



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Módulos de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis para el Personal de Salud

Tratamiento de personas con Tuberculosis

3

N
WF
300
0089
2011

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. Dirección Superior del Ministerio
de Salud. **Módulo 3: Tratamiento de Personas con Tuber-
culosis/** Ministerio de Salud. Managua. MINSa, Mayo 2011

114p. ilus, graf
(Normativa 065; contiene soporte jurídico; AM-165-2011)

(Módulo de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis para
el personal de Salud No. 3)

- 1.- Atención Integral a las Personas con Tuberculosis (Desc. Local)
- 2.- Elección del Esquema de Tratamiento (Desc. Local)
- 3.- Procedimiento de la Atención al Paciente con Tuberculosis
(Desc. Local)
- 4.- Clasificación del Paciente con Tuberculosis (Desc. Local)
- 5.- Identificación del Tipo de Paciente (Desc. Local)
- 6.- Esquema Farmacológico (Desc. Local)
- 7.- Determinar las Características o Condiciones de las Personas con
Tuberculosis (Desc. Local)
- 8.- Atención del Paciente
- 9.- Personal de Salud

Ficha Bibliográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

©MINSa 2011

Créditos

Dirección Superior del Ministerio de Salud

Dra. Sonia Castro	Ministro de Salud
Dr. Elías Guevara	Vice Ministro de Salud
Dr. Enrique Beteta	Secretario General

Grupo que elaboró el documento

Dr. Francisco Maldonado	Coordinador Nacional del Componente Nacional de Control de la Tuberculosis
Dr. Luís Chacón	Responsable del departamento de Micobacterias del CNDR
Dr. Pedro Leiva	Técnico de VIH-SIDA del Ministerio de Gobernación
Dra. Martha Jiménez	Técnico de TB del Ministerio de Gobernación
Dra. SAGRARIO Benavides	Directora de Servicios Preventivos del INSS
Dra. Norma Galeano	Docente de la UNAN Managua
Dr. Charles Wallace	Docente de la UNAN Managua
Dra. Francisca Marín	Médico de la Fundación Damián
Dr. Antoon Bongaerts	Representante para América Latina de la Fundación Damián Bélgica
Lic. Martha Pérez	Enfermera de apoyo a la ejecución de proyectos de la FDB

Comisión Nacional para Aprobación de Normas, Manuales y Protocolos:

Lic. María del Rosario Sandino	DGRS
Dr. Waldo Fonseca Larios	DCDI-MINSA
Lic. Carlos Hermógenes Bonilla	Asesoría legal- MINSA
Dr. Guillermo Gosebruch	DEECA-MINSA
Lic. Maritza Cáceres López	DGPD - MINSA
Dra. Senobia Sequeira	DIM - MINSA
Dra. Luisa Amanda Campos	Vigilancia para la salud-MINSA



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 165 - 2011

ACUERDO MINISTERIAL
No. 165 - 2011

SONIA CASTRO GONZÁLEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",

Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 165 - 2011

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que con fecha 12 de Mayo del 2011, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "Módulos de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis para el Personal de Salud": 1) Introducción y Epidemiología de la Tuberculosis; 2) Detección de Casos de TB; 3) Tratamiento de Personas con Tuberculosis; 4) Control de Infecciones de Tuberculosis; 5) Consejería en TB; 6) Coinfección TB/VIH; 7) Tuberculosis Multidrogorresistente; y 8) Indicadores de Monitoreo del Control de la TB", cuyo objetivo es poner a disposición del personal de salud las herramientas que favorezcan la atención integral a las personas afectadas con Tuberculosis a fin de asegurar la calidad de vida de este grupo de población y de sus familias.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueban los documentos denominados "Módulos de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis para el Personal de Salud": 1) Introducción y Epidemiología de la Tuberculosis; 2) Detección de Casos de TB; 3) Tratamiento de Personas con Tuberculosis; 4) Control de Infecciones de Tuberculosis; 5) Consejería en TB; 6) Coinfección TB/VIH; 7) Tuberculosis Multidrogorresistente y 8) Indicadores de Monitoreo del Control de la TB"; los cuales forman parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y los referidos documentos a los Directores de SILAIS y a los Directores de establecimientos de salud públicos y privados, que diagnostiquen y brinden atención a pacientes con tuberculosis, incluyendo los procesos comunitarios.



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



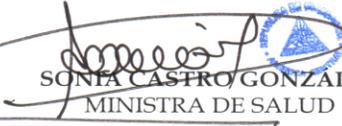
Acuerdo Ministerial No. 165 - 2011

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Extensión de la Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento de los "Módulos de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis para el Personal de Salud", enumerados en el Acuerdo Primero, estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los trece días del mes de Mayo del año dos mil once.


SONIA CASTRO GONZÁLEZ
MINISTRA DE SALUD



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

Índice

MÓDULO 3: **Tratamiento de Personas con TB**

7	Presentación
8	Objetivo general y específicos de los módulos
10	Introducción

Sesión 1.

Determinar el tipo, características o condiciones del PATB y elegir el esquema apropiado de tratamiento.

11	1.1.	El diagnóstico de la tuberculosis
13	1.2.	Determinar el tipo de PATB
14	1.3.	Determine las características o condiciones de la persona con TB
18	1.4.	Evalúe la necesidad de interconsulta con otros especialistas
18	1.5.	Reconozca el esquema de tratamiento apropiado para la PATB
21	1.6.	Registre el diagnóstico y el esquema terapéutico en la Historia Clínica
21	1.7.	Solicite el esquema terapéutico del PATB

Sesión 2.

Conocer los medicamentos antituberculosos

22	2.1.	Generalidades sobre los medicamentos
24	2.2.	Fármacos de primera línea
26	2.3.	Fármacos de segunda línea
27	2.4.	Cómo leer el código estándar
29	2.5.	Características de los esquemas de tratamiento
31	2.6.	Esquemas de tratamiento establecidos en Nicaragua

Sesión 3.

Proporcionar la terapia preventiva (Quimioprofilaxis)

35	3.1.	Proporcione terapia preventiva a los contactos
35	3.1.1.	La quimioprofilaxis a contactos menores de 5 años
36	3.1.2.	La quimioprofilaxis a recién nacidos.
36	3.2.	Proporcione quimioprofilaxis a personas VIH positivo

- 36** 3.3. Contactos mayores de 5 años y adultos.
- 36** 3.4. Indicación de la quimioprofilaxis en otras situaciones.

Sesión 4.

El Tratamiento Directamente Observado (TDO).

- 39** 4.1. El Tratamiento Acortado Directamente Observado
- 39** 4.2. Educar a la persona sobre dónde y cómo recibirá el TDO
- 40** 4.3. La aplicación del TDO fuera del Unidad de Salud
- 40** 4.4. Aplicar el TDO
- 40** 4.5. Si la persona con TB está siendo observada por un promotor comunitario capacitado
- 42** 4.6. La referencia del PATB a otra Unidad de Salud

Sesión 5.

Cómo manejar las reacciones adversas a los medicamentos (RAFAS)

- 44** 5.1. La importancia de la cooperación del PATB para prevenir e identificar precozmente las RAFAS
- 44** 5.2. Probables causas de RAFAS
- 45** 5.3. Detección de las RAFAS
- 46** 5.4. Reconocer y manejar las RAFAS
- 46** 5.5. Registre sus observaciones de las RAFAS
- 47** 5.6. Continúe brindando información sobre TB

Sesión 6.

El ingreso, seguimiento y monitoreo de las PATB's con TB

- 51** 6.1. La relación con la persona con TB
- 51** 6.2. Entrevista de enfermería
- 53** 6.3. La visita domiciliar a la PATB
- 53** 6.4. Controles del progreso del tratamiento
- 55** 6.4.1. El envío de la muestra para la baciloscopía y cultivo de control
- 55** 6.5. Hospitalización de la PATB

Sesión 7.

Determinar los resultados del tratamiento

- 57** 7.1. ¿Qué es la adherencia al tratamiento?
- 57** 7.2. ¿Qué es la concordancia?
- 58** 7.3. ¿Qué es la no adherencia?
- 58** 7.4. Razones para la no adherencia
- 59** 7.4.1. Factores del servicio de salud
- 60** 7.4.2. Factores de la persona con TB
- 61** 7.5. Intervenciones posibles por factores de riesgo
- 61** 7.5.1. Factores del servicio de salud
- 63** 7.5.2. Factores de la persona con TB

Sesión 8.

Calidad de la atención

- 65** 8.1. Calidad de la atención

Sesión 9.

Seguimiento de PATB irregulares

- 67** 9.1. Personas con TB irregulares
- 67** 9.2. Haga los arreglos para las PATB que viajan
- 68** 9.3. Cómo marcar la tarjeta de tratamiento de la PATB
- 71** 9.4. Realice visitas domiciliarias para PATB irregulares
- 74** 9.5. Ubique a las personas con TB que están en riesgo de abandono al tratamiento

Sesión 10.

Las referencias y contrarreferencias del paciente

- 75** 10.1. Coordine las referencias de la PATB
- 75** 10.1.1. Coordinar con la nueva unidad de salud
- 75** 10.1.2. Explicar a la PATB el proceso de referencia
- 75** 10.1.3. Llenar la hoja de referencia y contrarreferencia de PATB

- 79** 10.1.4. Preparar los medicamentos para ser enviados a la nueva unidad de salud
- 79** 10.1.5. Obtener la respuesta de la unidad de salud que recibirá a la PATB
- 79** 10.1.6. Registrar los resultados de la PATB en la tarjeta de tratamiento.

Sesión 11.

Determinar los resultados del tratamiento

- 81** 11.1. Condiciones de egreso de la PATB
- 83** 11.2. Decida la acción apropiada necesaria
- 83** 11.2.1. Si su condición de egreso es curado
- 83** 11.2.2. Si su condición de egreso es tratamiento terminado
- 83** 11.2.3. Si su condición de egreso es Fracaso
- 84** 11.2.4. Si su condición de egreso es Traslado
- 85** 11.2.5. Si su condición de egreso es Abandono
- 85** 11.2.6. Si su condición de egreso es fallecido por o con TB.

Sesión 12.

Los registros y formularios que se usan en el tratamiento de la TB

- 86** 12.1. Registros que se utilizan en la administración del tratamiento de los PATB's con TB.
- 86** 12.2. Importancia de los registros y su uso.
- 87** 12.3. Llenado de registros antes de iniciar y durante el tratamiento
- 87** 12.3.1. Registro al paciente en el Libro de Registro de pacientes con tuberculosis.
- 92** 12.3.2. Ficha de Tratamiento de PATB.
- 98** 12.3.3. Llenado de la Tarjeta del paciente.
- 101** 12.3.4. Llenado del pedido de Examen Bacteriológico (BAAR).
- 107** Anexos

Presentación

Para el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional el derecho a la salud es pilar fundamental de las Políticas del Estado. En tal sentido reconoce que el acceso universal a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados a la Tuberculosis es necesario para hacer efectivo el derecho que toda persona tiene de gozar del más alto nivel posible de salud, en este contexto Nicaragua ha asumido compromisos e implementado acciones en la ruta hacia el acceso universal a los servicios de atención de dicho padecimiento.

En países como el nuestro donde la Tuberculosis es aún un grave problema de salud pública, la capacitación y el entrenamiento constante del personal de salud desempeñan un rol gravitante para garantizar la calidad en la atención de los pacientes con TB o con sospecha de TB. La búsqueda constante de la excelencia de los servicios, motiva a la elaboración de normas, guías y módulos que sirvan para la capacitación del personal de salud en el Control y la Prevención de la Tuberculosis.

Estos Módulos enseñarán las técnicas y conocimientos que los trabajadores de salud necesitan para realizar las siguientes actividades: detectar y diagnosticar oportunamente casos de TB; administrar oportunamente tratamientos anti tuberculosis; asegurar la continuidad del tratamiento; manejar los medicamentos e insumos; controlar la transmisión dentro del establecimiento; mejorar la comunicación entre el personal de salud y el paciente y analizar la información recolectada para tomar decisiones y realizar acciones oportunas que los trabajadores de la salud deben de realizar para responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad y respeto, como lo indica el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Estos documentos promueven el trabajo coordinado entre los establecimientos de salud de los SILAIS permitiendo el fortalecimiento de las redes de servicios en sus niveles de atención a fin de garantizar el derecho de los pacientes al mayor nivel de salud posible.

Objetivo General de los módulos:

Poner a disposición del personal de salud las herramientas que favorezcan la atención integral a las personas con Tuberculosis contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Campo de aplicación:

Estos Módulos pueden ser utilizados como textos de consulta durante todo el proceso de capacitación, así como durante la realización de sus actividades en las Unidades de Salud públicas o privadas.

Población objeto:

Toda persona sospechosa o diagnosticada con tuberculosis que asista a demandar atención en las unidades y establecimientos de salud públicos y privados.

Está dirigido a personal de salud que atiende los diferentes niveles de atención, en las unidades de atención del MINSA, en las clínicas médicas previsionales de la Seguridad Social y en las clínicas y hospitales privados del país.

Objetivos específicos: En este módulo los participantes aprenderán a:

Sesión 1

- Elegir el esquema de tratamiento adecuado.

Sesión 2

- Conocer los medicamentos anti tuberculosis.

Sesión 3

- Proporcionar oportunamente la terapia preventiva para los contactos de la PATB.

Sesión 4

- Brindar Tratamiento Directamente Observado.

Sesión 5

- Reconocer las reacciones adversas y saber qué hacer.

Sesión 6

- Cómo monitorear el tratamiento de la persona con TB.

Sesión 7

- Diferenciar cuáles son los factores que impiden que las PATB sean adherentes.

Sesión 8

- Reconocer las características de una buena calidad de atención.

Sesión 9

- Conocer la importancia de realizar seguimiento a las PATB irregulares.

Sesión 10

- Coordinar la transferencia de una PATB que cambia de domicilio.

Sesión 11

- Determinar los resultados del tratamiento.

Sesión 12

- Llenar los registros y formularios que se usan en el tratamiento de la TB.

Nota: algunos de los pasos de estos procedimientos se describen en el orden adecuado en la secuencia de

Introducción

Este Módulo describe cómo tratar a las personas con TB. Para tratar a las personas con TB es necesario identificar el tipo de paciente (nuevo o antes tratado), identificar qué características o condiciones tiene e indicar el esquema de tratamiento que le corresponde. El personal de salud tiene que conocer los medicamentos anti tuberculosis que el paciente toma y cómo manejará los efectos adversos que puedan ocasionar. Además, tiene que saber administrar el tratamiento y monitorear el progreso del paciente a través de exámenes de control, para saber si el paciente se está curando o si es necesario tomar otra acción.

Si los medicamentos anti tuberculosis se toman incorrectamente o con irregularidad, la persona no se curará y podría desarrollar resistencia al medicamento. La enfermedad se prolongará y será más difícil de tratarla en el futuro. Por lo tanto, es muy importante que los pacientes con TB tomen sus medicamentos de manera correcta y adopten adecuados estilos de vida para que se curen, con un riesgo mínimo de recaída.

Los trabajadores de salud deben tener una función activa para garantizar que toda persona tome todos los medicamentos prescritos, siguiendo el horario y las dosis correctas por el período apropiado. La única forma de garantizar esto es que el trabajador de salud o un promotor comunitario capacitado en TB vean que el paciente ingiera los medicamentos. A esto se le denomina Tratamiento Directamente Observado (TDO).

El efecto del tratamiento en pacientes con TB debe ser monitoreado a través del examen de esputo de control o seguimiento y, para los casos de TB extrapulmonar y TB MDR, también con cultivo. En esquemas primarios los frotis de esputo negativos en momentos específicos indican un buen progreso del tratamiento, lo cual alienta al paciente y al trabajador de salud responsable de supervisar el tratamiento. Asimismo, se requieren exámenes de esputo de control al finalizar el tratamiento para determinar si el paciente con TB está curado o no.

A continuación se presenta un resumen de los procedimientos para tratar los casos de TB.

Al inicio:

- Determine el tipo de paciente, sus características y condiciones.
- Determine si el paciente tiene riesgo para tener TB MDR.
- Seleccione el esquema de tratamiento del paciente.
- Prepare la Tarjeta de Tratamiento del paciente.
- Informe al paciente y a su familia acerca de la TB y su tratamiento. De manera permanente:
- Observe y asegúrese de manera directa que el paciente se está tomando el medicamento y registre el tratamiento farmacológico en la fase que corresponde.
- Controle si el paciente presenta reacciones adversas.
- Siga brindando información al paciente y apoyándolo para continuar con el tratamiento.

En intervalos específicos:

Sesión 1

Determinar el tipo, características y condiciones del paciente y elegir el esquema apropiado de tratamiento

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Enumerar las cuatro diferentes maneras de diagnosticar la de tuberculosis pulmonar.
- Explicar cómo se determina si la persona tiene el tipo de “nuevo” o “antes tratado”.
- Elegir el esquema de tratamiento adecuado.

El primer paso en el tratamiento de una persona con un diagnóstico de tuberculosis es identificar el tipo de paciente (nuevo o antes tratado), identificar qué características o condiciones tiene y elegir el esquema de tratamiento que le corresponde. Basado en el tipo de paciente y sus condiciones, será necesario decidir el esquema de tratamiento que el paciente recibirá. Es muy importante asegurar que el paciente reciba el esquema adecuado. De no ser así se puede amplificar la resistencia del bacilo y dificultar la curación del paciente.

1.1 El diagnóstico de la tuberculosis

En Nicaragua todas las formas de diagnóstico de tuberculosis son una responsabilidad médica. El médico tratante es el médico encargado de la atención de personas con TB en el Unidad de salud.

Para llegar al diagnóstico de TB, el médico debe determinar la localización de la enfermedad a partir de los resultados del examen baciloscópico, determinar el tipo de paciente e identificar sus características o condiciones para, con todo ello, elegir el esquema de tratamiento correcto.

