA * (9)	PULM	EXP	TB MENINGEA	NUEVO (N) (10)	RECAIDA (R) (11)	ABANDONO RECUPERADO (A) (12)	FRACASO (F) (13)	OTROS (O) (14)	LAB LOCAL (15)	LAB. REF. BK (16)	LAB. REF. CULT (17)

DOCUMENTO DEROGADO

Criterio de Egreso

EXAMEN DE ESPUTO									CRITERIO DE FINALIZACION DEL TRATAMIENTO (Anotar fecha de finalización)					RESULTADO PRUEBA VIH (32)	SI ES VIH (+) ESTA RECIBIENDO COTRIMOXAZOLE (33)	TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES (34)		CONSEJERIA (ANOTAR FECHAS) (35)						OBSERVACIONES (36)
RESULTADO DE BK. DE CONTROL DE TRATAMIENTO																								
FIN DEL 2do. ó 3er MES			4to. ó 5to. MES			6to. o 8vo. MES																		
LAB. LOCAL (18)	LAB. REF. BK (19)	LAB. REF. CULT. (20)	LAB. LOCAL (21)	LAB. REF. BK (22)	LAB. REF. CULT. (23)	LAB. LOCAL (24)	LAB. REF. BK (25)	LAB. REF. CULT. (26)	CURADOS (BACTERIOL. NEGATIVA) (27)	Tx TERMINADO PERO SIN EX. BACTERIOLOG. (28)	FINALIZO BK(+) FINAL DEL 4to. O INICIO DEL 5to. MES (29)	FALLECIDO (30)	ABANDONO (31)			SI	No	Inicio de Tto.	Inicio 2ª Fase	Final Tto.	Fec. prueba VIH	Resul. prueba VIH	

Registro, investigación y seguimiento de contactos de casos de Tuberculosis de todas las formas PCT-6

ANEXO 10

No. Exp.	Nombre	Edad	Sexo		S.R.		Cicatriz BCG		P.P.D. mm.	Examen Clínico			Bacilos copia			RX			Biopsia			Cultivo			ADA			Caso TB		Quimio profilaxis		No. de caso PCT-5	Condición de Caso Indice				
1	2	3	4		5		6		7	8			9			10			11			12			13			14		15		16	17				
			M	F	SI	NO	SI	NO		SI		NO	SI		NO	SI		NO	SI		NO	SI		NO	SI		NO	SI	NO	SI	NO		BK (+)	BK (-)	EXT	MDR	OTRO
										Sugestivo a TB.	No sugestivo		Positivo	Negativo		Sugestivo a TB.	No sugestivo		Positivo	Negativo		Positivo	Negativo														

OBSERVACIONES: _____

DOCUMENTO DEROGADO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
FICHA DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS
EL SALVADOR

PCT 7

IDENTIFICACION DE PACIENTE:

No. DE EXPEDIENTE _____ NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD: ____ SEXO: M ☐ F ☐

DOMICILIO 1: _____ PESO: _____

DOMICILIO 2 (temporal): _____ No. DE CASO: _____

NOMBRE Y DIRECCION DE PERSONA A CONTACTAR: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO / SIBASI _____

DIAGNOSTICO: _____ FECHA: _____

DETECTADO COMO: S.R. ☐ CONTACTO ☐

CICATRIZ DE BCG: SI ☐ NO ☐ RESULTADO VIH _____ FECHA _____

LOCALIZACION: PULMONAR ☐ EXTRAPULMONAR ☐ MENINGEA ☐

COMPROBACION: BACILOSCOPIA FECHA ☐☐☐ BK ☐

CULTIVO ☐ BIOPSIA ☐ SISTEMA DE PUNTAJE ☐

TIPO DE PACIENTE: CASO NUEVO ☐ ABANDONO ☐ RESULTADO Rx

RECAIDA ☐ FRACASO ☐ _____

OTRO ☐

TRATAMIENTO

TAES ☐ FECHA DE INICIO ☐☐☐

CATEGORIA I ☐ CATEGORIA II ☐ CATEGORIA III ☐ OTRO ESQUEMA (MDR) ☐

FASES	DURACION EN SEMANAS	PERIODO C/DIA ó 3 VIS. SEGUN EL CASO	MEDICAMENTO POR DOSIS
1a. FASE - INTENSIVA 1 DOSIS No. ____			
- INTENSIVA 2 DOSIS No. ____			
2a. FASE (SOSTEN.) DOSIS No. ____			

TIEMPO TOTAL QUE DURARA EL TRATAMIENTO

MARQUE LA FECHA DE CITA CON UNA X (A LAPIZ). AL ACUDIR EL ENFERMO A LA CITA, EL PERSONAL QUE ADMINISTRE LOS MEDICAMENTOS DEBERA BORRAR LA MARCA Y ANOTAR AHI EL No. DE DOSIS CORRELATIVA

No.	MES / DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL MENSUAL DE DOSIS	BK DE CONTROL FECHA / RES.	CITAS PARA CONTROL MEDICO
(1)																																			
(2)																																			
(3)																																			
(4)																																			
(5)																																			
(6)																																			
(7)																																			
(8)																																			
(9)																																			
(10)																																			
(11)																																			
(12)																																			
	TOTAL																																		

EGRESO: FECHA DE EGRESO ☐☐☐ MOTIVO: CURADO ☐ TRATAMIENTO TERMINADO ☐ FRACASO ☐ ABANDONO ☐ FALLECIDO ☐ OTRO ☐

MDR: MULTIDROGORESISTENCIA

DOCUMENTO DEROGADO

REGISTRO DE CONTACTOS (RELACIONADOS CON EL CASO EN TRATAMIENTO)