Existen dos posibles clasificaciones según el lugar anatómico de la enfermedad:

- TB Pulmonar (TBP): enfermedad que afecta el pulmón.
- TB Extrapulmonar (TBEP): enfermedad que afecta otros órganos distintos a los pulmones; por ejemplo: ganglios linfáticos, huesos y articulaciones, tracto genitourinario, meninges, pleura, intestinos, etc.

TB Pulmonar

Hay cuatro formas de diagnosticar la TB pulmonar:

- 1. Con frotis de esputo positivo:** se considera así cuando los bacilos tuberculosos se encuentran en el esputo examinado con microscopio y se debe considerar, por lo tanto, como TB pulmonar frotis positivo (BK+).
- 2. Con frotis de esputo negativo y cultivo positivo:** se considera cuando el examen bacilosκόpico directo es negativo (dos seriados), pero el cultivo es positivo. Generalmente el cultivo se realiza cuando existe radiografía sugestiva de TB y, además, persisten los síntomas clínicos; y puede haber antecedentes de contacto con personas con TB (antecedentes epidemiológicos).
- 3. Con frotis de esputo negativo y cultivo negativo:** se considera cuando el examen microscópico es negativo y además el cultivo es negativo, pero los signos y síntomas son sospechosos para TB y hay una radiografía sugestiva de TB.
- 4. Sin confirmación bacteriológica:** son casos de TB pulmonar en menores de 15 años a los que no se pudo realizar el examen bacilosκόpico pero se tienen otros exámenes como los antecedentes epidemiológicos, rayos X sugestiva de TB, PPD positivo y otros que son considerados para el diagnóstico de TB pulmonar infantil y se debe considerar como TB pulmonar sin confirmación bacteriológica.

TB Extrapulmonar

Hay tres formas de diagnóstico de TB extrapulmonar:

- 1. Con confirmación bacteriológica:** se detecta cuando los bacilos tuberculosos se encuentran en la muestra examinada (BK o cultivo) y se debe considerar como TB extrapulmonar con confirmación bacteriológica.
- 2. Con confirmación histopatológica:** se determina por la presencia de granuloma de tipo “específico” (caseoso o granuloso) en tejidos a la microscopía óptica. Se le debe considerar como TB extrapulmonar con confirmación histopatológica.
- 3. Sin confirmación:** se determina cuando no se detecta presencia de *M. tuberculosis* ni de granuloma de tipo específico, pero existe alta sospecha de TB. El diagnóstico se considera de TB extrapulmonar sin confirmación.

- Es importante recordar que el médico que define el diagnóstico del paciente debe registrar el diagnóstico como se especifica en cada uno de los rubros anteriores en la historia clínica y la receta del paciente.
- La enfermera debe registrar el mismo diagnóstico en el **Libro de Registro de Pacientes** y en la **Tarjeta de Tratamiento** tal como se explicará en la sesión 8.

1.2. Determinar el tipo de PATB

Tómese el tiempo necesario para conversar con el paciente con TB y escúchelo con atención.

Es necesario determinar el tipo de paciente e identificar sus características o condiciones para poder elegir el esquema correcto. Esta información se debe conseguir en la entrevista inicial con el paciente. Tómese el tiempo necesario para conversar con él y escúchelo con atención. Hágale varias preguntas para averiguar si ha recibido tratamiento anteriormente, y explíquele por qué es importante esta información. De no ser así, el paciente puede omitir información sobre cualquier tratamiento anterior, presentarse como un caso nuevo y recibir un esquema incorrecto.

El tipo de paciente puede ser:

- **Nuevo:** Es aquel paciente que nunca ha recibido tratamiento contra la TB o que ha tomado medicamentos anti tuberculosis por un periodo menor de 30 días.
- **Recaída:** es el paciente con un nuevo episodio de actividad tuberculosa (baciloscopia o cultivo positivo), después de haber completado un tratamiento exitoso (curado).
- **Vuelto a Tratar o Abandono recuperado:** Pacientes que han abandonado cualquiera de los esquemas por 30 días consecutivos y se presentan de nuevo con baciloscopia positiva. (Los vueltos a tratar con BAAR (-) continúan el esquema que recibían al momento de abandonar y deben completar lo que faltaba de ese tratamiento).
- **Fracaso:** es un concepto bacteriológico. Es el paciente que a pesar del tratamiento acertado bajo supervisión y con toma según el esquema, continúa con baciloscopia positiva al quinto mes de tratamiento o que se negativiza en los primeros meses y antes de terminar el período de tratamiento se vuelve positivo.

Es muy importante determinar si la persona ha sido tratada anteriormente por TB porque pueden haber adquirido alguna resistencia a fármacos y podrían requerir un esquema de tratamiento distinto al de los nuevos pacientes.

En algunos casos el paciente conoce si es nuevo o antes tratado. Sin embargo, en muchos casos el personal de salud tendrá que obtener esta información. Será necesario hacerle varias preguntas sobre sus antecedentes. Por ejemplo: se debe preguntar al paciente si ha tomado alguna vez medicamentos para el tratamiento de TB. Si los ha tomado, averigüe por cuánto tiempo y si completó todo el esquema o cuándo lo interrumpió y si es posible, dónde lo recibió. Es muy importante determinar si la persona ha sido tratada anteriormente por TB porque pueden haber adquirido alguna resistencia a fármacos y podrían requerir un esquema de tratamiento distinto al de los nuevos pacientes.

Si cree que un paciente está ocultando un tratamiento anterior de TB, explíquelo que los pacientes nuevos no reciben medicamento s mejores que los

medicamentos y duración del tratamiento. El esquema de tratamiento para pacientes nuevos puede no funcionar para un caso tratado anteriormente. A continuación se presenta una lista de preguntas para hacer al paciente.

• *¿Alguna vez ha recibido tratamiento de tuberculosis?
¿Le dijeron que tenía sombra o humo en los pulmones? ¿Le dijeron que estaba dañado de los pulmones? ¿Asma? ¿Neumonía? (Utilizar otras expresiones locales)*

Si la persona ha tenido tuberculosis, a veces no conoce el diagnóstico o no quiere decirlo porque es más aceptable decir que tenía “bronquios”, “agua en los pulmones”, “asma” o “neumonía” (por el miedo al rechazo).

• *¿Se le ha administrado alguna vez inyecciones por más de una o dos semanas? ¿Por qué?*

Si una persona ha sido inyectada por más de una o dos semanas, existe la probabilidad de que el medicamento haya sido estreptomicina.

• *¿Alguna vez ha tomado medicamentos que han hecho que su orina sea rojiza o anaranjada?*

Si el paciente ha tomado algún medicamento que hizo que su orina se tornara rojiza-anaranjada, es probable que haya tomado rifampicina.

• *¿Alguna vez usted ha tenido tos con sangre?*

Algunas personas presentan hemoptisis, por lo que son llevadas a emergencia y, una vez que han dejado de sangrar, las refieren al componente de TB para iniciar el tratamiento, pero no regresan.

Si cree que una persona está ocultando un tratamiento anterior de TB, explíquelo que los pacientes nuevos no reciben medicamentos mejores que los pacientes nuevamente tratados (retratados). Los pacientes retratados requieren un esquema con mayor cantidad de medicamentos y tiempo de duración que los pacientes nuevos.

1.3. Determine las características o condiciones de la persona con TB

La gran mayoría de las personas iniciará su tratamiento sin complicaciones. Sin embargo, hay personas que tienen características o condiciones especiales que requieren atención especial para determinar qué esquema van a recibir.

En particular, el personal de salud debe estar atento para poder identificar personas que manifiesten alguna de estas condiciones:

Renal Crónica (IRC).

- Tienen factor de riesgo para TB MDR.
- Están embarazadas.
- Usan anticonceptivos orales.
- Están lactando.

Personas con VIH en tratamiento con antirretrovirales

Se debe conocer si la persona tiene alguna enfermedad concomitante (VIH/SIDA) porque es necesario solicitar pruebas adicionales como conteo de CD4, cultivo, prueba de sensibilidad, y tipificación de la micobacteria. Además, las personas que tienen enfermedades renales, hepáticas, o que producen inmunosupresión, requieren ser evaluadas previamente por especialistas y hacerse exámenes de laboratorio, para compensar su estado de salud y determinar con mayor precisión las dosis de los medicamentos o agregar o quitar determinado fármaco. (Ver módulo de coinfección).

El personal de salud obtendrá información del paciente en el momento del diagnóstico como, por ejemplo: si el paciente es VIH positivo o tiene otro factor de riesgo para TB MDR. Sin embargo, en muchos casos el personal de salud tendrá que determinar las condiciones del paciente, por lo que será necesario hacerle varias preguntas sobre su estado actual.

Las personas con TB y con infección de VIH o VIH/SIDA pueden experimentar un empeoramiento temporal de los signos y síntomas (Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológico después de comenzar el tratamiento de TB.

Las personas con TB y con infección de VIH o VIH/SIDA pueden experimentar un empeoramiento temporal de los signos y síntomas (Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológico) después de comenzar el tratamiento de TB.

En los pacientes con TB infectados con VIH, el tratamiento con antirretrovirales puede interactuar con el tratamiento de TB, específicamente rifampicina, reduciendo la eficacia de los antirretrovirales y de los medicamentos anti tuberculosis e incrementando el riesgo de toxicidad de los medicamentos.

En estos casos, la prioridad es tratar la TB. Las opciones son: postergar el tratamiento con antirretrovirales hasta que se complete el tratamiento de TB; postergar hasta completar la fase inicial y utilizar isoniacida y Etambutol en la fase de continuación; o utilizar los antirretrovirales que tengan menos probabilidad de interactuar con los medicamentos antituberculosos.

El componente TB en coordinación con el de VIH/SIDA tomará esta decisión. (Ver módulo de coinfección).

Personas con factor de riesgo para TB MDR

Es importante identificar, lo antes posible, a las personas con posibilidad de tener TB MDR, para evitar la amplificación de la resistencia y poder curar al paciente más rápido.

Es importante identificar, lo antes posible, a los pacientes con posibilidad de tener TB MDR, para evitar la amplificación de la resistencia y poder curar al paciente más rápido. Para identificar casos de TB MDR más oportunamente, El Componente de Control de la TB (CCTB) ha identificado grupos de riesgo para TB MDR. Los pacientes que se encuentren en estos grupos de riesgo tienen que ser evaluados prioritariamente por el Comité MDR departamental para llegar a un diagnóstico definitivo. (Ver módulo TB – MDR).

Embarazo

Pregunte a las pacientes mujeres la fecha de su última menstruación, si están embarazadas o si es posible que estén embarazadas.

La mayoría de los medicamentos anti tuberculosis son seguros para ser utilizados durante el embarazo, a excepción de la estreptomycin.

~~No administre estreptomycin a una mujer embarazada~~ puesto que puede provocar sordera permanente al bebé. La mujer embarazada que tiene TB debe ser tratada, pero su esquema de medicamentos no debe incluir estreptomycin. Se recomienda asociar piridoxina con la isoniacida.

Refiera a la paciente embarazada con TB a un médico para el control prenatal y se pueda así trabajar en conjunto.

La mayoría de los medicamentos anti tuberculosis son seguros para ser utilizados durante el embarazo, a excepción de la estreptomycin.

Anticonceptivos orales

En pacientes en edad fértil que reciben anticonceptivos orales es importante recordar que la rifampicina interactúa con estos medicamentos con un riesgo de disminuir la protección contra el embarazo, por lo que debe derivar a la paciente al médico para que pueda elegir entre las opciones que el médico le recomiende mientras recibe el tratamiento con rifampicina.

- Podría utilizar otra forma de anticonceptivo (métodos de barrera o DIU).
- Recomendar planificación familiar en el curso de cualquier tratamiento de TB.

La mujer y el bebé deben mantenerse juntos y el bebé debe continuar

Lactancia

Una mujer lactante con TB puede seguir tratamiento con un esquema apropiado para la clasificación de su enfermedad y tratamiento previo. La mujer y el bebé deben mantenerse juntos y el bebé debe continuar con su lactancia de manera normal. Sin embargo, debe seguir las recomendaciones explicadas en la sesión 3 de este Módulo.

Pregúntele

Para determinar si la persona vive o tiene contacto cercano con personas que tienen tuberculosis:

- ¿Algún familiar cercano ha tenido tuberculosis? ¿Ha estado mal de los pulmones?
- ¿Algún familiar cercano ha tomado varias pastillas por más de un mes?
- ¿A algún familiar cercano le han colocado inyecciones por más de una o dos semanas? ¿Por qué?
- ¿Alguna vez algún familiar cercano ha tenido tos con sangre?
- ¿Ha tenido algún familiar fallecido por TB?
- ¿Alguna persona en el trabajo, colegio, universidad que usted conozca ha tenido TB o ha tenido tos con sangre?
- ¿Usted ha cuidado algún familiar o amigo con TB?

Para determinar si es paciente con factor de riesgo médico:

- ¿Sabe usted si es VIH positivo?
- ¿Sabe si ha contraído alguna enfermedad por relaciones sexuales? ¿Cuál?
- ¿Sabe usted si tiene alguna otra enfermedad?
- ¿Es usted diabético? ¿Sabe si tiene azúcar en la sangre?
- ¿Orina usted bien o tiene problemas para orinar?
- ¿Sufre usted del hígado?

Los esquemas de tratamiento para la TB son potentes y consisten en varios fármacos que se usan simultáneamente.

Para determinar si la paciente mujer está embarazada:

- ¿Sabe usted si está embarazada?
- ¿Cuál fue la fecha de su última menstruación?
- ¿Usted menstrúa regularmente?
- ¿Ha dejado de menstruar?
- ¿Hace cuántos meses?

Para determinar si la paciente mujer está lactando:

- ¿Tiene usted un niño menor de 2 años?

Para determinar si la paciente en edad fértil está tomando píldoras anticonceptivas:

- ¿Se cuida usted para no salir embarazada?
- ¿Qué método utiliza?
- ¿Usted toma píldoras anticonceptivas?

Para determinar si es paciente con factor de riesgo ocupacional:

- ¿Es o ha sido personal de salud? ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Es estudiante de ciencias de la salud?
- ¿Está usted haciendo prácticas? ¿Dónde y desde cuándo?

1.4. Evalúe la necesidad de interconsulta con otros especialistas

Los esquemas de tratamiento para la TB son potentes y consisten en varios fármacos que se usan simultáneamente. Por ello, es necesario evaluar bien la función renal, hepática, auditiva, psicológica, nutricional, etc. del paciente antes de iniciar un esquema terapéutico. Si bien es cierto que en los esquemas secundarios el riesgo es mayor, en todos los esquemas se van a utilizar medicamentos que se eliminan por vía renal o hepática; o que son dañinos para el oído (estreptomina, Kanamicina, Amikacina); o que produzcan alteración de la conducta (Cicloserina); por lo que se debe realizar interconsulta con los especialistas cuando sea necesario.

En el caso que el paciente tenga a la vez diabetes u otra enfermedad inmunosupresora, es necesario trabajar en equipo con otros especialistas para su manejo conjunto. El control de la enfermedad, en este caso la diabetes, favorecerá la curación del paciente.

Por otro lado, es necesario coordinar con el médico el no uso de medicamentos que disminuyan la eficacia de los medicamentos anti tuberculosis.

Determine el tipo de paciente a partir de las respuestas del paciente y la información previamente obtenida.

1.5. Reconozca el esquema de tratamiento apropiado para la PATB

No se inicia el tratamiento anti-tuberculoso antes de obtener una base firme del diagnóstico. En consecuencia, se debe elegir uno de los siguientes esquemas de tratamiento para TB:

- Esquema Acortado
- Esquema Pediátrico
- Esquema de Retratamiento
- Esquema MDR Estandarizado
- Esquema MDR Individualizado

Para cada paciente con diagnóstico de TB el médico puede elegir los siguientes tratamientos:

- **Tratamiento con Esquema Acortado:** para todo paciente nuevo con Tuberculosis Pulmonar BAAR Positiva, BAAR Negativa o TB extrapulmonar tenga o no confirmación bacteriológica.
- **Tratamiento con Esquema de Retratamiento:** para todo paciente antes tratado por Tuberculosis o TB extrapulmonar (recaída, fracaso o Vuelto a Tratar) tenga o no confirmación bacteriológica.

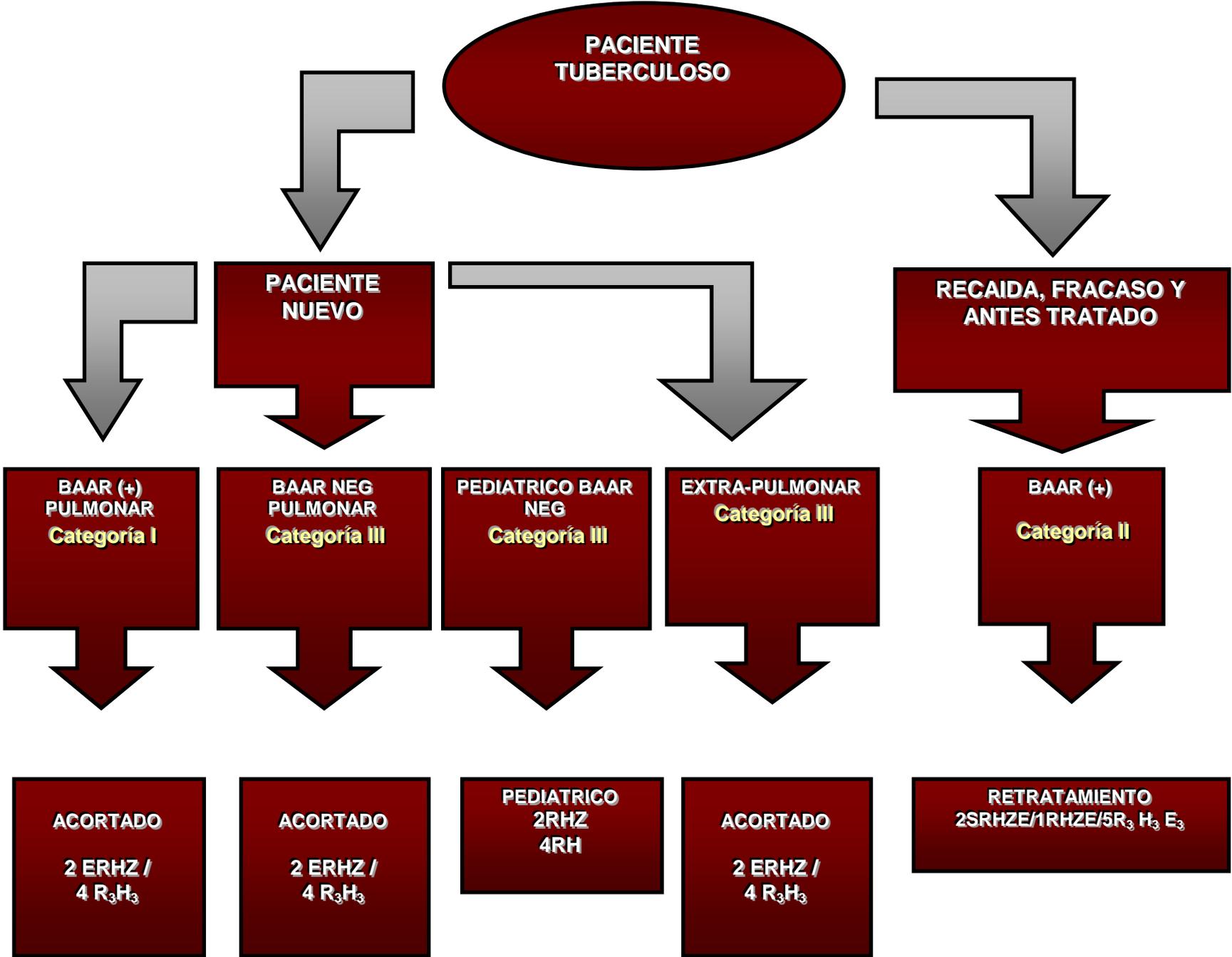
Las personas con la asociación VIH/SIDA-TB recibirán los esquemas contemplados en las normas. (Ver módulo de coinfección)

- **Tratamiento MDR con Esquema Estandarizado:** Para todo paciente que tiene como resultado en la prueba de sensibilidad resistencia a rifampicina e isoniacida.
- **Tratamiento MDR con Esquema Individualizado:** para todo paciente que tiene resultado en la prueba de sensibilidad (PS) a medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea. Este esquema debe ser aprobado por el Comité Nacional de Evaluación (CNE) y debe tener por lo menos cuatro (04) drogas nuevas a los que la cepa de *M. tuberculosis* sea sensible. Un esquema individualizado es la mejor opción para el tratamiento de la TB MDR dado que es basado en los resultados de la prueba de sensibilidad (PS) y no se usan medicamentos a los cuales el bacilo pueda tener resistencia.

Categorías de tratamiento

Categorías de Tratamiento	Concepto	Esquema de Tratamiento
Categoría I	Nuevos BAAR (+)	Tratamiento Acortado
Categoría II	Recaídas BAAR (+)	Retratamiento
	Vueltos a Tratar (+)	
	Fracasos (+)	

Categoría III	Nuevos BAAR Negativos	Tratamiento Acortado
	Extra pulmonares Nuevos	
Categoría IV	PATB MDR BAAR (+) PATB XDR BAAR(+) Casos sospechosos de TB MDR	Drogas de II Línea



En el caso que exista la sospecha de que una persona tenga TB MDR, se debe solicitar el cultivo y la prueba de sensibilidad y preparar el expediente técnico con el resumen de su historia clínica, exámenes de BK y cultivo, radiografía de pulmones, tarjetas de tratamiento (si lo hubiera recibido antes) y tarjeta de tratamiento y PS del contacto (también si los hubiera), para ser presentados al CNE-MDR y pueda iniciar oportunamente su tratamiento.

En el caso que exista la sospecha de que una persona tenga TB MDR, se debe solicitar el cultivo y la prueba de sensibilidad y preparar el expediente técnico con el resumen de su historia clínica.

1.6. Registre el diagnóstico y el esquema terapéutico en la Historia Clínica

Una vez que el médico decide el diagnóstico de la persona, debe escribirse claramente, en expediente, el lugar de ubicación de la enfermedad a partir de los resultados del examen de frotis de esputo y/o diagnóstico, tal como se especificó en la sesión anterior. Al mismo tiempo se ingresa al paciente en el componente anotándolo en el libro de registro de pacientes y haciendo el llenado de la tarjeta de tratamiento.

1.7. Solicite el esquema terapéutico del paciente

Es fundamental que antes de iniciar el tratamiento nos aseguremos de tener el tratamiento completo para garantizar y asegurar la continuidad en la administración de los medicamentos, evitar la interrupción y el desarrollo de la resistencia y promover, con ello, el éxito del tratamiento y la curación del paciente.

Es fundamental que antes de iniciar el tratamiento nos aseguremos de tener el tratamiento completo del paciente.

Sesión 2

Conocer los medicamentos antituberculosos

Existen varios fármacos para tratar la TB y TB MDR. Es muy importante conocer todos los medicamentos para asegurar que la persona reciba el esquema indicado, en las dosis y momentos adecuados y si pueden producir en algunas personas afectadas reacciones adversas, que un tratamiento mal administrado puede ocasionar; o amplificar la resistencia del bacilo, lo cual a la larga dificultará la curación de la persona.

El personal de salud que atiende pacientes con TB y TB MDR debe conocer los diferentes medicamentos que se usan para tratar la enfermedad, identificar su forma de presentación y conservación y reconocer las reacciones adversas más comunes que pueden causar, tanto como los efectos farmacológicos.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Enumerar los medicamentos de primera línea.
- Escribir el código de medicamentos para los diferentes esquemas.
- Identificar los medicamentos anti tuberculosis y su conservación.

2.1. Generalidades sobre los medicamentos

Se debe tener en cuenta que las tres propiedades fundamentales de los medicamentos anti tuberculosis son: su capacidad **bactericida**, su capacidad **esterilizante** y su capacidad de **prevenir la resistencia**. Los medicamentos anti tuberculosis poseen estas propiedades en grados diferentes y son incluidos en esquemas terapéuticos por éstas propiedades.

Todos los medicamentos pueden ocasionar reacciones adversas. El personal de salud debe estar en la capacidad de reconocer las reacciones adversas más frecuentes a los medicamentos. Vea la sesión 6 sobre reacciones adversas y su manejo. También, algunos de los medicamentos pueden ocasionar efectos farmacológicos que no son considerados reacciones adversas, sin embargo, pueden asustar innecesariamente al paciente. El personal de salud debe saber asegurarle que es parte normal del tratamiento y que no le causará mayor problema.

Generalmente se conocen los fármacos por dos grupos: los de primera línea y los de segunda línea. La Figura 2 presenta un diagrama de los fármacos según su grupo.

Figura 2
Representación de los medicamentos antituberculosos



2.2. Fármacos de primera línea

Los medicamentos de primera línea son más potentes para matar al *M. tuberculosis* y cualquier esquema de tratamiento los incluye mientras no haya una resistencia confirmada. La isoniacida (H) y la rifampicina (R) son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos. La Pirazinamida (Z) y la estreptomycin (S) tienen también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos. El Etambutol (E) es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

A continuación se describirán los fármacos de primera línea, con su abreviatura, presentación y administración.

Fármacos de primera línea

MEDICAMENTOS	ABREVIATURA	PRESENTACION	
		FORMA	MG
Rifampicina + Isoniacida + Pirazinamida + Etambutol	RHZE	Tableta combinada	R 150 H 75 Z 400 E 275
Estreptomycin	S	FAM	1 GR
Isoniacida (INH)	H	TAB	100
			300
Rifampicina + Isoniacida	RH	GRG	150/150
			150 / 75
Pirazinamida	Z	TAB	500
Etambutol	E	TAB	400

Medicamentos anti tuberculosis y dosis

MEDICAMENTOS	ABREVIATURA	PRESENTACION		ADMINISTRACION DIARIA		ADMINISTRACION 3 VECES X SEMANA	
		FORMA	MG	DOSIS DIARIO (MG/KG)	DOSIS MAXIMA (MG)	DOSIS MG/KG	DOSIS MG MAXIMA
Estreptomicina	S	AMP	1 GR	15 (12-18)	1000 *	---	---
Isoniacida (INH)	H	TAB	100 300	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampicina	R	GRG	150 300	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamida	Z	TAB	400	25 (20-30)	2000	35 (30-40)	1500- 3000
Etambutol	E	TAB	400	15 (15-20)	1600 (adultos) 1000 (niños)	30 (20-35)	1200- 2400

*Pacientes mayores de 60 años pueden no tolerar más que 500-750 mg diarios, así que algunas guías recomiendan la reducción de la dosis hasta 10 mg por kilo por día en pacientes de ese grupo etáreo. Pacientes pesando menos de 50 kilos pueden no tolerar dosis mayores de 500-750 mg diarios. (WHO Model Formulary 2008, www.who.int/selection_medicines/list/en/).

2.3. Fármacos de segunda línea

Los medicamentos de segunda línea son de reserva y sólo son usados para tratar a los pacientes en los cuales se sospecha resistencia o que tienen resistencia comprobada a los fármacos de primera línea. Generalmente estos medicamentos son menos potentes que los de primera línea y tienden a producir mayores reacciones adversas. Sólo el Comité CNE-MDR puede aprobar el uso de los fármacos de segunda línea para pacientes. Su uso tiene que ser monitoreado cuidadosamente. A continuación se describen los medicamentos de segunda línea, con su abreviatura y presentación.

MEDICAMENTOS	ABREVIATURA	PRESENTACION	
		FORMA	MG
Capreomicina	Cm	FAM	1 GR
Amikacina	Am	AMP	500
Kanamicina	Km	FAM / AMP	1 GR
Ciprofloxacina	Cfx	TAB	500
Ofloxacina	Ofx	TAB	400
			200
Levofloxacina	Lfx	TAB	250
			500
Moxifloxacino	Mfx	TAB	400
Gatifloxacina	Gfx	TAB	400
Ethionamida	Eto	TAB	250
Prothionamida	Pto	TAB	250
Cicloserina	Cs	CAP	250
Clofazimina	Cfz	CAP	100
Ácido para aminosalicílico	PAS	GRANULOS	Pote de 60 g.
		Micro gránulos	Paquetes de 4 g.
Amoxicilina + Ac. Clavulánico	Amx-Clv	TAB	500
Claritromicina	Clr	TAB	500
Linezolid	Lzd	TAB	500
		Ampollas	600

2.4. Cómo leer el código estándar

En el código estándar (vea Figura 3), para los esquemas de tratamiento de TB, la duración de cada fase se establece en meses. ¿Cuántas dosis representa eso? La cantidad de dosis se estandarizan como sigue:

- Un mes es considerado como 4 semanas.
- Para un esquema diario, un paciente requiere 30 dosis por mes.
- Para un esquema de 3 veces por semana, un paciente requiere 12 dosis por mes (4 semanas x 3 dosis por semana).
- Multiplique ya sea 30 u 12 por la cantidad de meses de la fase para determinar la dosis total requerida.

Figura 3

Cómo leer el código de medicamento para los esquemas de tratamiento de TB

Los esquemas de tratamiento de TB se describen empleando un código estándar en donde cada medicamento antituberculosis tiene una abreviatura específica. Estas abreviaturas son:

- Isoniacida (H)**
- Rifampicina (R)**
- Pirazinamida (Z)**
- Etambutol (E)**
- Estreptomycin (S)**

El número antes de las letras indica la duración de la fase en meses. La primera fase dura **dos meses**.

Cuando dos o más medicamentos (letras) aparecen juntos, indica que son los medicamentos que se tomarán en esa fase.

Esta fase de continuación dura **4 meses**.

El número subíndice después de la letra es la cantidad de dosis de ese medicamento por semana. La frecuencia del tratamiento con HR debe ser **tres (3)** veces por semana.

Ejemplo 1:

El Esquema Acortado se escribe:

2HRZE / 4H₃R₃

Si **no** hay número subíndice después de una letra, la frecuencia del tratamiento con ese medicamento es **diaria**. Estos medicamentos de la fase inicial deben tomarse a diario.

El código muestra las dos (2) fases del esquema, separadas por una barra oblicua. Las letras corresponden a los medicamentos que se toman durante la fase.

En el esquema anterior, en la 1^{ra}. Fase inicial de dos (2) meses, **todos los días** el paciente con TB tomaría (dependiendo del peso del paciente) tabletas combinadas de isoniacida, rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

En la 2^{da}. Fase de continuación, el paciente tomaría tabletas combinadas de isoniacida y rifampicina (HR) tres veces por semana por cuatro (4) meses.

Ejemplo 2:

El Esquema de *Retratamiento* se escribe: **2SRHZE – 1RHZE / 5R₃H₃E₃**

La fase inicial dura 3 meses y consta de 2 partes. Por dos meses el tratamiento con medicamentos incluye isoniacida, rifampicina, Pirazinamida y Etambutol (RHZE) administrada diariamente y también una inyección diaria de estreptomina (S). En el tercer mes, el tratamiento con medicamentos se administra con HRZE; pero no incluye estreptomina.

La fase de continuación dura 5 meses. El tratamiento con medicamentos incluye HRE administrado 3 veces por semana (número subíndice 3 después de las letras).

2.5. Características de los Esquemas de tratamiento

Las bases bacteriológicas del tratamiento de la TB son las siguientes:

1. Asociación de fármacos.
2. Tratamiento prolongado.
3. Administración de monodosis.

La asociación de fármacos: Previene la aparición de resistencias al evitar la selección de mutantes resistentes naturales. Los fármacos anti-TB seleccionan los mutantes resistentes, **no** causan la mutación.

El tratamiento prolongado: permite la acción sobre todas las poblaciones bacilares. Los fármacos tienen diferente acción (bactericida, esterilizante, bacteriostática) **Rifampicina** e **Isoniacida** son los fármacos fundamentales.

Administración de monodosis: consigue picos séricos, un efecto post-antibiótico y facilita la supervisión.

En general todos los esquemas de tratamiento tienen dos (02) fases que varían por el tiempo de duración y por el tipo y número de medicamentos que se describen a continuación.

En la primera fase de tratamiento existe una matanza destrucción rápida de los bacilos tuberculosos, por lo que muchos pacientes disminuyen drásticamente su contagiosidad alrededor de la 3^o semana de tratamiento y la situación del paciente mejora considerablemente. En la segunda fase, los medicamentos matan los bacilos restantes y se producen los efectos de esterilización y prevención de la recaída. La administración intermitente de tres veces por semana en la segunda fase se puede emplear con el mismo margen de seguridad, terapéutica que la administración diaria, tan solo incrementando la dosis de Isoniacida, Etambutol y Pirazinamida en cada uno de las tomas. Las dosis por tomas no deben ser incrementadas para la Rifampicina.

ESQUEMA ACORTADO (2 ERHZ / 4 R₃ H₃):

La asociación 2HRZ/4HR es la ideal a administrar en todo caso inicial de TB en el que se puede asegurar la

2.6. Esquemas de tratamiento establecidos en Nicaragua

ESQUEMA ACORTADO para las categorías I y III

- 2 ERHZ / 4 R₃H₃

ESQUEMA RETRATAMIENTO para la categoría II

- 2SRHZE-1RHZE/5R₃H₃E₃

ESQUEMA PEDIÁTRICO

- 2RHZ/4RH

Tratamiento Acortado (2 ERHZ / 4 R₃H₃) con uso de tabletas combinadas

Primera Fase de Tratamiento diario 2 meses (60 dosis)		Segunda Fase de Tratamiento Trisemanal 4 meses (48 dosis)
E (275 mg) + R (150 mg) + H (75mg) + Z (400 mg)		R (150 mg) + H (150mg)
Peso antes del tratamiento		
Mayor de 70 Kg.	5	5
55 – 70 Kg.	4	4
38 – 54 Kg.	3	3
30 - 37 Kg.	2	2

Actualmente Nicaragua tiene disponible solamente tabletas combinadas de R (150mg)+H (75mg), se debe dar esta dosis diario durante los 4 meses en la segunda fase. Si en un futuro cercano se dispone de las tabletas R (150mg)+H (150mg), los dosis se administrarán tres veces a la semana (lunes, miércoles y viernes)

Esquema de Retratamiento con drogas combinadas (2SRHZE-1RHZE/5R₃H₃E₃)

Primera Fase de Tratamiento 3 meses supervisado diario			Segunda Fase de tratamiento 5 meses Trisemanal supervisado		
S* (1 Gr.) Intramuscular por 2 meses E (275 mg) + R (150 mg) + INH (75mg) + Z (400 mg)			Tableta Combinada	Tabletas Separadas	
			R (150 mg) + INH (75 mg)	E (400mg)	INH (300 mg)
Peso antes del tratamiento					
55 Kg y más*	0.75 Gr.	4	4	4	1
38 – 54 Kg*	0.75 Gr.	3	3	3	1
30 – 37 Kg*	0.50 Gr.	2	2	2	1

* ver comentarios de página número 25

Esquema Pediátrico (2RHZ/4 RH)

Peso antes del Tratamiento	I Fase Supervisada Diario 2 meses (60 dosis)		II Fase 4 meses Supervisada Diario
	R/H (150/75 mg)	Z (400 mg)	R/H (150/75 mg)
21 – 30 Kg.	2	2	2
11 – 20 Kg.	1	1	1
5 – 10 Kg.	1/2	½	½
< 5 Kg.	Calcular la dosis según peso		

Sesión 3

Proporcionar la terapia preventiva (Quimioprofilaxis)

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Explicar a quién se considera un contacto de un paciente con TB.
- Identificar qué contactos deben recibir quimioprofilaxis.

En la indicación de la quimioprofilaxis se debe realizar, una detenida evaluación entre los beneficios y los riesgos, de aplicar este tratamiento a una persona sin enfermedad. Bajo este análisis sólo hay tres colectivos en los que la indicación de la quimioprofilaxis no debe ser discutida:

1. Los doblemente infectados por *M. Tuberculosis* y VIH.
2. Los infectados recientes, sobre todo niños.
3. Los portadores de lesiones radiológicas sugestivas de TB residual.