NOMBRE	EDAD	SEXO		SINTOMÁTICO RESPIRATORIO		CICATRIZ BCG		MANTOUX		QUIMIOPROFILAXIS		POSITIVO A TB Y PASO A CASO		OBSERVACIONES
		FEM	MAS	SI	NO	SI	NO			SI	NO	SI	NO	

VISITAS DOMICILIARES

SOLICITUD		REALIZACIÓN	
FECHA	MOTIVO	FECHA	RESULTADOS

OBSERVACIONES	ENFERMEDADES CONCOMITANTES	CONSEJERIA	FECHA
		PRE-PRUEBA-VIH	
		POST PRUEBA-VIH	
		INICIO	
		TRATAMIENTO TB.	
		INICIO 2a. FASE	
		FINAL TRATAMIENTO TB	

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 12

Hoja de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes con Tuberculosis - PCT- 8 A

PCT8-A

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES CON TBC.

(Paciente NO ingresado en el programa en el lugar diagnosticado)

1) Departamento:_____ SIBASI:_____ Estab. de Salud:_____

Nombre del Paciente_____ Edad:____ Sexo:____ Peso:_____

Dirección completa:_____

Referido a U. de S. ☐ _____ Hospital ☐ _____ Fecha:____/____/____

CRITERIO DE INGRESO

Pulmonar BK (+) ☐ BK (-) ☐ Extra-Pulmonar ☐ Otros Especificar _____

Nuevo_____ Abandono recuperado_____ Recaída_____ Fracaso_____ Traslado_____

RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA

BK INICIAL: Fecha:____/____/____ Resultado:_____

Cultivo Inicial: Fecha:____/____/____ Resultado:_____

ESQUEMA DE TRATAMIENTO INDICADO

Esquema Acortado para Nuevo ☐ Retratamiento ☐ Pediátrico ☐ Otro ☐ Especificar_____

($2HRZE_6/4H_3R_3$) ($2HRZES/1HRZE_6/5H_3R_3E_3$) ($2HRZ_6/4H_3R_3$)

OBSERVACIONES:_____

_____

_____ _____

Nombre y Apellidos del Responsable de la Referencia Firma y Sello

NOTA: Anexar copia de análisis y/o exámenes auxiliares. Comunicar la recepción y el Egreso del Paciente a la siguiente

Dirección y/o Telefax:_____

HOJA DE COMUNICACIÓN DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE TRANSFERIDO

Comunicar recepción del paciente Referido.

Departamental_____ SIBASI:_____ Estab. de Salud:_____

He recibido al paciente:_____

Referido del Establecimiento:_____ Fecha:____/____/____

Nombre del Responsable de la recepción e ingreso al PCT:_____

Sello

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 13

Hoja de Referencia de Pacientes con Tuberculosis - PCT - 8B

PCT8-B

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

HOJA DE REFERENCIA DE PACIENTES CON TBC.

(Paciente ingresado en el programa y es trasladado para continuar tratamiento)

1) Departamento: _____ SIBASI: _____ Estab. de Salud: _____

Nombre del Paciente _____ Edad: ____ Sexo: ____ Peso: _____

Dirección completa: _____

Transferido a U. de S. ☐ _____ Hospital ☐ _____ Fecha: ____/____/____

CRITERIO DE INGRESO

Pulmonar BK (+) ☐ BK (-) ☐ Extra-Pulmonar ☐ Otros Especificar ☐ _____

Nuevo ☐ Abandono recuperado ☐ Recaída ☐ Fracaso ☐ Traslado ☐

RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA

BK INICIAL: Fecha: ____/____/____ Resultado: _____

Cultivo Inicial: Fecha: ____/____/____ Resultado: _____

ESQUEMA DE TRATAMIENTO INDICADO

Esquema Acortado para nuevo ☐ Retratamiento ☐ Pediátrico ☐ Otro ☐ Especificar _____

($2HRZE_6/4H_2R_2$) ($2HRZES_6/1HRZE_6/5H_2R_2E_1$) ($2HRZ_6/4H_2R_2$)

Dosis administradas: I Fase: _____ II Fase _____

OBSERVACIONES: _____

_____ _____

Nombre y Apellidos del Responsable de la Referencia Firma y Sello

NOTA: Anexar copia de análisis y/o exámenes auxiliares y anexar tarjeta de tratamiento. Comunicar la recepción y el Egreso del Paciente a la siguiente Dirección y/o Telefax: _____

HOJA DE COMUNICACIÓN DE CONDICIÓN DE EGRESO

Departamental: _____ SIBASI _____ Estab. de Salud: _____

Nombre del Paciente: _____

Referido del Establecimiento: _____ Fecha: _____

Condición de Egreso: Cuadro con BK(-) ☐ Tratamiento terminado ☐ Abandono ☐ Fracaso ☐ Fallecido ☐

Fecha de Egreso: ____/____/____

Nombre del Responsable del PCT: _____ Tel.: _____

HOJA DE COMUNICACIÓN DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE TRANSFERIDO

Comunicar recepción del paciente transferido.

Departamental _____ SIBASI: _____ Estab. de Salud: _____

He recibido al paciente _____

Transferido del Establecimiento: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Responsable de la recepción: _____

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 14

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INFORME TRIMESTRAL SOBRE DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PCT – 9

DOCUMENTO DEROGADO

Pacientes registrados durante el ____ trimestre del año _____ Informe TB. ☐ Informe TB-VIH/SIDA ☐
Departamento: _____ SIBASI: _____ Establecimiento de Salud: _____
Nombre del (a) responsable del Programa de Tuberculosis: _____ Fecha: _____

CUADRO 1

TUBERCULOSIS PULMONAR													TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR		TUBERCULOSIS MENÍNGEA		TOTAL		
Casos Baciloscopía Positiva									Casos BK (-)										
Casos Nuevos (1)			Recaídas (2)		Fracasos (3)		Abandono Recuperado (4)		< de 10 años (5)		> de 10 años (6)		(7)		(8)		(9)		
M	F	TOTAL	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	TOTAL

SOLAMENTE CASOS NUEVOS CON BACILOSCOPÍA POSITIVA: de casilla (1)
CUADRO 2

GRUPOS DE EDAD																				
< 1		1 - 4		5 - 14		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 y más		TOTAL		TOTAL
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

ANEXO 15

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INFORME TRIMESTRAL DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
REGISTRADOS 9 MESES ANTES PCT – 10

Pacientes registrados durante el _____trimestre del año _____ **Informe TB.** ☐ **Informe TB-VIH/SIDA** ☐
Departamento: _____ **SIBASI:** _____ **Establecimiento de Salud:** _____
Nombre del (a) responsable del Programa de Tuberculosis: _____ **Fecha:** _____

Total de Casos con BK(+) registrados durante el trimestre (1)			Casos ingresados a tratamiento (2)		Curados (3)		Tratamiento terminado (4)		Fracaso (5)		Fallecido (6)		Abandono (7)		Traslado no confirmado (8)		TOTAL EVALUADOS (9)
M	**F**	**T**			**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**
			1. Casos Nuevos BK (+)														
			1.1 Traslados*														
			1.2 Sub total														
M	**F**	**T**															
			2. Retratamiento														
			2.1 Recaída														
			2.2 Fracaso														
			2.3 Abandono Rec.														
			2.4 Sub Total														
			TOTAL PCTES. TRATADOS														

* Casos trasladados de otros establecimientos donde ya fueron reportados como nuevos y que entran a su establecimiento para supervisión del tratamiento.
De la evaluación de Quimioterapia fueron excluidos ___ casos, por las siguientes razones:_____

RESULTADO DE CASOS TUBERCULOSIS PULMONAR BK(-) Y EXTRAPULMONAR (CONDICIÓN DE EGRESO).

CASOS	TOTAL CASOS		TTO. TERMINADO		FALLECIDO		ABANDONO		TRASLADO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casos pulmonares BK(-) < 10 años										
Casos pulmonares BK(-) > 10 años										
Extrapulmonares										
TOTAL										

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 16

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

CONTROL DE QUIMIOPROFILAXIS

SIBASI:_____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

ENCARGADO(A) DE ADM. LA QUIMIOPROFILAXIS: _____ AÑO: _____

No	Nombre del paciente	Caso Indice	Edad	Sexo	Peso (Kg)	Dirección	Fecha inicio Quimioprof. (INH 5mg/Kg)	Número tabletas (INH)	Período			Fecha terminación quimioprof.	Observaciones
									3m	6m	9m		

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 17

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

FICHA DE SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE ADENOSIN DEAMINASA (ADA) AL LABORATORIO DEL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA COMO APOYO DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS

N° correlativo de muestra:_____ (uso exclusivo de laboratorio Hosp. Saldaña)
1) Fecha de toma de muestra__/___/200__
2) Fecha de recepción de muestra en hospital Saldaña:___/___200__
3) Nombre completo del paciente: _____4) N° de exped._____
(Establecimiento que refiere)
5) Edad_____ 6) Sexo: F ☐ M ☐
7) Domicilio del paciente_____
8) Institución u Hospital que solicita la determinación: _____
9) Nombre del solicitante: _____
10) SIBASI_____ 11) Zona_____

12) Tipo de muestra: a) Líquido pleural ☐ b) Líquido cefalorraquídeo ☐
c) líquido pericárdico ☐ e) Líquido peritoneal ☐

N° de muestra: 1°_____ 2°_____ 3°_____ (si se indica 2° ó 3° muestra explicar porque)_____
13) Resultados de Baciloscopía directa (BKB) (de líquidos especiales arriba descritos):

a) Positiva ☐ b) Negativa ☐ c) No se realizo ☐ d) Pendiente ☐ resultado
14) Resultado de estudio de Biopsia: a) No se tomo ☐ b) Pendiente resultado ☐
Reporte microscópico y conclusión diagnostica de resultado de biopsia: _____
_____
15) Resultado de cultivo de BAAR de líquido: a) Positivo ☐ b) Negativo ☐
c) Pendiente resultado ☐ d) No se realizo ☐
16) Resultado de cultivo de BAAR de macerado de tejido: a) Positivo ☐
b) Negativo ☐ c) Pendiente resultado ☐ d) No se realizo ☐

17) Valor de ADA: _____u/l Valores de referencia: Líquido pleural_____u/l
LCR_____ u/l
Liquido pericárdico _____ u/l
Liquido peritoneal _____u/l
Otro_ _____u/l