En el resto de grupos de riesgo esta indicación puede ser discutida y al final será una decisión individualizada de un médico concreto.

3.1. Proporcione terapia preventiva a los contactos

Un contacto es una persona que vive en el domicilio de la persona con TB o que comparte ambientes comunes (colegios, trabajos, guarderías, albergues) o que frecuenta a la persona afectada (amiga, pareja o familiar) y que, en consecuencia, está en gran riesgo de ser infectado.

Considerando que los contactos menores de 5 años son los de mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, al igual que los contactos con menor o mayor grado de inmunodepresión entre los cuales se debe priorizar a las personas con VIH positivo, son éstos dos grupos de contactos que deben recibir terapia preventiva para reducir la probabilidad de desarrollar la enfermedad TB que puede traer graves consecuencias en estos grupos.

3.1.1. La quimioprofilaxis a contactos menores de 5 años

Para los contactos menores de 5 años en los que se ha descartado la TB infantil, proporcione un esquema con isoniacida (H) como terapia preventiva.

Un esquema con isoniacida, por lo general de 5 mg/kg/día administrada a diario por seis (06) meses, puede reducir enormemente la probabilidad de desarrollar TB en un niño que ya se infectó con *M. tuberculosis*. Indique a la madre del niño las razones por las que debe tomar isoniacida, la dosis y el horario.

3.1.2. La quimioprofilaxis a recién nacidos

Al nacer el niño, si la madre es bacilífera, no se vacuna con la BCG, primero hay que administrar al bebé la quimioprofilaxis con Isoniacida durante tres meses y después aplicar la **PPD**. Si la reacción es negativa a la **PPD**, se suspende la quimioprofilaxis y se vacuna con **BCG**. Si la **PPD** es positiva, hay que prolongar la **quimioprofilaxis** con **Isoniacida** hasta completar los 6 meses o si así lo amerita indicar el tratamiento pediátrico. Si no se cuenta con **PPD** se administra **quimioprofilaxis** al niño durante 6 meses y después se aplica la BCG, si el niño no estaba vacunado anteriormente.

Si la madre **no** es bacilífera cuando nace el niño, se vacuna al niño con **BCG** al nacer, según Normas del PAI.

3.2. Proporcione quimioprofilaxis a personas VIH positivo

Para las personas VIH positivas independientemente que sean contactos o no, se debe proporcionar una terapia preventiva una vez descartada la enfermedad activa. Se debe administrar Isoniacida a 5 mg/kg/día administrada a diario por nueve (9) meses sin sobrepasar 300 mg diarios.

3.3. Contactos mayores de 5 años y adultos

En el caso de contactos mayores de 5 años y adultos que no tienen tos o síntomas de TB activa solamente se dará la debida consejería y no se le dará quimioprofilaxis. Pero si son sintomáticos respiratorios, se les tomará 3 muestras de esputo seriado y si son negativas se deberán dar un seguimiento adecuado. Si una o más muestras son positivas se le brinda de inmediato el tratamiento anti-tuberculosis.

3.4. Indicación de la quimioprofilaxis en otras situaciones

La eficiencia operacional de la quimioprofilaxis depende del grado de riesgo para desarrollar la enfermedad TB, la eficacia del régimen, y la adherencia al tratamiento.

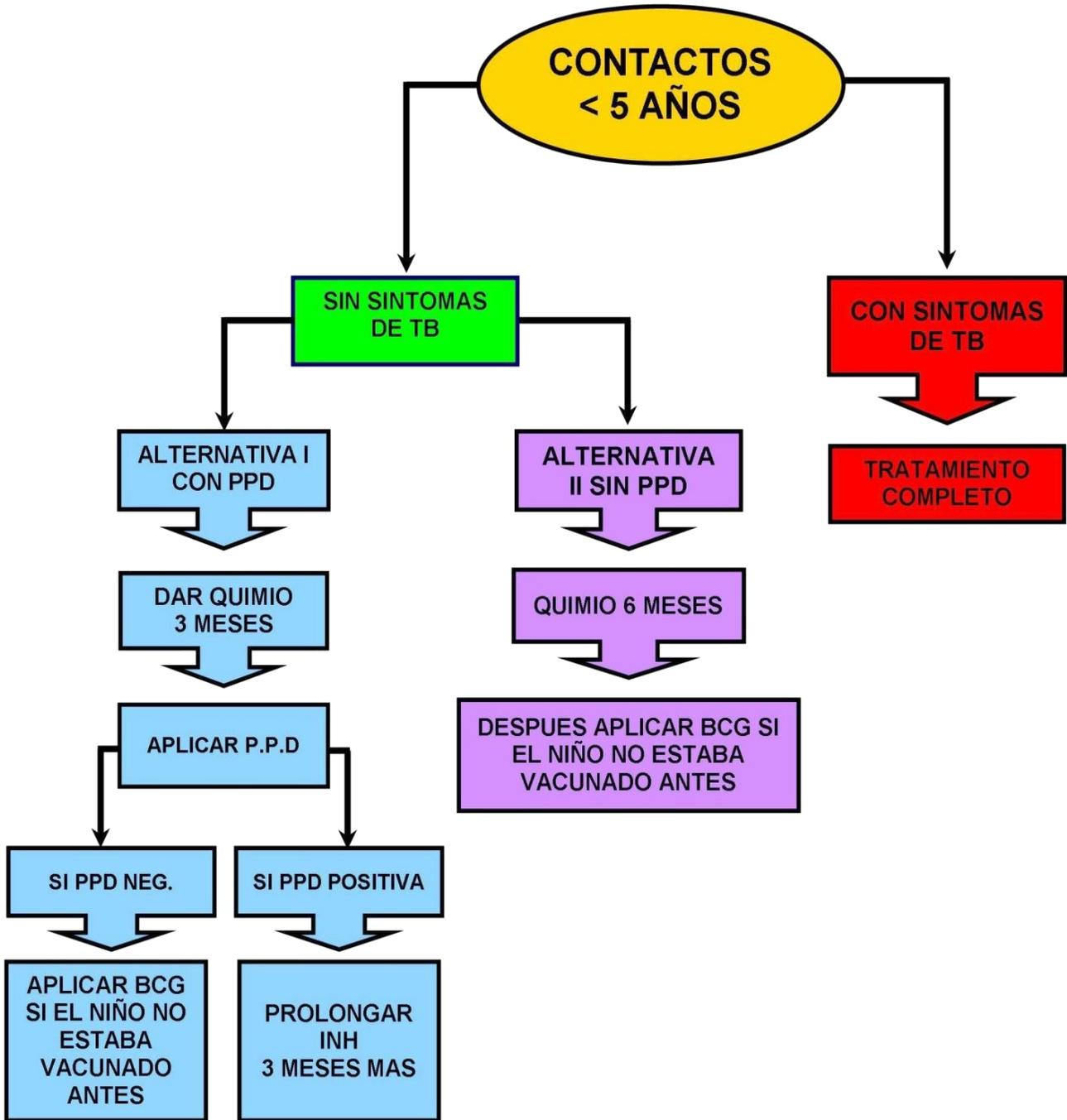
En grupos de bajo riesgo (<5%) la quimioprofilaxis no es rentable, tomando en cuenta el bajo riesgo que presentan estos grupos. Además la eficacia de una quimioprofilaxis por INH por 6 meses no supera el 70% y muchas veces existe una mala adherencia por parte del paciente.

Pasos para administrar la quimioprofilaxis

Censar	a todos los contactos del PATB.
Evaluar	a todos los contactos censados para descartar la enfermedad TB.
Descartar	en los menores de 5 años la TB infantil con el médico tratante o pediatra.
Escribir	en la historia clínica la indicación de administración de quimioprofilaxis con dosis exacta y en la receta.
Seleccionar	a los contactos menores de 5 años (sin evidencia de TB activa) para administrar la quimioprofilaxis.
Conversar	con el familiar sobre cómo debe administrar la isoniacida todos los días y a una misma hora, dónde le entregarán la medicina y cada cuánto tiempo.
Entregar	la isoniacida al familiar del contacto y educar cómo conservar y administrar el medicamento.
Supervisar	a través de la comunicación con la familia cómo administrar la madre o el familiar la isoniacida al contacto.
Evaluar	al contacto cada mes durante seis meses.
Registrar	a los contactos que reciben quimioprofilaxis y las fechas de entrega (ver sesión 8).
Alertar	al familiar de cómo reconocer signos de alarma en el contacto que nos indiquen que pueda estar desarrollando TB. En caso de presentar Reacciones Adversas Fármacos (RAFA) debe llevar al PATB a consulta médica.

En el caso de contactos de pacientes que han recibido tratamientos previos, averiguar bien si sus contactos recibieron quimioprofilaxis en el primer esquema terapéutico del paciente; si fuera así, no se debe administrar nueva quimioprofilaxis, sino evaluar bien a los contactos para descartar tuberculosis. Esta terapia preventiva no debe administrarse bajo ninguna circunstancia a ningún niño o adulto que tenga TB o sea un posible caso de TB.

Flujograma 2 ALGORITMO DE QUIMIOPROFILAXIS PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



Sesión 4

El Tratamiento Directamente Observado (TDO)

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Describir los pasos para realizar el TDO.

4.1. El Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

En el año 1984, el MINSA decidió implementar la estrategia DOTS / TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) para el control de la tuberculosis. Uno de sus principales componentes es la administración del Tratamiento Directamente Observado (TDO) por el personal de salud y agentes comunitarios capacitados. La aplicación del TAES se está realizando en todos los servicios de la red sanitaria del MINSA bajo la nueva estrategia del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC), lo cual ha contribuido a disminuir la tasa de incidencia de Tuberculosis en todas sus formas y a obtener buenas tasas de curación.

Es esencial asegurar que todos los pacientes reciban el tratamiento directamente observado (TDO) para garantizar el cumplimiento de las dosis y asegurar su curación.

4.2. Educar a las personas sobre dónde y cómo recibirá el Tratamiento Directamente Observado (TDO)

La persona recibirá el TDO en el unidad de salud que le corresponde. Analice con cada paciente y acompañante los problemas o barreras que puedan presentarse para garantizar el cumplimiento estricto de la ingesta del medicamento, de acuerdo con la indicación médica de la historia clínica.

Explique a la persona y acompañante sobre el tratamiento específico indicado: número de dosis por día, número de medicamentos, tipos de medicamentos, presentación del medicamento, reacciones adversas probables al medicamento (vea Módulo 7 sobre Consejería en TB).

En principio todas los pacientes con TB deberán acudir a la Unidad de Salud para la toma del tratamiento anti-tuberculosis (**TDO Institucional**) para garantizar la administración y éxito del tratamiento. Sin embargo, si el paciente no puede acudir a la Unidad de Salud por razones de distancia o de costo de transporte, el Ministerio de Salud debe contar con el apoyo de la red comunitaria local para aplicar el TDO (**TDO Comunitario**). Es muy importante que la persona que administra el TDO sea bien capacitada.

Sin embargo, respecto a algunos pacientes que por su estado de salud delicado no puedan movilizarse, el personal de salud debe realizar visita domiciliaria para que la persona no interrumpa su tratamiento y evaluar, de ser necesario, la posibilidad de internarle en un albergue o un hospital.

4.3. La aplicación del TDO fuera de la Unidad de Salud

Si un paciente trabaja o estudia lejos de la unidad de salud donde le corresponde atenderse, es necesario coordinar con el personal de la unidad de salud más cercana la administración y supervisión del tratamiento. En caso que la persona afectada por TB considere conveniente recibir su tratamiento en su centro de estudios o trabajo, el mismo podrá ser efectuado siempre y cuando la persona afectada autorice previamente a que se le visite, o se podría capacitar una persona responsable en el mismo centro de estudio o trabajo para que aplique el TDO.

El personal de salud o comunitario encargado, guardará los medicamentos del paciente, observará cuando el paciente tome los medicamentos y completará los registros necesarios.

Es esencial asegurar que todas las personas con TB reciban el Tratamiento Directamente Observado (TDO), para garantizar el cumplimiento de las dosis y asegurar su curación.

4.4. Aplicar el TDO

Observe directamente a la persona con TB para que tome los medicamentos anti tuberculosis, ya sea diariamente o tres veces por semana, según el esquema y la fase de tratamiento en que se encuentre el paciente. Esto quiere decir que cada vez que la persona acuda a la unidad de salud usted debe vigilar, efectivamente, que ingiera la dosis completa. Debe verle tragar los medicamentos. Cuando los trabajadores de salud que administran los medicamentos no ven a los pacientes tragarlos, éstos pueden tomar sólo algunos medicamentos, llevárselos, esconderlos, botarlos, venderlos o guardarlos para más tarde, o no tomar los que ellos han identificado que les producen molestias, etc.

Sin embargo, el TDO no sólo consiste en la observación de la toma del medicamento. Cuando proporcione el Tratamiento Directamente Observado, el personal de enfermería debe:

- Ser cordial y amable. Preséntese y llame a la persona con TB por su nombre.
- Explicar el horario de atención de la unidad para la administración del tratamiento.
- Tomar el tiempo necesario y adecuar el ambiente que le permita observar al paciente en todo momento durante la administración del tratamiento.
- Coordinar con él la mejor hora para él y usted (una hora fija), de tal manera que sea fluida la atención (ni usted ni él se sientan incómodos por una espera innecesaria).

Tabla 4 Pasos para el Tratamiento Directamente Observado

Observe y Pregunte	Si la PATB está teniendo alguna reacción adversa o molestia.
Instruya	A la PATB que se está tratando por TB sobre los síntomas que indican reacciones a los medicamentos que está tomando.
Saque	La Tarjeta de tratamiento de la PATB
Verifique	Con la Tarjeta de Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ● los medicamentos correctos, ● para el PATB correcto, ● Y las dosis correctas de medicación.
Sirva	Un vaso con agua a la PATB o el líquido que a la PATB trae. (Si la PATB siente náuseas, sugiérale tomar los medicamentos con comida ligera o avena y espere hasta que le pasen las náuseas).
Abra	La caja de medicamentos de la PATB. Saque todos los medicamentos que el PATB debe tomar en el día.
Ponga	Las tabletas en la mano de la PATB y luego vea que a la PATB trague cada tableta de una sola vez. Si es difícil tragarlas una después de otra, la PATB puede hacer una breve pausa. Los medicamentos deben tomarse juntos para garantizar que éstos funcionen en conjunto.
Observe	Si el esquema de la PATB incluye un inyectable, administre la inyección después que la PATB haya tragado todas las tabletas. Utilice una aguja y jeringa estériles descartables.
Anímelo	A la PATB: gestos, malestares y pregúntele cómo se encuentra.
Felicítelo	A continuar con su tratamiento.
Registre	Si llegó a tiempo y tomó las medicinas correctamente; si no fuera así, pregúntele cómo le gustaría o cómo se sentiría más a gusto para ayudarlo.
Registre	La dosis de medicamentos administrada en la Tarjeta de Tratamiento.

4.5. Si la persona con TB está siendo observada por un promotor comunitario capacitado

Hay personas con TB que reciben Tratamiento Directamente Observado de un promotor comunitario en vez de acudir a la Unidad de Salud por lo que la enfermera de la Unidad de Salud cumplirá por lo menos los pasos mostrados en la Tabla 5.

Así mismo revise la copia del documento de entrega de los medicamentos del promotor comunitario de tratamiento de TB, y entregue la provisión de medicamentos de la siguiente semana.

Tabla 5 – Pasos para revisar el TDO de un promotor comunitario

Revise	La Tarjeta de Tratamiento que conserva o lleva el promotor a la Unidad de Salud.
Revise	Y analice cualquier problema detectado con el promotor.
Recuerde	Al promotor que si alguna dosis no fue administrada lo reporte de inmediato para solucionar el problema.
Copie	En la Tarjeta de Tratamiento (que se archiva en la Unidad de Salud) los días en que la PATB tomó el tratamiento.
Registre	En el anverso de la Tarjeta de Tratamiento los medicamentos que le proporciona al promotor para la próxima semana.
Entreviste	A la PATB periódicamente para evaluar el trabajo del promotor comunitario de tratamiento de TB.
Pregunte	Sobre los medicamentos que la PATB está recibiendo y la relación con su promotor comunitario.
Evalúe	Si la forma de administrar el tratamiento es la correcta o no y si la relación con el promotor comunitario de tratamiento de TB es positiva y de apoyo.

La persona con TB debe recibir su tratamiento anti tuberculosis en la unidad de salud más cercana a su domicilio, de tal manera que pueda acercarse diariamente a recibir el tratamiento indicado sin muchos contratiempos.

4.6. La referencia de la PATB a otra Unidad de Salud

La persona con TB debe tener accesible el TDO, sea en la unidad de salud más cercana a su domicilio o en la comunidad con un promotor capacitado de tal manera que pueda recibir diariamente el tratamiento indicado sin muchos contratiempos (falta de movilidad, falta de dinero para pago de pasaje, que no sea muy lejano y que permita caminar al paciente sin excesos).

Si la PATB no puede o quiere recibir el TDO en la Unidad de Salud donde fue ingresado al componente, converse con él (sin forzarlo a decidir), sobre la importancia de referirlo a otra unidad de salud donde él o ella quiera o pueda recibir el TDO, en caso de que acepte la referencia y/o traslado debe de utilizar **la Hoja de referencia y contrarreferencia de Pacientes**.

Si la persona afectada no tiene o no quiere acudir a la una Unidad de Salud que está cerca de su domicilio, se puede considerar la alternativa de realizar el TDO a nivel comunitario con un promotor previamente capacitado.

Sesión 5

Manejar las reacciones adversas a los medicamentos (RAFAS)

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Enumerar algunas causas de las RAFAS.
- Identificar las RAFAS leves, moderadas y graves.
- Actuar oportunamente ante las RAFAS.