18) Resumen aspectos relevantes: _____
_____
_____

_____	_____	_____
Sello y firma de solicitante	Sello y firma quien realiza determinación	Fecha de realización

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 18

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
CONTROL DE CALIDAD INDIRECTO DE BACILOSCOPIAS

ZONA:_____ **SIBASI:** _____

ESTABLECIMIENTO:_____

MES DE ENVIO:_____

FECHA DE ENVIO:_____

TOTAL DE LAMINAS ENVIADAS:_____

TOTAL DE LAMINAS NEGATIVAS ENVIADAS:_____

TOTAL DE LAMINAS POSITIVAS ENVIADAS:_____

Nº LAMINAS POSITIVAS	RESULTADO POR CRUCES	BACILOSCOPIA DIAGNÓSTICA SR			BACILOSCOPIA CONTROL DE TRATAMIENTO			OBSERVACIONES
		1°	2°	3°	2°	4°	6°	

DOCUMENTO DEROGADO

NOMBRE JEFE DE LABORATORIO: _____
RESPONSABLE: _____
SELLO:

ANEXO 19

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Fecha de notificación [ ][ ][ ]

1. SIBASI: _____ 2. Establecimiento de Salud: _____

3. Apellidos y Nombres_____
4. No. Expediente: _____

5. Edad: _____ 6.: Sexo M [ ] F [ ] 7. Peso Kgr: _____

8.A Fármaco(s) antiTBC recibidos por el paciente al momento de producirse RAFA 8. A [R] [H] [Z] [E] [S]

8.B Fármaco(s) sospechoso(s) de provocar la(s) reacción adversa 8.B [R] [H] [Z] [E] [S]

9. Las dosis del medicamento fueron administrados de acuerdo al peso del paciente [SI] [NO]

10. Inicio de medicación Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

11. Fecha inicio RAFA Día [ ] mes [ ] año [ ]

12. Fecha de la suspención de fármacos dia [ ] mes [ ] año [ ]

1. [ ] Todos
2. [ ] Sólo el(los) medicamentos sopechoso(s) de provocar RAFA
3. [ ] No se suspendió

13. Reacción adversa (anotar) el(los) número(s) en el (los) casillero(s) de acuerdo a las reacciones que se presentaron según la clasificación señalada del formato. Utilizar un casillero por RAFA.

[ ][ ][ ][ ][ ] Otras: _____

14. Enfermedades asociadas [SI] [NO] En caso afirmativo, cual :_____

USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL EN CASO QUE EL PACIENTE SEA REFERIDO

15. Al retirar el(los) fármaco(s) Hubo Mejoría [SI] [NO]

16. Reexposición a los fármacos

1. [ ] Recurrencia de RAFA 2. [ ] No Recurrencia RAFA 3. [ ] Desconocido 4 [ ] No hubo Reexposición

17. Paciente amerito hospitalización [SI] [NO]

18. Evolución o desenlace
1. [ ] Recuperado 2. [ ] Recuperado con Secuela 3. [ ] Aún no se recupera

4. [ ] Fallecido por RAFA 5. [ ] Fallecido sin relación RAFA 6. [ ] Desconocido

19. Modificación del esquema de tratamiento inicial posterior a evolución RAFA [SI] [NO]

20. Fármaco(s) causante del RAFA retirado(s) del esquema de tratamiento [R] [H] [Z] [E] [S]

Persona que notifica:_____Firma_____

DOCUMENTO DEROGADO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Se deberá notificar las Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA) que se presenten en los pacientes atendidos en su Establecimiento de Salud, debiendo remitir las notificaciones en forma trimestral conjuntamente con el Informe Operacional Trimestral.

Los SIBASI deberán recepcionar las notificaciones enviadas por sus respectivos Establecimientos de Salud y remitirlas al Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis – Ministerio de Salud, conjuntamente con el Informe Operacional Trimestral.

Por favor marcar con una X de acuerdo a la Información solicitada.

REACCIONES ADVERSAS MAS FRECUENTES

H= ISONIACIDA :
Hipersensibilidad general o cutánea
Neuropatía periférica
Sensación de quemazón en los pies
Convulsiones generalizadas
Hepatitis
Síndrome pseudogripal

R= RIFAMPICINA
Intolerancia GI
Naúseas
Fiebre
Orina Roja o anaranjada
Trombocitopenia
Anorexia

Z= PIRAZINAMIDA
Gota (hiperuricemia)
Artralgias
Anorexia
Naúseas
Enrojecimiento de la piel

E= ETAMBUTOL
Neuritis óptica: agudeza visual y visión de colores
Neuritis periférica en miembros inferiores

S= ESTREPTOMICINA
Abceso estéril (en el sitio de la inyección)
Cefaleas
Vómitos
Nistagmo y Vértigo
Tinitus
Sordera
Prurito y Rash
Adormecimiento de extremidades
Insuficiencia Renal

DOCUMENTO DEROGADO

Instructivo para el llenado de la hoja de notificación de Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA)

1. SIBASI: Anotar el nombre del SIBASI al cual pertenece.

2. Establecimiento de Salud: Anotar el nombre del establecimiento de salud donde se presentó la reacción.

3. Apellidos y Nombres: Anotar el nombre completo del paciente con sus apellidos

4. No. de Expediente: Es el número actual de expediente clínico del paciente.

5. Edad: Si es adulto o niño, en años cumplidos, si es menor de un año en meses

6. Sexo: Indicar con una X si es masculino o femenino

7. Peso: Anotar el peso del paciente en kilogramos.

8. **8.A - Fármaco(s) Anti TBC recibidos por el paciente al momento de producirse la RAFA:** Indicar con una X en o los medicamentos que está recibiendo el paciente hasta el momento de la reacción.