Todos los medicamentos que se usan para tratar la TB y TB MDR pueden causar RAFAS. Se define como una reacción adversa al medicamento a cualquier efecto perjudicial o indeseado que se presenta después de la administración de un fármaco para profilaxis, diagnóstico o tratamiento. Los grupos de riesgo de presentar RAFA son: ancianos, desnutridos, gestantes y puérperas, alcohólicos, insuficiencia hepática o renal crónica, infección VIH, pacientes que reciben medicamentos para TB MDR, pacientes con TB diseminada y avanzada, atopía, anemia, diabetes mellitus, pacientes con antecedentes de RAFAS en familiares, enfermos recibiendo tratamiento irregular para TB y aquellos que además del tratamiento TB reciben medicamentos por otras causas. En todos estos grupos es obligatorio un seguimiento cercano a los largo del tratamiento, realizando control clínico periódico y con diferentes pruebas de laboratorio.

Todos los miembros del equipo juegan un rol importante en el manejo del paciente con TB. El médico tratante debe saber reconocer y manejar las RAFAS (leves o moderadas) o ante una RAFA grave, referir a un especialista. El manejo de una RAFA debe hacerse siempre por un médico experto en el tema. No se puede estandarizar este manejo y se debe actuar en cada caso concreto.

La enfermera debe ser capaz de reconocer e identificar conductas a seguir para el manejo de las RAFAS leves en los pacientes. El promotor debe estar familiarizado con las RAFAS más comunes de una terapia antituberculosa y deben saber cómo reconocerlos. Las personas que experimenten RAFAS deben ser reportadas al personal de salud respectivo.

Las RAFAS se presentan sobretodo en el 1º mes de tratamiento. Algunas RAFAS van desapareciendo al poco tiempo, otras se pueden tratar con medicamentos según los síntomas presentados. Se debe tratar la RAFA y animar a la persona a tolerar los efectos hasta que éstos cedan. Reducir la dosis del medicamento puede ser una alternativa y la eliminación del medicamento o su reemplazo se debe tomar como último recurso. Las RAFAS muy graves no son muy comunes y es importante tener en mente que sin un tratamiento adecuado la mortalidad de TB y TB MDR es muy alta y en el caso de resistencia a muchos medicamentos, donde hay pocos medicamentos que pueden ser utilizados, el dejar de usar uno puede significar el fracaso del tratamiento.

5.1. La importancia de la cooperación de la PATB para prevenir e identificar precozmente las RAFA

Las personas con TB deberían estar bien informadas e involucradas en su tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento es esencial que se converse con el paciente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento. La persona con TB debe entender la necesidad del tratamiento, la importancia de cada medicamento y las RAFA que pudieran presentarse. Asegure a las personas que se hará todo lo posible para que el tratamiento sea bien tolerado, pero que se requiere utilizar varios medicamentos para potenciar el efecto terapéutico.

Aunque las RAFA serán oportunamente tratadas, las personas deben estar preparadas mentalmente para aceptar esa incomodidad que podrían sentir durante un tratamiento largo.

El personal de salud debe prestar mucha atención a los síntomas expuestos por el paciente. La mayoría de las personas estarán dispuestas a continuar con el tratamiento cuando hayan entendido los beneficios del mismo y conociendo que, en general, los síntomas de las RAFA desaparecen después de las primeras semanas.

La persona con TB debe entender la necesidad del tratamiento, la importancia de cada medicamento y las reacciones adversas que pudieran presentarse.

5.2. Probables causas de RAFA

El personal de salud no puede predecir si la persona tendrá o no una RAFA por sus condiciones intrínsecas (propias de cada paciente). Sin embargo, ya mencionamos los grupos de riesgo que necesitan un seguimiento cercano a lo largo del tratamiento además existen otros factores que pueden ocasionar la aparición de las mismas.

A continuación se presentan algunas de las posibles causas de las RAFA:

- **Dosificación inadecuada:** si una persona recibe mayor dosis por kilo de peso o por otra enfermedad agregada (como por ejemplo: insuficiencia hepática y renal) podría presentar intolerancia y/o problemas de eliminación del medicamento. Por eso, el personal de salud debe tener en cuenta el peso y edad de la persona y la dosis correspondiente.
Es importante pesar bien a la persona porque de ello depende la dosificación adecuada del medicamento. Se debe registrar el peso mensualmente, y ajustarla en caso necesario.
- **Prescripción de medicamentos contraindicados:** en algunas personas (mujeres embarazadas) está contraindicado el uso de ciertos medicamentos por los efectos que pueden producir.
- **El uso de algunos medicamentos para tratar otras condiciones o enfermedades:** pueden ocasionar interacciones medicamentosas que pueden ser mal toleradas (por ejemplo rifampicina en pacientes con tratamiento antirretroviral).
- **Ingesta de medicamentos sin el alimento adecuado:** algunos medicamentos deben ser ingeridos con determinados alimentos que mejoran su absorción y la tolerancia gástrica. De lo contrario, pueden producir intolerancia.
- **Intervalo inadecuado de ingesta de medicamento:** algunos medicamentos requieren intervalos específicos para mantener una concentración adecuada en la sangre.
- **La ingesta de alcohol durante el tratamiento:** el consumo de alcohol puede producir intolerancia gástrica o hepatotoxicidad.
- **Uso de bloqueadores de receptores H2:** el uso de estos medicamentos puede interferir en la absorción de las fluoroquinolonas y no deben usarse dos horas antes o después del tratamiento.

Es importante pesar bien al paciente porque de ello depende la dosificación adecuada del medicamento.

5.3. Detección de las RAFA

La mayoría de las personas con TB completa su tratamiento sin efectos secundarios significativos. Sin embargo, el personal de salud debe tener en cuenta los signos y síntomas que nos indican que pueden presentarse las reacciones y qué medicamentos los pueden producir.

Durante la evaluación médica y la entrevista de enfermería es importante preguntar a la persona con TB sobre los siguientes aspectos:

- Si es alérgico a algún medicamento.
- Si es alérgico a algunas comidas o bebidas.
- Si ha presentado algunos síntomas como náuseas, vómitos, ronchas en la piel; si su piel, ojos o manos se han tornado amarillos luego de la ingesta.
- Si tiene problemas para orinar.
- Si es muy nervioso, ansioso, colérico; si escucha voces, si siente que lo siguen.
- Si está embarazada.
- Si toma alcohol o es fármaco dependiente.

Es importante pesar bien a la persona porque de ello depende la dosificación adecuada del medicamento.

Cada vez que la persona llega a tomar sus medicamentos es importante preguntar al paciente lo siguiente:

- Cómo se siente.
- Si presenta algún malestar después de ingerir el medicamento.
- Si ha observado cambios en su estado físico y mental.

El personal que descubre la RAFA debe comunicar el hallazgo a los otros integrantes del equipo para que hagan la notificación respectiva. En muchos casos la enfermera serán los miembros del equipo que hallen la RAFA porque tienen mucho contacto con el paciente. Para otros casos más complejos médicamente, tal vez será el médico quien la descubra. Se debe informar a la persona encargada para que ésta haga las coordinaciones necesarias con el médico quien indicará lo que se debe hacer.

El médico debe apuntar esto en el expediente y en la **Tarjeta de Tratamiento** (vea la sesión 9) y luego reportarlo en el formato indicado por el MINSa.

5.4. Reconocer y manejar las RAFAS

Las RAFAS no se deben considerar como una contraindicación a continuar el tratamiento. Generalmente las RAFAS se pueden manejar sin perjudicar el tratamiento. La atención a las RAFAS es sumamente importante dado que la persona con TB decide cada día si continuar o no con el tratamiento. El manejo eficaz implica la identificación oportuna y el manejo agresivo de la RAFA. Las RAFAS pueden ser leves, moderadas o graves. Ante una RAFA leve o moderada inicialmente hay que intentar no suprimir el medicamento, evaluar un tratamiento sintomático tranquilizar y brindar consejos sobre cómo aliviar los síntomas. Si la persona con TB continúa presentando efectos secundarios leves a pesar de haber seguido los consejos, transfiera al paciente a un médico. Asimismo, Tenga presente que los efectos secundarios son más comunes en las personas infectadas con VIH y los que están recibiendo tratamiento para TB MDR. Pero cuando se presenta una RAFA grave o severa es necesario la hospitalización urgente y la suspensión de todo el tratamiento hasta conseguir la mejoría clínica y de las pruebas de laboratorio. Posteriormente se debe intentar la posible reinstauración del tratamiento, a excepción de RAFA severas, del tipo de purpura, shock anafiláctico, insuficiencia renal aguda, hepatitis severa, hemolisis, neuritis óptica retrobulbar, dermatitis exfoliativa o agranulocitosis. Ante esta RAFA, se debe diseñar un esquema diferente de tratamiento que excluye el fármaco implicado en la reacción. En el resto se debe intentar esta reintroducción progresiva de fármacos, empezando por aquellos que menos probabilidades tienen de estar implicados en la reacción. Lo ideal es comenzar administrando una sexta parte de la dosis total, para ir aumentando progresivamente, un sexto cada día con el fin de haberlo reintroducido por completo en una semana.

Si en algún momento observa que la condición de un paciente ha empeorado significativamente, transfiera al paciente a un médico y hospital para una mayor evaluación y tratamiento.

Las Tablas 6, 7, 8 y 9 describen diferentes RAFAS, el medicamento causante y su manejo. Sólo se mencionarán las más frecuentes; si requiere mayor información sobre las RAFAS, diríjase a la bibliografía. De todas maneras se debe tener en cuenta que será necesaria la referencia al médico especialista o experto en el tema para aplicar los siguientes puntos cuando se trata a un paciente con RAFA.

- Evaluar la severidad y establecer si la RAFA es dependiente o no de la dosificación, para hacer los ajustes necesarios.
- Evaluar la suspensión de medicamentos.
- Establecer la relación causal entre el efecto adverso y el medicamento sospechoso de causarla.
- En casos de RAFA grave suspender de inmediato el tratamiento y hospitalizar al paciente y no vuelva a usar los mismos fármacos.
- Después de mejoría clínica y de laboratorio, evaluar con el especialista antes de reinstaurar el tratamiento y desensibilizar.

La principal responsabilidad es conocer estas posibilidades, identificarlas precozmente y derivar a la persona afectada oportunamente para estudio y decisión de conducta a seguir.

5.5. Registre sus observaciones de las RAFAS

Registre sus observaciones en el reverso de la *Tarjeta de Tratamiento* que corresponda, en la sección de RAFA, tal como se describe en la sesión 8. Si transfiere al paciente a un hospital o un médico, utilice una *Hoja de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes*.

5.6. Continúe brindando información sobre TB

Puesto que continuará viendo al paciente a diario (o tres veces por semana) para administrarle el tratamiento directamente observado, continúe reforzando la información sobre el tratamiento de TB. Brinde apoyo al paciente para continuar tomando los medicamentos según el cronograma y complete todas las dosis requeridas. El paciente debe estar informado sobre los peligros del tratamiento irregular o incompleto (remítase al Módulo 7: Consejería en TB).

Tabla 6
Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA)

Fármacos	Reacciones Adversas al Fármaco
Isoniacida	Hepatitis (> 40 años), reacción cutánea, neuropatía periférica, somnolencia y letargia. Más raramente convulsiones, dolor articular, exantema, reacciones lupoides, pelagra, agranulocitosis y psicosis aguda.
Rifampicina	Gastrointestinales (anorexia, náusea, vómitos y dolor abdominal), hepatitis, reacción cutánea, reacción febril, reacción tóxica y disminución de la efectividad de los anticonceptivos orales. Menos frecuente insuficiencia renal, púrpura trombocitopénica, síndrome tipo influenza, colitis pseudomembranosa, osteomalacia, anemia hemolítica, choque y exantema.
Estreptomina	Vértigo, adormecimiento, tinnitus y ataxia con ototoxicidad y daño al nervio vestibular (también al feto) y nefrotoxicidad. Menos frecuente reacciones cutáneas tipo exantema.
Pirazinamida	Artralgias, hepatitis, enrojecimiento del rostro y goteo nasal (flushing). Menos frecuente síntomas gastrointestinales, exantema y anemia sideroblástica.
Etambutol	Neuritis óptica retrobulbar. Menos frecuente exantema, artralgias y neuropatía periférica.

Tabla 7
Calificación de RAFA

RAFA LEVE	RAFA MODERADA	RAFA GRAVE
<i>No suspender los fármacos</i>	<i>Se pueden o no suspender los fármacos</i>	<i>Se deben suspender los fármacos</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Náuseas ● Cefalea ● Dolor abdominal ● Malestar general ● Mareos ● Anorexia ● Insomnio ● Dolor en sitio de inyección 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erupción máculo y/o papular ● Vómitos ● Prurito ● Gastritis ● Euforia ● Cambios de conducta ● Síndrome gripal ● Artralgias ● Hipoacusia* ● Trastornos vestibulares* ● Urticaria 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dermatitis exfoliativa ● Síndrome de Stevens –Johnson ● Ictericia ● Ictericia + fenómeno hemorrágico ● Ictericia + coma ● Púrpura ● Insuficiencia renal aguda ● Convulsiones ● Polineuropatía* ● Hemólisis ● Síndrome gotoso* ● Anuria ● Disminución de la agudeza visual ● Visión borrosa ● Neuritis óptica retrobulbar ● Fotosensibilidad ● Edema angioneurótico

*Consultar siempre con especialista para el manejo adecuado.

Tabla 8
Manejo de las RAFAS anti TB basados en los síntomas

Efectos adversos	Medicamento (s) probablemente responsable	Manejo
Menores	Cualquiera	Continuar con los medicamentos anti-TB.
Anorexia, náusea, dolor abdominal.	Rifampicina	Dar las tabletas con leve desayuno y considerar tratamiento sintomático.
Artralgias	Pirazinamida	Dar aspirina o anti-inflamatorios no esteroideos.
Neuropatía periférica	Isoniacida	Dar piridoxina 50-75 mgs. C/día.
Orina roja o naranja	Rifampicina	Consejería
Exantema/prurito	Estreptomicina	Descontinuar medicamentos.
Hipoacusia	Estreptomicina	Descontinuar la Estreptomicina.
Vértigos y nistagmus	Estreptomicina	Descontinuar la Estreptomicina.
Ictericia	Casi todos los medicamentos anti-TB	Descontinuar medicamentos anti-TB hasta que la ictericia se resuelva.
Vómitos y confusión (Sospecha de hepatitis medicamentosa pre-ictérica).	Casi todos los medicamentos anti-TB.	Descontinuar medicamentos anti-TB y enviar urgente pruebas de función hepática.
Trastornos visuales	Etambutol	Descontinuar Etambutol.

Sesión 6

El ingreso, seguimiento y monitoreo de las personas con TB

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Enumerar los controles que deben recibir los pacientes para cada esquema.
- Identificar cuando se debe sospechar que el tratamiento está fracasando según esquema.

6.1. La Relación con la persona con TB

El tratamiento de la TB es un proceso largo cuyo éxito depende de diversos factores, algunos de ellos son el trato humanitario y las buenas relaciones entre el personal de salud y la persona con TB. Esto permite que el paciente sienta confianza y exprese todas sus inquietudes o problemas durante todo el proceso. Es importante que el personal de salud trate cordialmente, observe y escuche atentamente a la persona con TB para ayudar, en este proceso largo, al éxito del tratamiento.

6.2. Entrevista de enfermería

El tratamiento de una persona con TB empieza con la entrevista de enfermería. Durante esta entrevista se debe informar a la persona de todo el proceso de atención que seguirá; también es una oportunidad de conocer a la persona, interrelacionarse con él o ella, e identificar posibles barreras o desafíos que podrían presentarse durante el tratamiento.

Tabla 9 Pasos para realizar la entrevista de enfermería En cualquier esquema de tratamiento

Ubicar	Un lugar privado, tranquilo con buena ventilación e iluminación.
Identificarse y establecer	Una relación cordial con la PATB demostrándole apoyo e interés.
Informar	Sobre su diagnóstico y despejar toda interrogante sobre el mismo.
Escuchar	Sobre el esquema de tratamiento que recibirá. Inquietudes, dudas, tensiones
Preguntar	Sobre los antecedentes de la enfermedad: Si tuvo TB (fecha, tipo de tratamiento recibido, condición de egreso, regularidad al tratamiento u otros). Si antes de tener la enfermedad estuvo en contacto con PATB's con diagnóstico de TB (tipo de tratamiento que recibió, condición de egreso, regularidad al tratamiento). Tipo de trabajo que desempeñaba o desempeña la PATB (tener en cuenta los factores de riesgo para TB MDR).

	Presencia de otras enfermedades (diabetes, VIH/SIDA, neoplasias).
Pesar	A la persona para determinar la dosis de cada medicamento
Brindar	Educación sobre la enfermedad.
Informar	Sobre la realización de la visita domiciliaria y programe la fecha. Sobre la importancia y calendario de los exámenes de control (BK, cultivo, prueba de sensibilidad, radiografía, peso y evaluación médica por el médico general y/o neumólogo).
Explicar	Sobre la interpretación de los resultados de laboratorio y el progreso del tratamiento.
Informar	Sobre las normas y horarios del servicio para la administración del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ● Se mostrarán los medicamentos. ● Recibirá el tratamiento en forma supervisada (explicar qué significa). ● Se explicará la dosis de los medicamentos que ingerirá y también en el caso que suba de peso, se administrarán las dosis con eventuales ajustes. El personal y la PATB deben estar atentos a este cambio. ● El horario (todos los días a una misma hora) dependiendo de la indicación médica (M, T, N) y el tiempo de duración del tratamiento, que dependerá del esquema programado. ● En el caso de PATB con esquema MDR estandarizado o individualizado, la administración del tratamiento será después que la persona ingiera sus alimentos y líquidos que le indiquen (por ejemplo: jugo de naranja, papaya o yogurt, en el caso de que la PATB reciba PAS). ● Toda persona deberá traer un vaso para tomar sus medicinas. ● Dónde, cuándo y cómo pasar consulta médica. La PATB debe informar cualquier posible salida o viaje que impida tomar el medicamento, ante la eventualidad de una hospitalización de urgencia, la familia debe informar a la Unidad de Salud.
Enfatizar	Sobre la importancia de permanecer en una misma residencia desde el inicio del tratamiento hasta su declaración de alta (esto ayudará a que el tratamiento sea oportuno y el seguimiento y control sean continuos, tanto para la persona con TB como para sus contactos).
Informar	Sobre las molestias más comunes que presentará durante el tratamiento, enfatizando a la persona que deberá comunicar al personal de salud una vez que se presenten los síntomas para su manejo médico Sobre las posibles reacciones adversas a los medicamentos
Orientar	A la PATB en edad fértil sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo durante el tratamiento.
Realizar	El censo y la revisión de sus contactos e informar que deben ser evaluados periódicamente durante el tiempo que dure el tratamiento (vea el Módulo 2: Detección de Casos de TB).
Derivar	A la PATB al Servicio de Psicología, Trabajadora Social y Nutrición para su manejo en conjunto.

Registrar

Los datos en el Libro de Registro y Seguimiento de PATB's con TB y en la **Tarjeta de Tratamiento** (vea la sesión 8).

Vea el Módulo 7: Consejería en TB para una discusión más detallada de la entrevista de enfermería.

6.3. La visita domiciliar a la PATB

Se realiza al iniciar el tratamiento y cada vez que se amerite.

El personal de enfermería debe coordinar la fecha de la visita domiciliar con el paciente durante la entrevista. La visita domiciliar permite:

- Reconocer las condiciones de vida del paciente y conocer a la familia.
- Tener una conversación con el paciente y su familia sobre la enfermedad de tuberculosis que padece el paciente.
- Identificar contactos. (también de personas que están de visita por mucho tiempo en esta casa)
- Evaluar los diversos riesgos que puedan tener en el hogar, como por ejemplo:
- Riesgos para la transmisión y desarrollo de la TB: hacinamiento, mala ventilación, mala alimentación, exceso de trabajo y otros.
- Riesgos sociales para el abandono o complicaciones: alcoholismo, drogadicción, descomposición familiar.
- Orientar a la familia sobre las medidas de control para evitar la presentación de nuevos casos de personas con TB (ventilación adecuada, hábitos de higiene, limpieza, hábitos de alimentación y otros).
- Asegurar el apoyo de la familia.

Estas visitas también deben hacerse de sorpresa para conocer las verdaderas condiciones de vida del paciente y para asegurarse de que vive allí (Ver en anexos formato e instructivo de Visita Domiciliar).

6.4. Controles del progreso del tratamiento

En todas las personas con TB se evalúa el progreso de su tratamiento con diversas evaluaciones clínicas, exámenes y pruebas de laboratorio. Para la gran mayoría de los pacientes, el examen baciloscópico es el que indicará si el tratamiento está funcionando. El esputo de las personas de frotis positivo se convertirá en frotis negativo cuando los medicamentos anti tuberculosis se tomen con regularidad por el periodo requerido. El cambio de positivo a negativo es el mejor indicador de que la fase inicial del tratamiento fue efectiva.

Sin embargo, también hay otros exámenes y pruebas que nos pueden informar sobre la evolución de la enfermedad.

El **monitoreo** de la persona con TB, nos permitirá identificar tempranamente la sospecha de fracaso al tratamiento y la posibilidad de resistencia a los medicamentos usados. Es sumamente importante que el personal de salud recolecte las muestras de esputo requeridas para poder realizar las diferentes pruebas bacteriológicas.

También los controles periódicos permiten evaluar a la persona clínicamente.

A continuación se presenta la Tabla 12 sobre el cronograma de las evaluaciones clínicas, exámenes y pruebas que se requieren en cada esquema de tratamiento.

Tabla 10

Control y seguimiento para PATB's según esquemas

Control y Seguimiento para PATB's en el Esquema Acortado

El PATB toma sus medicamentos diarios en presencia del personal de salud o de personal comunitario capacitado. Si el PATB vive en zonas rurales de difícil acceso, se hospitaliza por dos meses durante la fase inicial para que reciba el tratamiento acortado supervisado por el personal de salud o en su defecto se debe concientizar esmeradamente al PATB y su familia acerca de la importancia del tratamiento y hacer uso de un líder comunitario y/o colaboradora voluntario capacitado por el personal de salud para que estos administren el tratamiento bajo su supervisión.

¿Cuándo pasar a la segunda fase?

En la segunda fase, el PATB tiene que asistir a la unidad de salud tres días a la semana (con la presentación de RH 150mg/150mg en tabletas) para la toma de sus medicamentos (Rifampicina e Isoniacida). Se recomienda que los días que el PATB debe asistir sean lunes, miércoles y viernes. (Actualmente tenemos la presentación de RH 150mg/75mg en tabletas, en este caso la segunda fase debe ser diario, y tiene que ser supervisado cada dosis)

Si los exámenes de esputo reflejan ser BAAR negativos (conversión negativa) a los 2 meses ó 60 dosis de tratamiento, el PATB pasa a la segunda fase del esquema. Si el examen se mantiene BAAR positivo al segundo mes de tratamiento, se debe tomar muestra para cultivo y drogosensibilidad además debe continuarse el tratamiento de la fase intensiva de 4 semanas más, y hay que examinar el esputo a intervalos de una semana. Cuando los controles salen negativos al tercer mes de tratamiento se pasa a la segunda fase.

Si al término del tercer mes de tratamiento sigue BAAR positivo se pasa a la segunda fase con Rifampicina e Isoniacida. Si al quinto mes de tratamiento todavía continúa positivo, se discontinúa el esquema y se evalúa al PATB como fracaso (salida) al tratamiento Acortado. Se envía una muestra de esputo para estudio de drogosensibilidad (en caso de que no se haya tomado previamente) y se hospitaliza al PATB para iniciar el retratamiento, previa consulta con el responsable del componente TB en el SILAIS. Hay que reingresar al PATB en el Libro de Registro con la categoría de ingreso de fracaso (entrada).

Los controles baciloscópicos en la segunda fase se hacen al 4^{to.} 5^{to.} y 6^{to.} mes del tratamiento. Cuando el PATB ha completado 6 meses y los controles al 4^{to.} 5^{to.} y 6^{to.} mes salen negativos, se decide el alta del PATB. Si cualquiera de los dos últimos controles resultan positivos, se considera fracaso al acortado.

Control y Seguimiento para PATB's en Esquema de Retratamiento

Recuerde que antes de ingresar el PATB al esquema de retratamiento, se debe enviar muestra para cultivo y drogosensibilidad.

La Primera fase dura 3 meses, administrándose en los primeros 2 meses 4 medicamentos de forma combinada en una tableta: Isoniacida 75 mg (H) + rifampicina 150 mg(R) + Pirazinamida 400 mg (Z) + Etambutol 275 mg (E), añadiendo Estreptomicina 1 gr (S) inyectable. Estos medicamentos su administración debe ser supervisada de forma diaria por el personal de salud, al finalizar el segundo mes de tratamiento se suspende el uso de la estreptomicina. En el tercer mes se usan solamente cuatro drogas siempre en tabletas combinadas de Isoniacida 75 mg (H) + rifampicina 150 mg(R) + Pirazinamida 400 mg (Z) + Etambutol 275 mg (E).

El esputo será examinado una vez al mes comenzando al segundo mes de tratamiento. Si el BAAR sale negativo a los tres meses del tratamiento, se pasa a la segunda fase. La segunda fase es supervisada tres veces por semana y se agregan H y Etambutol según esquema.

Si el resultado es positivo a los 3 meses se debe prolongar la fase intensiva por un mes más con los mismos cuatro medicamentos (HRZE).

En caso de seguir positivo después de cuatro meses de tratamiento, se examinan los resultados de drogosensibilidad y si el PATB es sensible tiene todas las posibilidades de curarse si se mantiene con la segunda fase estrictamente supervisada. Cuando el PATB es resistente por lo menos a Rifampicina e Isoniacida, se declara con multifarmacorresistente (MDR/TB) y el PATB requiere esquema especial con drogas de segunda línea, según protocolo establecido.

6.4.1 El envío de la muestra para la baciloscopía y cultivo de control

Se debe completar un formulario de **Pedido de Examen Bacteriológico (BAAR)** y enviarlo con las muestras de esputo de control. Complete el formulario tal como lo haría para un examen de diagnóstico.

- El trabajador de salud debe solicitar dos muestras de esputo unos días antes de completar la dosis del mes, de tal manera que el paciente tenga el resultado al término de cada mes y pueda ser evaluado oportunamente.
- Asegurar la recolección de una buena muestra de esputo (vea Módulo 2: Detección de Casos de TB). Remítase al formulario de **Pedido de Examen Bacteriológico (BAAR)** en la sesión 9.

6.5. Hospitalización de la PATB

En la actualidad tan solo son cinco condiciones en las que está indicado el ingreso hospitalario:

- Criterio de gravedad del enfermo, ingresado por la gravedad en sí, no por la TB.
- Complicaciones de la enfermedad o de sus secuelas.
- Manejo de las RAFAS graves.
- Retratamiento de la TB con fármacos de segunda línea.
- Ocasionalmente por causas sociales.

Por lo tanto, la TB inicial no complicada no debe ser criterio de ingreso hospitalario.

Durante todo el tratamiento el personal de salud debe estar atento a la presencia de signos y síntomas que nos indiquen deterioro físico y psicológico en la persona con TB, así como a la presencia de las RAFAS. Hay ciertas condiciones graves en las cuales la persona requiere hospitalización, como por ejemplo:

- Insuficiencia respiratoria aguda
- Hemoptisis
- RAFAS graves
- Cambio de conducta en forma brusca
- Formas severas de TB (TB extrapulmonar de mal pronóstico, TB miliar)
- Desnutrición severa

En estos casos, el personal de salud de la unidad de salud a donde pertenece la persona afectada debe enviar una copia de la **Tarjeta de Tratamiento**, con las dosis de medicamentos que le corresponde.

Debe estar atento a cualquier indicación médica en coordinación con el personal de hospitalización y la familia.

Sesión 7

Adherencia al tratamiento

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Listar los diferentes factores por los cuales un paciente no se adhiere al tratamiento
- Describir las posibles intervenciones que deben realizarse frente a los factores encontrados.

Durante todo el tratamiento, el personal de salud deberá observar directamente la administración de los medicamentos a todo paciente con tuberculosis para garantizar su efectividad y, por lo tanto, lograr la curación. El tratamiento directamente observado ayuda a garantizar que los medicamentos sean tomados en las combinaciones y en los cronogramas correctos, así como que el paciente continúe el tratamiento hasta que haya tomado la última dosis. Sin embargo, el equipo de TB debe trabajar junto con el paciente para asegurar el cumplimiento de todo el proceso de atención y tratamiento.

7.1. ¿Qué es la adherencia al tratamiento?

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la TB y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con TB. La adherencia es importante porque la TB es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento.

7.2 ¿Qué es la concordancia?

La concordancia se nos presenta como la concreción de una atención centrada en la **persona enferma**, que deja de ser paciente para convertirse en coautor de su propia curación y de su propio bienestar. Concordancia es cuando ambos, el personal de salud y la persona con TB, entienden sus roles y responsabilidades para combatir a la enfermedad y los dos ponen de su parte para lograrlo. Si no existe concordancia entre el personal de salud y la persona con TB, la enfermedad será mucho más difícil de curar.

7.3 ¿Qué es la no adherencia?

La no adherencia es la incapacidad o la oposición de la persona con TB a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos.

La no adherencia es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la TB, a menudo los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la TB y puede provocar serias consecuencias.

Un paciente no adherente a todo el proceso de tratamiento puede:

- Permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad.
- Continuar transmitiendo la TB a otros.
- Desarrollar y transmitir la TB drogorresistente.
- Fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.

También es importante que las personas con infección de TB a las que se les prescribió quimioprofilaxis se adhieran a la terapia preventiva. Terminar la quimioprofilaxis puede evitar que las personas con la infección de TB desarrollen la enfermedad.

7.4 Razones para la no adherencia

Hay muchas razones por las que una persona podría tener problemas para cumplir con el tratamiento para la TB. En muchos casos, tanto las condiciones de la unidad de salud como las de su personal pueden presentar barreras a la adherencia del paciente. Sin embargo, durante la entrevista de enfermería se pueden detectar en el paciente factores de riesgo para la no adherencia con el consecuente abandono de la persona al tratamiento. Aquí tenemos algunos factores:

En muchos casos, tanto las condiciones de la unidad de salud como las de su personal pueden presentar barreras a la adherencia del paciente.

7.4.1 Factores del servicio de salud:

Mala relación con el personal de salud

Algunas personas con TB tienen una mala relación con el equipo de salud. Cuando los pacientes y trabajadores de salud no establecen una relación basada en respeto y confianza, esta relación inadecuada puede influenciar en la adherencia de las personas con TB. Si un paciente cree y confía en el personal de salud, es más probable que dicha persona siga las instrucciones y los consejos para cooperar con su trabajador de salud. También es más probable que los pacientes hagan preguntas y muestren sus inquietudes con respecto al tratamiento.

Personal no entrenado

Para una atención adecuada de TB se requiere de personal sensibilizado, motivado y entrenado en todo el manejo de la TB, lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación. Si la persona con TB siente que el personal de salud no sabe manejar su tratamiento, pierde confianza y respeto al servicio brindado, lo cual puede dificultar su adherencia.

Falta de confidencialidad

La TB es una enfermedad muy estigmatizada por lo que es necesario respetar siempre la confidencialidad de las personas con TB, e incluso de aquellas con sospecha de tener TB. El no guardar confidencialidad puede resentir al paciente y provocar el abandono del tratamiento para no ser identificado. No deberíamos, por ejemplo, poner el nombre del paciente en su caja de medicamentos. No es necesario ni correcto hacerlo; un número de caso o el código son suficientes. Ésta es una falta de confidencialidad porque cualquier persona puede leer los nombres en el área de tratamiento.

Falta de medicamentos e insumos de laboratorio

Si no hay suficientes medicamentos y/o insumos de laboratorio para la detección, tratamiento y control de las personas con TB, es posible que pierdan continuidad y confianza en el servicio que se les está brindando.

Ambientes inadecuados

Los ambientes sucios, oscuros, poco ventilados y desordenados no permiten ofrecer un servicio adecuado, donde el paciente pueda sentirse cómodo y bien atendido. Además, la presencia de estas condiciones contradice a la educación que se brinda a la persona con TB sobre medidas de prevención y de higiene. Se debe hacer el mayor esfuerzo por mantener ambientes limpios y ordenados, con adecuado flujo de aire para la atención a la persona con TB.

Falta de personal y servicios

La escasez de personal contribuye a demoras en la atención, la disminución del tiempo de atención por paciente y que éste sienta rechazo por el servicio brindado. También se debe considerar que para el caso de personas con TB con esquemas más complejos, se requiere el apoyo de servicios y especialistas que, tal vez, algunas unidades de salud no tengan. La persona con TB tiene que movilizarse a muchos lugares diferentes para sus controles y exámenes solicitados; puede cansarse y, consecuentemente, no cumplir con los mismos.

Accesibilidad al servicio de salud

La falta de acceso a la atención de salud puede, también, ser un obstáculo significativo para completar un esquema de TB. Se deben hacer esfuerzos especiales para lograr y proporcionar atención para pacientes sin un domicilio permanente o sin medios de transporte. Las personas con TB que trabajan pueden tener horarios de trabajo que interfieren con el horario de la unidad de salud.

También, en algunos casos (especialmente en las personas con TB MDR), no pueden pagar el costo de transporte, exámenes de control y medicamentos para tratar las RAFAS, todo lo cual puede dificultar el cumplimiento del esquema.

Falta de trabajo en equipo

Si el equipo de TB no trabaja junto, será más probable que se cometan errores o no se cumplan los deberes oportunamente. Esto hará que el servicio se vea perjudicado.

7.4.2 Factores de la persona con TB:

El paciente se siente mejor

Una vez que las personas con TB ya no se sienten enfermas, pueden creer que está bien dejar de tomar sus medicamentos anti tuberculosis. Los síntomas de TB pueden disminuir drásticamente durante la primera fase del tratamiento. Sin embargo, a menos que las personas con TB continúen con su tratamiento durante el tiempo indicado, algunos bacilos tuberculosos pueden sobrevivir, poniendo a los pacientes en riesgo de una recaída en la enfermedad de TB y, además, del desarrollo de organismos drogo resistentes.

Falta de conocimiento y comprensión

Algunas veces hay ciertos temas que las personas con TB no entienden del todo: el proceso de la enfermedad y su tratamiento, la prevención, el cómo tomar sus fármacos, los exámenes de control y las razones por las que la duración del tratamiento de TB es tan prolongada. Por eso no sólo es importante orientar a la persona con TB, sino hacerlo con palabras sencillas y otros métodos que se describen en el Módulo 7: Consejería en TB. Esta falta de conocimiento y comprensión puede llevar a una incapacidad o a una falta de motivación para terminar el tratamiento.

Creencias culturales o personales

Algunas personas con TB tienen fuertes creencias culturales o personales respecto de la enfermedad de la TB, de cómo se debe tratar y a quién pueden acudir para pedir ayuda.

Cuando el tratamiento de TB entra en conflicto con estas creencias, las personas con TB se pueden volver temerosas, ansiosas o, en última instancia, se pueden distanciar del personal de salud.

Falta de capacidad física y mental

Ciertas personas con TB no tienen la capacidad necesaria para seguir las instrucciones de un trabajador de atención de salud y adherirse a un esquema prescrito. Los grupos que están particularmente en riesgo de problemas de adherencia son: los pacientes ancianos con movilidad o destreza manual limitada, las personas con TB con problemas mentales y los niños pequeños.

El abuso de drogas y alcohol

Las personas con TB que abusan de las drogas y el alcohol pueden no dar prioridad al tratamiento de la TB porque se encuentran sumergidos en su adicción. Además, estas personas pueden tener malas relaciones con su familia y amigos, lo que perjudica el apoyo que puedan recibir de ellos. Además, los medicamentos les pueden ocasionar reacciones adversas con mayor frecuencia.