   8. B - Fármaco sospechoso (s) de provocar la (s) RAFA: Indicar con una X el o los medicamentos sospechosos de haber provocado la RAFA

9. **Dosis de los medicamentos administrados de acuerdo al peso del paciente:** Señalar con una X SI o NO

10. **Inicio de medicación:** Indicar el día, mes y año (en números). Ej: 05/06/02(5 de junio de 2002)

11. **Fecha de inicio de RAFA:** Indicar el día, mes y año (en números). Ej: 05/06/02 (5 de junio de 2002) de la fecha en la que se inició la reacción adversa.

12. **Fecha de la suspensión de los fármacos:** Indicar el día, mes y año (en números). Ej: 05/0'6/02 (5 de junio de 2002) de la fecha en la cual se han suspendido los fármacos. Señalar numeral 1: si se ha suspendido todos los medicamentos sospechosos de provocar RAFA. Señalar numeral 3: si no se ha suspendido ningún fármaco.

13. **Reacción adversa:** Anotar (en números) y en orden de aparición las reacciones adversas, en los casilleros, según la clasificación señalada en el reverso del formato de llenado y/o especifique otras reacciones adversas encontradas.

DOCUMENTO DEROGADO

14. **Enfermedades asociadas:** Señale con una X si existen o no, especificando que tipo de enfermedad.

Al final de la guía anote la fecha de notificación: Indicar el día, mes y año (en números)

Ej: 05/06/02 (5 de junio de 2002) de la fecha que notificó la reacción adversa.

Anote al final de la guía la persona que notifica y firma: Escriba claramente el nombre completo de la persona que notifica la reacción adversa y su firma.

Llenado exclusivo del Hospital de referencia (Pregunta 15 a 20)

15. **Al referir los fármacos:** En caso de haber suspendido el tratamiento, señale con una X si o no hubo mejoría, en caso afirmativo especifique cual fue la mejoría.

16. **Reexposición a fármaco (s):** En caso que el paciente nuevamente recibió tratamiento. Indique con una X en los numerales: 1. Si nuevamente presentó reacciones adversas. 2. Si no presentó reacciones adversas. 3. Si se desconoce. 4. Si no hubo reexposición a los fármacos.

17. **No hubo reexposición:** Señale con una X, si el paciente ameritó o no hospitalización.

18. **Evolución o desenlace:** Indique con una X en los numerales. Si el paciente se recuperó, se recuperó pero presentó secuelas al medicamento, aún no se ha recuperado, falleció por reacción adversa o se desconoce su desenlace.

19. **Modificación del esquema de tratamiento inicial posterior a la evolución de RAFA:** Señalar con una X si o no el tratamiento del paciente fue modificado después de haber presentado la reacción adversa

20. **Fármaco(s) causante de la RAFA retirado (s) del esquema de tratamiento:** Señale con una X el (los) fármacos que han sido retirados del esquema de tratamiento del paciente.

El establecimiento de salud enviará una copia al SIBASI y al hospital en caso que el paciente sea referido, dejando copia en el expediente del paciente.

El SIBASI enviará una copia al Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 20

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

FICHA CLINICA PARA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Fecha..... No. Expediente.....
1. SIBASI.....
...
2. Establecimiento de Salud.....

I. DATOS GENERALES
3. Nombre del paciente.....
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres
4. Edad:..... 5. Sexo M .....F.....
6: Escolaridad.....
7. Ocupación.....
8. Teléfono:.....
9. Dirección Exacta:.....
10. Tiempo de residencia:.....años .....meses.....semanas.....días .....
11. Procedencia: Urbana ..... Rural .....
12. Nombre de una persona responsable:.....

II. ENFERMEDAD ACTUAL:
13. Fecha de Inicio de Síntomas: .....
14. Tiempo de Enfermedad:..... 15. Forma de Inicio: Brusco ( ) Insidioso ( )
16. Síntomas principales: a. Tos ( ) b. Expectoración ( ) c. Baja de Peso ( ) d. Perdida de Apetito ( ) e. Otros ( ) Especificar.....

III. ANTECEDENTES:

17. ANTECEDENTES PERSONALES:
17.1ANTECEDENTES GENERALES
a. Vivienda Tipo: Mixta..... Adobe..... Bahareque..... Otro .....
b. Personas que habitan en la vivienda:..... Menores de 10 años:..... Mayores de 10 años: .....
c. Hábitos Nocivos: Tabaco ( ) Licor ( ) Drogas ( ).....
d. FUR:..... e. Método de Planificación Familiar que usa.....

17.2 ANTECEDENTES PATOLOGICOS:
a. Enfermedades anteriores SI: ..... NO ..... CUALES .....
b. Tratamiento de tuberculosis anterior(es). SI..... NO.....

Año	BK Inicial	Esquema de Tratamiento	Condición de Egreso	Observaciones

c. Enfermedad(es) asociada (s): SI..... NO ..... Especificar.....
d. Alergia a medicamentos: SI.....NO.....Especificar .....

18. ANTECEDENTES FAMILIARES
Antecedentes de tuberculosis en la familia: SI.....NO.....

DOCUMENTO DEROGADO

Parentesco	Año en que Enfermo	Tipo de Tuberculosis	Lugar de Tratamiento

Otros antecedentes patológicos familiares
Si.....No.....Cuales.....
.....