Falta de motivación

Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de TB. Las personas con TB pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento, o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o rechazadas). También, si las personas con TB tienen muchas prioridades con las que lidiar en sus vidas, tales como: falta de trabajo o trabajo mal remunerado, falta de vivienda, falta de alimentación, problemas de salud ocasionados por otras enfermedades (por ejemplo: VIH/SIDA), o el abuso de drogas, alcohol; es posible que no consideren como prioridad el seguir todo el tratamiento para la TB.

Cada persona con TB es única y puede tener sus propias razones para no adherirse. **Uno de los mejores pronósticos de adherencia es el testimonio pasado de un paciente y la calidad de atención que se le brinda.**

Si una persona con TB fue irregular en el pasado, es probable que encuentre similares problemas con el actual tratamiento. Si el equipo de

TB de la unidad de salud motiva a la persona con TB adecuadamente con un servicio de alta calidad, es más probable que responda positivamente. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cualquier persona con TB puede tener problemas con el cumplimiento del tratamiento.

Todos los días o semanas, deben decidir entre tomar o no tomar sus medicamentos. Lo que decidan los pacientes depende, a menudo, de la calidad de atención que reciban de los trabajadores de salud.

Las barreras son interferencias que impiden a una persona con TB poder adherirse a un tratamiento de TB. Muchos trabajadores de salud creen que pueden decir qué personas con TB serán adherentes, pero las investigaciones muestran que tienen razón sólo la mitad de las veces (es decir, sus predicciones son casi como “tirar una moneda al aire”). Aunque la adherencia es difícil de predecir, cuanto más sepa el trabajador de salud sobre el paciente, mejor podrá entender y encarar los problemas de éste. Tanto las personas con TB como los trabajadores de salud son responsables de asegurar que las personas con TB cumplan con el tratamiento. Todos los días o semanas, deben decidir entre tomar o no tomar sus medicamentos. Lo que decidan los pacientes depende, a menudo, de la calidad de atención que reciban de los trabajadores de salud.

Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de TB. Las personas con TB pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento, o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o

7.5. Intervenciones posibles por factores de riesgo

Todos estos factores son indicadores de riesgos para la irregularidad y abandono del tratamiento. Si el personal de salud reconoce algunos de estos factores en el servicio y/o la persona con TB, debe modificar dicho servicio o el trato con el paciente.

Para ayudar a las personas con TB a que completen el tratamiento, el trabajador de atención de salud necesitará calcular hasta qué punto dichos problemas representan barreras a la adherencia. Se puede utilizar un diagnóstico de comportamiento para encontrar qué es lo que le está causando problemas a una persona con TB en términos de adherencia y desarrollar estrategias para mejorar el plan de tratamiento de cada paciente (vea Tabla 1 y 2).

7.5.1 Factores del servicio de salud

Si el personal de salud identifica que la razón para la no adherencia al tratamiento se debe a factores relacionados con la atención que se brinda en la unidad de salud, tratará de modificar las debilidades de la mejor manera posible. A continuación se presentan algunas acciones a realizar:

Para ayudar a las personas con TB a que completen el tratamiento, el trabajador de atención de salud necesitará calcular hasta qué punto dichos problemas representan barreras a la adherencia.

Tabla 11
Intervenciones para mejorar la Adherencia - Servicio

Mala relación entre el trabajador de salud y la persona con TB

- Desarrolle habilidades de comunicación.
- Sea receptivo y abierto durante toda la atención.
- Escuche a la persona, no establezca juicios.
- Asegúrese de que el personal sea educado y cortés con las PATB's.
- Identifique cuáles son las actitudes negativas que se presentan con la PATB.
- Converse con otros PATB's y averigüe qué podría estar causando esa mala relación.
- Si es necesario, rote al personal de salud.
- Proporcione servicios de asistencia social y psicología.

Mala gestión y organización del servicio

- Asegure un entorno físico que sea cómodo y seguro para las PATB's.
- Asegúrese de tener la información al día y organizada en los registros.
- Programe con tiempo el pedido de insumos de laboratorio y medicamentos y asegúrese de adquirirlos.
- Respete el horario de atención en la Unidad de Salud y organice su tiempo para poder cumplir con todas sus actividades.
- Comunique a la PATB los horarios establecidos.
- Coordine con otras Unidades de Salud que tengan horarios más extensos y con personal especializado para facilitar la atención rápida y oportuna.
- Actualícese de manera permanente sobre el manejo de la TB.
- Respete la cultura y costumbres de la PATB.
- Mantenga confidencialidad sobre la información de la PATB.
- Converse con las personas con TB sobre las condiciones de su servicio y trate de identificar, en conjunto, soluciones para aplicarlas.

7.5.2 Factores de la persona con TB

El objetivo de la educación de la persona con TB es ayudarla a cambiar su comportamiento, instruyéndola acerca de la importancia de seguir el plan de tratamiento. Sin embargo, las experiencias han demostrado que, a menudo, la educación por sí sola no es suficiente para asegurar la adherencia. El trabajador de salud en concordancia con la persona con TB puede crear un plan de acción para superar las dificultades y promover la adherencia.

Tabla 12 Intervenciones para mejorar la Adherencia - Persona con TB

Falta de conocimiento
<ul style="list-style-type: none"> ● Evalúe el conocimiento, las creencias y los sentimientos de la PATB sobre la TB. ● Edúquelo dándole material escrito. ● Facilite toda la información necesaria a la PATB para que él asuma su compromiso de responsabilidad por su salud.
Olvido
<ul style="list-style-type: none"> ● Consiga ayuda de la familia o los amigos. ● Proporcione un recordatorio de medicamentos con dosis y días que debe cumplir. ● Relacione la toma de tabletas con otras actividades. ● Contáctele con PATB's puntuales y motivados.
Falta de motivación
<ul style="list-style-type: none"> ● Señale los peligros de la no adherencia y los beneficios de la terapia. ● Incremente la frecuencia de las visitas domiciliarias y las consultas en psicología y asistencia social. ● Hágale conocer la existencia de los clubes de PATB's. ● Contacto con PATB's que ya se curaron y tuvieron buena adherencia. ● Organice o facilite las sesiones educativas donde los PATB's exponen sus experiencias previas y explican las formas en que resolvieron las dificultades que se presentaron.
Temor a los efectos secundarios o presencia de RAFAS (reacciones adversas a fármacos anti tuberculosis)
<ul style="list-style-type: none"> ● Brinde información sobre las probables RAFAS, su manejo y sobre la importancia de informar al personal de salud sobre su ocurrencia. ● Brinde atención inmediata frente a una RAFA. ● Dé tiempo adicional para hablar sobre los efectos secundarios conocidos. ● Brinde seguridad. ● Informe sobre la toma de los medicamentos antes o después de las comidas, acorde a lo indicado. ● Haga que el personal de salud esté disponible para responder preguntas. ● El médico tratante debe cambiar los medicamentos o las dosis si fuera necesario.
Falta de habilidad para tomar los medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> ● Demuestre y explique la forma correcta de tomar los medicamentos. ● Haga que la práctica de la persona con TB sea en forma guiada.

Falta de apoyo de la familia o de los amigos

- Haga visitas a domicilio.
- Aliente a la familia o a los amigos a que acompañen a la PATB en sus visitas al Unidad de Salud.
- Brinde a la familia información educativa sobre la TB y su prevención.
- Facilite la reunión con otras personas con TB que tuvieron experiencias similares.

Otras condiciones médicas o limitaciones físicas

- Coordine con la persona y la familia para la mejor manera de administrar el tratamiento.
- Apóyese en un promotor de salud y convóquelo, si lo hubiera.

Abuso de alcohol y drogas

- Explique a la persona con TB la interacción del alcohol y drogas con los medicamentos antituberculosos.
- Refiéralo a un especialista (tenga un directorio de lugares alternativos existentes).
- Converse con la familia para que intervenga o ayude en la solución de este problema.
- Coordine a través del servicio social la incorporación de la PATB a los centros de rehabilitación.

Sesión 8

Calidad de la atención

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Enumerar las características fundamentales que se requieren para brindar una atención de calidad.

La calidad de atención ayudará a brindar una cobertura mayor, oportuna y eficaz en la atención a los enfermos de TB, mediante el seguimiento permanente de las acciones de prevención y control de la enfermedad. La calidad de atención debe ser permanente en todo el proceso de atención al paciente con TB pero, a la vez, es esencial para garantizar la continuidad del tratamiento y el éxito del mismo.

8.1. Calidad de atención

La calidad de atención a las personas con TB implica un enfoque de atención integral, considerando los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para el control de la TB que discurren por todos los ciclos de vida. Una calidad en la atención no hace diferencias de género y tiene clara la equidad en el acceso a los recursos, así como el respeto a los derechos humanos de las personas.

En el tratamiento de la TB, la calidad de atención los pacientes es una parte fundamental de la estrategia y ayudará a prevenir los tratamientos irregulares, abandonos, fracasos y fallecidos. Además, implicará un mejor nivel de satisfacción de las personas que acuden a los servicios. Todos los factores previamente mencionados contribuirán a que la persona con TB acepte y cumpla con los aspectos del tratamiento y, por consiguiente, se logrará el éxito del mismo.

Las características fundamentales que se necesitan para decir que los servicios de salud brindan calidad en la atención a personas con TB son las siguientes:

Oportunidad

Respuesta a la enfermedad de la TB con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno y adecuado.

Eficacia

Los esquemas terapéuticos para la TB deben ser altamente efectivos, de tal manera que la persona afectada tenga una alta probabilidad de curarse en el menor tiempo posible. Los servicios de salud deben garantizar la provisión y manejo adecuado de insumos y esquemas terapéuticos.

Integralidad

Acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente, en un proceso que incluye los momentos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Accesibilidad

Implica las condiciones necesarias para que las personas con TB puedan obtener servicios de salud para ellos y su familia o contactos, disminuyendo las barreras geográficas y socioeconómicas.

Éstas incluyen, entre otras, la distancia a la que se encuentre el servicio de atención; mientras más lejano esté del hogar de la persona con TB, menos interés tendrá en acudir para el diagnóstico y tratamiento. No menos importante es que, siendo habitualmente muy pobre la población de enfermos tuberculosos, toda exigencia de pago para recibir cuidados médicos postergará las posibilidades de un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento efectivo. También incluye el horario de atención y el acceso al personal especializado para asegurar que se cumpla con la demanda de atención.

Seguridad

Las condiciones en las unidades de salud deben garantizar tanto a los usuarios como a los trabajadores de la de salud, condiciones adecuadas para prevenir riesgos de transmisión de la TB. (Para mayor información sobre riesgos de transmisión y control de infecciones, vea el Módulo 5: Control de Infecciones).

Respeto al usuario

A todos los pacientes con TB se les debe considerar como personas y como sujetos de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales, escuchándolos, atendéndolos con cordialidad y prontitud (vea el Módulo 7: Consejería en TB).

Información completa

A las personas con TB se les debe dar información con contenidos veraces, oportunos y entendibles, principalmente del proceso de tratamiento, con la finalidad que dicha información les permita tomar decisiones sobre su salud (vea el Módulo 7: Consejería en TB, para una discusión detallada de los temas que el personal de salud debe abarcar con el paciente con TB).

A los pacientes con TB se les debe dar información con contenidos veraces, oportunos y

Trabajo en equipo

El personal de salud que atiende a las personas con TB debe tener visión compartida sin contradicciones, con responsabilidades definidas, comunicándose entre sí, complementando sus capacidades y desarrollando sus potencialidades, de tal manera que con todo ello permita dar al paciente un ambiente de armonía con un mismo objetivo: llegar al éxito de su tratamiento.

Participación social

Las personas con TB actualmente en algunos municipios se encuentran organizadas en Clubes de PATB's. Esto permite el fortalecimiento de conocimientos, apoyo y la difusión de información con respecto a diversos temas sobre la TB. Asimismo permite conocer la percepción de salud desde el lado del paciente. El personal debe fomentar la participación comunitaria y social para así tener una atención de salud más consolidada y eficaz para el paciente, llegando así, poco a poco a una relación más horizontal.

Es importante reconocer y respetar que la organización de las personas con TB es una iniciativa de los propios pacientes y esto exige respetar su autonomía e independencia. Cada vez más las personas con TB realizan una educación entre pares.

Todos estos factores, en conjunto, van a permitir una buena calidad de atención a las personas con TB. Se debe monitorizar permanentemente el cumplimiento de estos factores para garantizar la continuidad del tratamiento y el éxito del mismo.

Sesión 9

Seguimiento de pacientes irregulares

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Explicar por qué es importante realizar seguimiento a los pacientes irregulares.
- Describir qué actividades se deben realizar con los pacientes irregulares.

Algunas personas pueden faltar al tratamiento por diferentes razones. Es necesario tomar medidas de intervención inmediatas para garantizar la continuidad del tratamiento en estos casos.

9.1. Personas con TB irregulares

Son pacientes irregulares aquellos que no asisten a tomar una dosis de sus medicamentos. Quien no asiste a tomar una dosis de su medicamento, presentará un riesgo de abandonar el tratamiento, transmitir la TB a otras personas y desarrollar una resistencia a los medicamentos.

Por ello, es necesario tomar medidas de forma inmediata para resolver este problema. En otras instancias se tiene que coordinar con el paciente para lograr que la administración del tratamiento sea ininterrumpida, como puede ser el caso de alguno que viaje constantemente.

Quien no asiste a tomar una dosis de su medicamento, presentará un riesgo de abandonar el tratamiento, transmitir la TB a otras personas y desarrollar una resistencia a los

9.2. Haga los arreglos para las PATB's que viajan

Durante la administración del tratamiento, pida a la persona con TB que le informe si va a viajar, de modo que pueda organizarse para continuar el tratamiento sin interrupciones.

Si un paciente va a viajar fuera de la zona, brinde instrucciones y medicamentos por un corto periodo. De ser necesario, podrá brindar medicamentos hasta para una semana.

Si una persona con TB va a viajar o se ausentará por más de una semana, identifique un unidad de salud en la zona donde estará el paciente, para que supervise el tratamiento durante ese tiempo.

Si un paciente va a viajar fuera de la zona, brinde instrucciones y medicamentos por un corto periodo.

Coordine con ellos para que facilite los medicamentos y la supervisión de su administración.

Adjunte una copia de la **Tarjeta de Tratamiento** de la persona y los medicamentos para esos días. Si no es posible que la otra unidad supervise el tratamiento, prepárele los medicamentos para el viaje.

Si los medicamentos del paciente no están previamente empaquetados, prepare un paquete de medicamentos por separado por cada día que estará ausente. Bríndele cuidadosamente las instrucciones, oralmente y por escrito, sobre cómo tomar los medicamentos. Señale el número y color de los medicamentos en cada paquete diario. Explique a la persona lo siguiente:

- Que tome los medicamentos a la misma hora cada día
- Que tome las pastillas con agua o el líquido de su preferencia.
- Que tome al día todos los medicamentos juntos.

Haga preguntas de verificación para asegurarse de que el paciente haya entendido cuándo y cómo tomar los medicamentos.

Después del periodo de viaje, felicite a la persona con TB por regresar al centro de salud para continuar con el tratamiento.

Pregunte si le quedan algunos medicamentos (los medicamentos restantes pueden deberse al olvido de tomar una dosis o por haber regresado anticipadamente). Devuelva cualquier medicamento sin utilizar a la caja de tratamiento del paciente.

Es importante señalar que sólo se cuentan las dosis tomadas bajo supervisión para cumplir las dosis necesarias del esquema.

El paciente aún necesitará tomar todas las dosis bajo supervisión.

Los días en que se auto administró alguna dosis simplemente extenderán el periodo de tratamiento.

9.3. Cómo marcar la Tarjeta de Tratamiento de la PATB

En la *Tarjeta de Control* del paciente, marque con una equis (X) **después** de administrar el **tratamiento supervisado**. Si el paciente se auto administra el tratamiento marcar con doble A (**AA**) de **Auto Administrado** y luego escriba en el reverso de la tarjeta en la parte de "**comentarios**" los días en los cuales el paciente se auto administró los medicamentos. Se considera que el paciente que viaja es irregular.

Ejemplo

En el siguiente ejemplo, el paciente recibió su tratamiento en la unidad de salud hasta el 15 de mayo y por motivos de viaje el paciente se auto administró los medicamentos del 16 al 20 de mayo (a excepción del domingo 19 de mayo). El paciente regresó al centro de salud el 21 de mayo. Se registra en la Tarjeta que faltó esos días pero se debe escribir en la parte de "**comentarios**" que el paciente estaba de viaje y se auto administró el tratamiento. (Ver figuras 1 y 2.)