IV EXAMEN FISICO: Talla:..... Peso:.....
19.1 Signos Vitales: Temp:..... Pulso.....x min F.Resp:.....x min
P.A.....mm/Hg

19.2 Examen Físico (Por sistemas) : .....
.....
.....
.....
19.3 BCG: Si ( ) No ( ) Especificar:.....

V. BACILOSCOPIAS:

18. BK INICIAL	FECHA	RESULTADOS
1ra.		
2da.		
3ra.		
19. CULTIVO PARA BK		

20. Otros exámenes SI ..... NO ..... Especificar cuales .....
.....

21. Radiografía SI .....NO .....Resultado :.....
22. PPD SI .....NO ..... Lectura: .....mm Especificar:.....

VI. DIAGNOSTICO: .....
.....

VII. TRATAMIENTO: Señale con una X el esquema de tratamiento

23. Esquema de tratamiento. Esquema Categoría I ( ) Categoría II ( ) Pediátrico Categoría III ( )

a. Medicamentos Indicados	b. Dosificación	c. Frecuencia	d. Observaciones

.....
Firma y Sello del médico tratante en el
Establecimiento de Salud

DOCUMENTO DEROGADO

EVOLUCION DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Nombre del paciente:.....

Expediente # ..... Fecha ..... Peso.....

Motivo de la consulta o entrevista: a. Término de I fase ( ) b. Término de II fase ( )

c. Reacción Adversa a Medicamento ( ) Nota: Enviar Notificación de RAFA junto con Informe operacional

d. Inasistencia a tratamiento ( ) e. Alta del tratamiento ( )

e. Otros Motivos ( ) Especificar:.....

Examen Bacteriológico de control: Baciloscopía: ( ) Cultivo ( ) Mes correspondiente:.....

Fecha..... Resultado.....No. de Reg. Lab. .....

Otros exámenes auxiliares:.....

Nota: Sólo si fuese necesario

Descripción de síntomas y signos u otros:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conclusión.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicaciones.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma y sello del médico tratante en el
Establecimiento de Salud

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 21

Clasificación de la red de laboratorios clínicos en El Salvador.

Laboratorio tipo I	**Realizan baciloscopías, cultivo, tipificación y sensibilidad.**
Laboratorio tipo II	**Realizan baciloscopías y cultivo**
Laboratorio tipo III	**Realizan solamente baciloscopías**

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 22

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
GUIA DE SUPERVISIÓN

Nivel que supervisa: _____ Departamento/SIBASI: _____
Fecha: _____ Estab. de Salud: _____
Resp. del PCT en el establecimiento de salud: _____

Sintomáticos Respiratórios (SR) Programados: _____ SR Captados _____
S R investigados: _____ Total casos Captados _____ en el Periodo: _____

CATEGORÍA DE INGRESO	NUMERO	%
BK (+) NUEVOS		
BK (-) NUEVOS MENORES DE 10 AÑOS		
BK (-) NUEVOS MAYORES DE 10 AÑOS		
EXTRAPULMONARES		
TB MENINGEA		
RECAIDA BK (+)		
ABANDONOS RECUPERADOS BK (+)		
FRACASO BK (+)		
TOTAL TODAS LAS FORMAS		

Crónicos registrados: _____ en el periodo: _____

Ingresos bk(+) reg. en libro pct – 5: _____ vs. libro de lab pct – 4: ____
en el periodo: _____

Nº DE PCTES. BK+ REG .EN EL LABORATORIO (PCT-4)	Nº PCTES. BK+ REG. EN EL PCT-5	Nº. DE PCTES. BK+ REG. PCT-1

Nº DE DÍAS EN QUE SE DEMORA EL INICIO DEL TRAT. EN PACIENTES BK (+) NUEVOS Y RECAIDAS, SEGÚN RANGO.			
< DE 48 HORAS	DE 2 – 5 DIAS	> DE 5 DIAS	RANGO EN DIAS

Nº de pacientes bk (-) ingresados en el periodo: _____

REG. EN PCT- 5	DX EN EL LAB.	NO SE HIZO BAAR

DOCUMENTO DEROGADO

Tasa de conversión negativa al 2º mes con tratamiento acortado en el periodo_____ tasa _____%

Número de pacientes en retratamiento con cultivo y drogo sensibilidad: _____

Número de sintomáticos respiratorios con dos seriados BAAR (-) y con cultivo_____

RESULTADO DE TRATAMIENTO DEL ESQUEMA ACORTADO Y RETRATAMIENTO BK (+) EN EL PERIODO

EGRESOS	ACORTADO		RETRATAMIENTO	
	No.	%	No.	%
CURADOS				
TTO. TERMINADO SIN BK				
FRACASO				
FALLECIDO				
ABANDONO				
TRASLADO				
TOTAL				

Informe de ingresos y resultados en el periodo: _____ corresponden: _____

¿Se reportan las reacciones adversas?_____ si la respuesta es (no) explique:_____

Existen fracasos, recaídas o abandono BK (+) en los registros SI _____ NO _____
¿como es manejado el paciente? _____

Los datos reflejados en la ficha de tratamiento corresponden con el libro de registro del PCT-5: SI _____ NO _____

¿Existen pacientes con VIH/SIDA/TB? SI _____ NO_____ en el periodo: _____
numero de pacientes: _____

¿Si, existen están recibiendo tratamiento según normas del PCT? Si _____ NO _____
explique: _____

DOCUMENTO DEROGADO

ACTIVIDADES DE LABORATORIO

INDICADOR	Nº.	%
3% DE LA CONSULTA > DE 10 AÑOS DEL AÑO ANTERIOR		
NUMERO DE SR INVESTIGADOS		
NUMERO DE BK (+)		
PORC. DE POSITIVIDAD		
NUMERO DE BK POR SR		

EXISTENCIA DE INSUMOS DE LAB.:

INSUMOS	CANTIDAD
CARBOL FUCSINA EN ML.	
GALONES DE LEJIA	
GALONES DE FENOL	
AZUL DE METILENO EN ML.	
ALCOHOL ACIDO EN ML.	
LAMINAS ESMERILADAS. UNIDADES	
RECOLECTORES DE ESPUTO. UNIDADES	
APLICADORES DE MADERA. UNIDADES	
GALONES DE ALCOHOL 90	

NECESIDADES DE MEDICAMENTOS SEGÚN No. DE PACIENTES EN TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	I FASE DE	II FASE
ACORTADO		
RETRATAMIENTO		
PEDIÁTRICO		
QUIMIOPROFILAXIS		

EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTOS	VENC.	EXISTENCIA	NECESIDAD	RESERVA	PEDIDO
INH 100 mg					
INH 300 MG					
R 300 MG					
R 100 mg./ 5 ML					
Z 500 mg					
E 400 mg					
S 1 gr.					
INH 75mg + R 150mg + Z 400mg + E 275mg					
INH 200mg+ R150mg					

CONCLUSIONES: _____

RECOMENDACIONES: _____

Nombre y firma de los Supervisores_____

_____

_____

DOCUMENTO DEROGADO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS

INFORME DE LA VISITA DOMICILIAR

Primera vez _____ Subsecuente: _____
Fecha: _____ N° de expediente: _____
SIBASI: _____ Establecimiento: _____

I . DATOS GENERALES

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____
Teléfono: _____ Ocupación: _____
Dirección exacta: _____

II- DATOS DE LA ENFERMEDAD

Criterio de ingreso
Pulmonar BK+ ( ) Pulmonar BK-- ( ) Extrapulmonar ( )
Especifique:
Nuevo ( ) Abandono Recuperado ( ) Recaída ( ) Fracaso ( )
Traslado ( ) VIH/SIDA ( ) TAR ( )

III - RESULTADOS BACTERIOLÓGICOS

BK Inicial: Fecha ___/___/___ Resultado _____
Cultivo Inicial: Fecha ___/___/___ Resultado _____
BK de control Fecha ___/___/___ Resultado _____
Fecha ___/___/___ Resultado _____
Fecha ___/___/___ Resultado _____

I V- ESQUEMA DE TRATAMIENTO

1- Categoría I 1° Fase 2-HRZE 6 ( ) 2° Fase 4HR 2 ( )
Numero de dosis _____
2- Categoría II 1Fase 2-HRZES 6/ 1HRZE 6 ( ) 2° Fase 5HRE 3 ( )
Numero de dosis _____
3- Pediátrico 1fase 2-HRZ 6 2° Fase 4HZ 2 ( )
Numero de dosis _____
4 - Tratamiento por multidrogoresistencia _____
5- Quimioprofilaxis _____
6- Medicamentos Combinados ( )
1° Fase _____ 2° Fase _____
Numero de dosis _____ Número de dosis_____

V- ANTECEDENTES PERSONALES

Vivienda:_____ N° de miembros de la familia_____
Saneamiento básico: Agua:_____ Energía eléctrica: _____
Disposición de basuras:_____ Excretas:_____Vectores :_____
Orden y limpieza: _____

Limitaciones Sociales: Drogadicción ( ) Alcoholismo ( )
Indigente ( ) Rechazo de familia ( ) Rechazo social ( ) Empleo: si__ no__
Otros:_____

DOCUMENTO DEROGADO

Condición nutricional: Normal: ( ) Desnutrición ( )
Peso Ascendente: ( ) Peso descendente ( )

Limitaciones Funcionales: Visuales ( ) Auditivas ( )
Neurológicas ( ) Gástricas ( ) Hepáticas ( ) Dermatológicas ( )
Deambulación ( ) Otros ( ) Especifique_____

VI – CONTACTOS IDENTIFICADOS:

Nombre	Investigado	Resultado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VII- RESULTADOS DE LA VISITA

PROBLEMAS ENCONTRADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
1)	
2)	
3)	

Planes para la próxima visita

_____
_____

Metas a corto plazo

_____
_____

Metas a largo plazo

_____
_____

Relación del paciente con la familia y personal de salud

_____
_____

Adherencia al tratamiento _____

Existe en su hogar un familiar con el rol de cuidador
SI_____ NO _____

Frecuencia de la visita _____

Fecha de la próxima visita _____

Firma del paciente _____

Nombre y firma de la enfermera

_____ _____

DOCUMENTO DEROGADO

ANEXO 24

CUADRO RESUMEN DE INDICADORES DE CONFECCION TB/VIH

NOMBRE DEL INDICADOR	CONSTRUCCION DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION
Proporción de Personas que viven con infección por VIH a quienes se les realizo pruebas para detectar TB	Numero total de personas diagnosticadas con VIH en un periodo de tiempo determinado y que se les han realizado pruebas para detectar TB en el periodo / Numero total de personas nuevas diagnosticadas con infección por VIH en un periodo de tiempo determinado x 100	Base de datos de Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA mas Libro de registro de SR (PCT-2) y/o registro de PPD o Rx u otro.
Proporción de casos nuevos de TB detectados en las personas que viven con infección por VIH	Numero de casos nuevos de TB en personas que viven con VIH-SIDA en el periodo / Numero de personas que viven con infección por VIH y se les ha realizado pruebas para detectar TB x 100	Libro de registro de casos de Tuberculosis (PCT 5) y FVIH03
Proporción de casos de TB con prueba diagnostica positiva para VIH	Numero de nuevos casos con TB todas las formas mas VIH en un periodo de tiempo determinado / Total de casos de TB todas las formas en un periodo de tiempo determinado X 100	Libro de registro de casos de Tuberculosis (PCT 5)
Proporción de personas que viven con infección por VIH recibiendo Quimioprofilaxis con Isoniacida	Numero total de personas con infección por VIH que reciben Quimioprofilaxis con Isoniacida en el periodo / Total de personas que viven con infección por VIH a los que se les descarto TB y que cumplen criterios para recibir Quimioprofilaxis en el periodo x 100	Base de datos del Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA y libro de registro de quimioprofilaxis
Proporción de casos TB mas VIH recibiendo profilaxis con Cotrimoxazole	Numero total de pacientes TB mas VIH que reciben Cotrimoxazole en el periodo / Total de casos TB mas VIH detectados en el período X 100	Libro de registro de casos de Tuberculosis (PCT 5) mas expediente clínico y FVIH03
Proporción de casos de TB que se realizan la prueba y reciben consejería pre prueba y posprueba	Numero de casos con Tuberculosis que se les realiza la prueba para VIH y reciben consejería pre prueba y pos prueba / Total de casos de Tuberculosis todas las formas X 100	Libro de registro de casos de Tuberculosis (PCT 5)

DOCUMENTO DEROGADO

Nómina de participantes en la revisión de la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

• Dr. Julio Garay Ramos	Jefe PNT
• Dra. Amalia De Paz de López	Hospital Nacional Rosales
• Dra. Mercedes Menjívar	Hospital Nacional Rosales
• Dr. Rolando Cedillos	Hospital Nacional Rosales
• Dr. Walter Armendáriz	HNSJD San Miguel
• Dra. Orbelina de Palma	Unidad de Epidemiología
• Dra. Amanda A. de Rodríguez	Hospital Nacional Saldaña
• Lic. Sandra Damas	Hospital Nacional Saldaña
• Dr. Henry Alfaro	Hospital Nacional Saldaña
• Dra. Silvia Marenco	Hospital Nacional Saldaña
• Dr. Juan Carlos Duran	Prog. Nac. ITS/VIH-SIDA
• Dr. Douglas Martí	Policia Nacional Civil
• Dra. Mirna de López	Policía Nacional Civil
• Lic. Gilma Rodríguez	SIBASI Santa Ana
• Lic. Sara de Majano	SIBASI La Unión
• Lic. Efraín Campos	SIBASI Chalchuapa
• Lic Irma Alicia Contreras	SIBASI San Vicente
• Lic. Vilma Elena Martínez	ETZ Metropolitana
• Lic. Lisseth Ruiz	ETZ Central
• Dr. Enrique Posada	Hospital Bloom
• Dr. Adán Figueroa	Hospital Bloom
• Dr. Mauricio Romero	Hospital Bloom
• Dr. Luís Castaneda	Hospital Bloom
• Dr. Mario Gamero	Hospital Bloom
• Dr. Rafael Chacón	Hospital Bloom
• Lic. Bessy de Peñate	Unidad de Salud Barrios
• Dra. Daysi Machuca	Unidad de Salud Barrios
• Dra. Margarita de Montano	U. de S. San Marcos

DOCUMENTO DEROGADO

• Lic. Alicia de Lovo	ISSS
• Dr. Francisco González Molina	ISSS
• Dr. Carlos Hernández O.	ISSS
• Dra. Sara Granadino	ISSS
• Dra. Carolina de Pérez	ISSS
• Dr. Pedro Calderón	ISSS
• Lic. Cecilia Solis	ISSS
• Dra. Rosario Figueroa	Hospital San Rafael
• Dra. Cecilia Guandique	D. G. de Centros Penales
• Lic. Margarita Ramírez	Laboratorio Central
• Lic. Fidelia de Platero	Laboratorio Central
• Lic. René Guevara Hernández	Sup. Laboratorio PNT
• LIC. Marta Isabel C. de Abrego	Enfermera PNT
• Lic. Laura Edith Ramos Estrada	Educadora PNT
• Dr. Mario Rafael Soto	Médico PNT
• Dr. Francisco Castillo	Médico PNT
• Dra. Evelyn Roxana Castro	Médico PNT

DOCUMENTO DEROGADO

Asesoría Técnica:

- Dr. José Antonio Caminero Luna
  Asesor Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias

- Dr. Raymond Armengol
  Asesor OPM/OMS Washington

La revisión y actualización de esta normativa ha estado conducida por el equipo técnico del Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

Esperamos que se convierta en un documento de apoyo técnico para todas las instituciones que proveen atención en salud a la población.

Expresamos nuestro agradecimiento a todas las personas que dieron su aporte para que este documento reúna todos los lineamientos y bases técnicas necesarias para ofrecer una atención integral, con calidad y calidez a la población, con miras a eliminar la tuberculosis como un problema de salud pública en El Salvador.

Este documento ha sido impreso gracias al apoyo financiero del Proyecto del Fondo Global.

DOCUMENTO DEROGADO

Tercera Edición (Versión corregida).
Consta de 500 ejemplares
Consulte nuestro sitio Web www.mspas.gob.sv
Impreso por:
Impresos Múltiples, S.A. de C.V.
Mayo de 2008
San Salvador, El Salvador, C. A.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

INSTITUCIÓN: _____

AREA/DEPENDENCIA: _____

REGIÓN: _____

SIBASI: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

DOCUMENTO DEROGADO

DOCUMENTO DEROGADO

En la lucha contra la Tuberculosis participamos todos.

DOCUMENTO DEROGADO