Figura 1

Ejemplo de cómo marcar la Tarjeta de Tratamiento de la PATB

Ficha de Tratamiento de Personas Afectadas por Tuberculosis

Ministerio de Salud
Programa de Control de Tuberculosis

SILAIS: Esteli
Municipio: Esteli

Nombre: Jesús Miguel Ordóñez Munguía
Dirección (completa): Costado Oeste de la Iglesia Católica; Barrio Esteli

Clasificación de la Enfermedad
Pulmonar: Extrapulmonar:
Ubicación Extrapulmonar: _____

Nombre y Dirección de un Contacto: _____

Inicio de Síntomas:

Día	Mes	Año

 Primera Consulta:

Día	Mes	Año

Fecha de Diagnóstico:

Día	Mes	Año
01	05	06

 Inicio de Tratamiento:

Día	Mes	Año
03	05	06

Sexo: M F Edad: 45 años Cicatriz de BCG: Sí: No: Dudosa:

Categoría del Paciente:

Nuevo	<input checked="" type="checkbox"/>	Traslado	<input type="checkbox"/>	Multiresistente:	<input type="checkbox"/>
Recaída	<input type="checkbox"/>	Vuelto a Tratar	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Fracaso	<input type="checkbox"/>	Crónico	<input type="checkbox"/>		

Mes	Resultado de Exámenes de Esputo						Peso en Kg.
	Lab. Local		Lab. Referencia		Drogosensibilidad		
	Fecha	BAAR	BAAR	Cultivo	Sensible a:	Resistente a:	
0	01/05/06	(+)					66
2							
4							
6							
8							

Fase Intensiva Inicial:
Se administrarán 60 dosis de RHZE en el caso del esquema Acortado y Pediátrico en la Primera Fase siendo supervisado diario en el tratamiento
En el caso del Retratamiento se administrarán 60 dosis de SRHZE y 30 Dosis de RHZE en la Primera Fase siendo supervisado diario

Mes	Día	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
Mayo	06		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	AA	AA	AA	AA	X											

Esquemas a Administrar en Fase Intensiva Inicial
Drogas Combinadas, escriba el número de Tabletas/Capletas a Administrar según Esquema de Tratamiento, supervisión diaria

Casos Nuevos Acortado / Pediátrico

4

RHZE

Retratamiento Primeros 2 meses

S de 1 gr. por dos meses

RHZE

Retratamiento en el Tercer mes

RHZE

Qué tipo de Reacción Adversa ha presentado la persona afectada por tuberculosis en la primera fase? (Especifique)

Sí: No:

Marcar la casilla con una Equis (X), después de administrar el tratamiento supervisado Ver Reverso para la fase de continuación

9.4. Realice visitas domiciliarias para PATB irregulares

Si una persona con TB pierde una dosis programada, encuéntrelo haciendo una visita a su domicilio dentro de las siguientes 24 a 48 horas. Es importante para el personal del centro de salud hacer coordinaciones de modo que sean posibles las visitas a domicilio. Se debe coordinar con el personal de salud del centro la atención de los pacientes mientras se realiza la visita domiciliaria. Utilice la dirección de la **Tarjeta de Tratamiento** del paciente para ubicarlo. Cuando realice la visita a domicilio, lleve consigo los medicamentos del paciente. Si no se encuentra en casa, pregunte a la familia o a los vecinos dónde se encuentra para ubicarlo. Si es necesario, visite a la persona de contacto mencionada en la **Tarjeta de Tratamiento**. (Ver en anexos formato e instructivo de Visita Domiciliar).

Si una persona con TB pierde una dosis programada, encuéntrelo haciendo una visita a su domicilio dentro de las siguientes 24 a 48 horas.

Cuando encuentre al paciente, converse con él y su familia sobre el problema que causó la interrupción del tratamiento. Trate de dialogar y buscar junto con el paciente alternativas.

Formule preguntas como las siguientes:

- ¿Por qué perdió su cita?
- ¿Qué problemas le hicieron olvidar su cita?

Formule preguntas adicionales y escúchelo cuidadosamente para averiguar si surgieron dificultades relacionadas con estos puntos:

- Las actitudes del personal del centro de salud que supervisa el tratamiento.
- El tiempo de espera en el centro de salud.
- El transporte.
- Los compromisos laborales y familiares.
- Los efectos secundarios del tratamiento.
- Otros problemas de salud.

Cuando haya averiguado la causa del problema, trate de ayudar a la persona con TB a solucionarlo. Se presentan algunos ejemplos de causas y soluciones posibles en la Tabla 14 de la siguiente página.

Tabla 13
Problemas y soluciones para PATB's que interrumpen su tratamiento

Ejemplos de posibles causas de dosis perdidas:	Soluciones posibles:
Resulta inconveniente ir al centro de salud.	<p>Trate de dialogar y buscar junto con la PATB alternativas.</p> <p>Identifique otro centro de salud más cercano al domicilio o trabajo de la PATB.</p>
Al PATB le desagrada asistir al centro de salud debido a la larga cola.	<p>Converse con la PATB sobre el por qué en la demora de la atención; haga coordinaciones para que el PATB con TB no tenga que esperar en la cola.</p> <p>Establezca el horario de atención de la PATB.</p>
El PATB presentó RAFA.	<p>Brinde una recomendación adecuada o fármacos para las RAFAS o, de ser necesario, transfiera a la PATB (vea la sesión 5 en el Módulo 3: Tratamiento de Personas con TB).</p>
El PATB tuvo dificultad para tragar debido al dolor (por candidiasis oral, común en PATB's con SIDA).	<p>Brinde recomendaciones sobre cómo facilitar la administración del tratamiento (por ejemplo: moler las tabletas o utilizar jarabes) y transfiera a la PATB al médico especialista.</p> <p>Converse con la PATB para buscar otras alternativas.</p>
El PATB no puede dejar a niños pequeños en la casa y está cansado de llevarlos al Centro de Salud.	<p>Sugiera que un familiar o vecino vigile a los niños.</p> <p>Haga recordar a los familiares y vecinos que la PATB debe continuar con el tratamiento para proteger su salud, particularmente la salud de los niños. De ser posible, identifique a un promotor del tratamiento de TB en la comunidad, que viva cerca de la casa de la PATB.</p> <p>Anímelo a participar de las reuniones de los Clubes de PATB's, jornadas educativas, a compartir con otras personas afectadas (en tratamiento o ya curados), sus experiencias.</p>

Vea la sesión 1 para otras soluciones a los problemas que se puedan presentar.

A veces el paciente simplemente necesita ser reconocido como persona, estar motivado y recordar las razones por las que no debe interrumpir el tratamiento. Hágale recordar la necesidad de tomar todos los medicamentos recomendados a la vez, durante el tiempo recomendado para que se cure. Si sólo toma algunos de los medicamentos o si los toma de manera irregular, resultará peligroso y puede hacer que la enfermedad sea difícil o imposible de curar. Incluso después de empezar a sentirse mejor, el paciente debe continuar tomando los medicamentos durante todo el periodo.

Motive al paciente con frases tales como:

- *“La TB puede curarse si sigue viniendo por sus medicamentos y así no tendrá que preocuparse por la enfermedad nunca más.”*
- *“A usted sólo le faltan tomar X dosis diarias más (diga el número de dosis que faltan). Después, vendrá con menos frecuencia.”*
- *“Estos son los medicamentos más seguros y efectivos en cualquier parte del mundo que están disponibles para tratar la TB.”*
- *“Casi todos los pacientes que toman sus medicamentos, tal como se les indicó, se han curado.”*
- *“Si usted sigue tomando sus medicamentos, no transmitirá la TB a su familia.”*
- *“Tus compañeros también pasarán por lo mismo, conversa con ellos, te ayudará a compartir y despejar tus dudas.”*

Para la persona que no ha tomado una o más dosis bajo TDO, extienda el periodo del tratamiento hasta que se tomen todas las dosis programadas. Anotar “AA” en la **Tarjeta de Tratamiento** las casillas de las fechas de las dosis que no asistió. Comente sobre la acción tomada en la parte de “comentarios”, por ejemplo: “visitas a domiciliarias, tratamiento reanudado; educación entre pares”.

Posteriormente continúe registrando el tratamiento como lo hacía antes de la interrupción.

Para la persona que no ha tomado una o más dosis bajo TDO, extienda el periodo del tratamiento hasta que se tomen todas las dosis programadas.

9.5. Ubique a las personas con TB que están en riesgo de abandono al tratamiento

Si en la entrevista de enfermería se detectaron algunos factores de riesgo para la no adherencia, el personal de salud debe tomar todas las precauciones para evitar el abandono.

Por ejemplo, fomentar los testimonios de otros pacientes puede ser muy eficaz. Si a pesar de ello, el paciente empieza a ser irregular en la asistencia al tratamiento, se debe hacer todo el esfuerzo posible para tratar de recuperarlo, tal como se ha mencionado en la sección 9.4.

Si no puede ubicar a un paciente que ha interrumpido el tratamiento en el domicilio registrado en la **Tarjeta de Tratamiento**, intente encontrarle a través de la persona de contacto mencionada en dicha tarjeta.

Busque información y deje mensajes a los parientes o, en último caso, en el centro laboral del paciente, todo esto con mucho cuidado y tino. Intente averiguar si se encuentra ausente temporalmente o se ha mudado definitivamente. Si el paciente se ha mudado, intente averiguar la nueva dirección y notifique al centro de salud más cercano al nuevo domicilio.

Así podrá ser transferido eventualmente al cuidado de otro centro de salud.

Si se encuentra al paciente y retoma su tratamiento dentro del mes, se deberá continuar con el mismo tratamiento y se prolongará hasta completar las dosis perdidas.

Si el tratamiento es interrumpido por 30 días o más, se dice que la persona ha abandonado el tratamiento. Se deberá ingresar el resultado del tratamiento como “abandono” en la **Tarjeta de Tratamiento** y en el **Libro de Registro de Pacientes**. Si la persona regresa, tendrá que ser reevaluada a fin de determinar el tratamiento adecuado. Se comenzará con una nueva **Tarjeta de Tratamiento**, tendrá nuevo número de caso índice y su condición de ingreso será “abandono recuperado” o Vuelto a Tratar.

Si el tratamiento es interrumpido por 30 días o más, se dice que la persona con TB ha abandonado el tratamiento. Se deberá ingresar el resultado del tratamiento como “abandono” en la Tarjeta de Tratamiento.

Sesión 10

Las referencias y contrarreferencias de la PATB

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Explicar los pasos a seguir para realizar la transferencia del paciente.

Algunos pacientes pueden tener diferentes razones por las cuales deben ser referidos a otras unidades de salud. Para ellos es necesario realizar la referencia para garantizar la continuidad del tratamiento.

10.1. Coordine las referencias de la PATB.

Algunas de las razones por las cuales un paciente requiere ser referido son: el cambio de domicilio o trabajo, requerimientos de mayor complejidad de atención (manejo de esquema MDR) o coordinaciones internas entre unidades de salud (adecuación de horario de atención y cercanía al centro de salud). En todos estos casos el procedimiento para la realización de las referencias es el mismo, con algunas particularidades que se mencionarán después.

Para coordinar la referencia de una persona con TB a otra unidad de salud la enfermera tendrá que hacer lo siguiente:

1. Explicar al paciente las coordinaciones que deben realizarse previamente.
2. Coordinar con la nueva unidad de salud que recibirá al paciente.
3. Llenar la hoja de **Referencia y Contrarreferencia de Pacientes**.
4. Preparar los medicamentos para ser enviados a la nueva unidad así como la copia de la tarjeta de tratamiento.
5. Obtener la respuesta de la Unidad de Salud que recibirá al paciente.
6. Registrar los resultados de la referencia del paciente en la **Tarjeta de Tratamiento**.
7. Mantenga comunicación con la unidad de salud a fin de conocer la evolución del paciente y registre la condición de egreso.

Cuando una persona con TB refiere que cambiará de domicilio, ya sea en el mismo departamento o en otro, o requiera ser transferido por el manejo de un esquema terapéutico más complejo, la enfermera de la unidad de salud tiene que identificar, en la nueva zona, un centro de salud adecuado para el tratamiento.

10.1.1 Coordinar con la nueva unidad de salud

Cuando una persona con TB refiere que cambiará de domicilio, ya sea en el mismo departamento o en otro, o requiera ser referido por el manejo de un esquema terapéutico más complejo, la enfermera de la unidad de salud tiene que identificar, en la nueva zona, un centro de salud adecuado para el tratamiento. Una vez identificado, haga las coordinaciones con la nueva unidad para asegurarse de que la persona con TB será recibida y atendida sin complicaciones.

Se debe establecer la manera en que harán llegar los medicamentos completos del paciente.

Converse con la persona con TB sobre el cambio de Unidad de Salud y la necesidad de continuar su tratamiento.

10.1.2 Explicar a la PATB el proceso de referencia

Converse con la persona con TB sobre el cambio de unidad y la necesidad de continuar su tratamiento. Enfatique la importancia de informar al nuevo centro de salud. Explique que para curarse, el paciente debe continuar tomando todos los medicamentos requeridos durante el tiempo necesario. En caso sea necesario, proporciónale dosis para su auto administración por varios días hasta que el paciente haya obtenido el nuevo domicilio. Enfatique la importancia de llevar la **Hoja de Referencia y Contrarreferencia del Paciente** y la copia de la **Tarjeta de Tratamiento** al nuevo centro de salud. Explique que dichas hojas describen los medicamentos correctos que deberán administrarse al paciente para ser curado.

10.1.3 Llenar la Hoja de Referencia y Contrarreferencia de la PATB

Esta hoja de referencia se utilizará tanto en todas las unidades de Atención Primaria, como en los Hospitales, siempre que por cualquier causa sea referido un paciente con tuberculosis es obligatoria para el traslado y alta de pacientes de cualquier Unidad de Salud del país. Se deberá llenar la hoja con letra legible original y copia la cual se archivara en el expediente. (Ver formato en la Figura 3).

Figura 3 Ficha de Referencia y Contrarreferencia de PATB's

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS REFERENCIAY CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SILAIS _____ Municipio: _____
 Unidad de Salud _____ Fecha:
 Paciente: _____ Edad: _____
 Dirección: _____
 Profesión: _____ Sexo: Peso en Kg.: _____
 Fecha de Ingreso: Fecha de Ingreso:

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Pulmonar Nuevo: Extrapulmonar: Recaída: Fracaso:
 Vuelto a tratar: Otro:

RESULTADOS DE BACTERIOLOGÍA

BAAR ingreso: _____ Fecha:
 BAAR egreso: _____ Fecha:
 Fecha Cultivo: Positivo: Negativo:
 Drogosensibilidad: R: INH: E: S: PPD: _____ mm
 Cicatriz de BCG: Sí: No: Dudoso:

TRATAMIENTO INDICADO

Acortado: _____ Pediátrico: _____ Retratamiento: _____

DOSIS RECIBIDAS

	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
Estreptomina 1 gr. :	_____	_____
RH/ 150/100 mg :	_____	_____
Pirazinamida 400 mg. :	_____	_____
TH 300/150 mg :	_____	_____
TH 100/50 mg :	_____	_____
Etambutol 400 mg. :	_____	_____
INH 100 mg. :	_____	_____

Fecha de inicio del tratamiento:
 Fecha de inicio de la II Fase:

Observaciones: _____

Firma del médico

Tabla 14

Llenado de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia de PATB's

SILAIS	Anotar el nombre del departamento.
Municipio	Anotar el nombre del municipio donde.
Unidad de Salud	Anotar el nombre de la Unidad de Salud que está refiriendo a la PATB.
PATB	Anotar el Nombre completo de la PATB.
Edad	Anotar los años cumplidos de la PATB.
Dirección	Completa del domicilio de la PATB.
Profesión	Anotar oficio que desempeña la PATB.
Sexo	Anotar la letra inicial del sexo de la PATB.
Peso en kilos	Anotar el peso inicia en kilos de la PATB.
Fecha de ingreso	Anotar el día, mes y año en que la PATB fue ingresada la PATB a la unidad de salud.
Fecha de Egreso	Anotar el día, mes y año en que la PATB egresó de la unidad de salud que la refiere.
Clasificación del PATB	
Pulmonar Nuevo	Escribir una "X" en caso que la PATB tenga TB por primera vez.
Extrapulmonar	Escribir una "X" en caso de que la PATB presente una TB fuera de los pulmones
Recaída	Escribir una "X" en caso de que la PATB haya sido anteriormente curada de tuberculosis, pero que de nuevo presentan la enfermedad.
Fracaso	Escribir una "X" en caso de que la PATB a pesar del tratamiento (acortado) continúan con baciloscopia positiva al quinto mes del tratamiento o que se negativiza en los primeros meses y antes de terminar el período de tratamiento se vuelven positivos.
Vuelto a Tratar	Escribir una "X" en caso de que la PATB haya abandonado el acortado anteriormente y se presentan de nuevo con baciloscopia positiva .
Otro	Escribir una "X" en caso de que la PATB presente una TB MDR.
Resultados de bacteriología	
BAAR de ingreso	Anotar el resultado de la baciloscopia de diagnóstico que se le realizó a la PATB antes del tratamiento de y de su ingreso al componente, según lo emitió el laboratorio.
Fecha	Anotar la fecha en que se realizó la baciloscopia de diagnóstico a la PATB antes del tratamiento y de su ingreso al componente,
BAAR de egreso	Anotar el resultado de la baciloscopia realizada a la PATB al egresar de la unidad de salud que realiza la referencia, según lo emitió el laboratorio.
Fecha	Anotar la fecha en que se realizó la baciloscopia de egreso de la PATB.
Fecha de Cultivo	Anotar la fecha en que se realizó cultivo a la PATB.
Positivo	Escribir una "X" en caso de que en el resultado del cultivo refleje crecimiento de colonias de M. Tuberculosis.
Negativo	Escribir una "X" en caso de que en el resultado del cultivo no refleje

	crecimiento de colonias de M. Tuberculosis.
BAAR de egreso	Anotar el resultado de la baciloscopía realizada a la PATB al egresar de la unidad de salud que realiza la referencia, según lo emitió el laboratorio.
Fecha	Anotar la fecha en que se realizó la baciloscopía de egreso de la PATB.
Fecha de Cultivo	Anotar la fecha en que se realizó cultivo a la PATB.
Positivo	Escribir una "X" en caso de que en el resultado del cultivo refleje crecimiento de colonias de M. Tuberculosis.
Negativo	Escribir una "X" en caso de que en el resultado del cultivo no refleje crecimiento de colonias de M. Tuberculosis.
Drogosensibilidad	Escribir una "X" en caso de que además de realizarle un cultivo se le haya indicado una prueba de drogosensibilidad.
R	Escribir una "S" o "R" en caso de que el resultado de la prueba sea "sensible" o "resistente" a la rifampicina.
INH	Escribir una "S" o "R" en caso de que el resultado de la prueba sea "sensible" o "resistente" a la Isoniacida.
E	Escribir una "S" o "R" en caso de que el resultado de la prueba sea "sensible" o "resistente" a la Etambutol.
S	Escribir una "S" o "R" en caso de que el resultado de la prueba sea "sensible" o "resistente" a la Estreptomycin.
PPD	Anotar la medida en milímetros de la Prueba de tuberculina.
Cicatriz de BCG	Escribir una "X" según sea el caso: Sí tiene cicatriz, No tiene cicatriz o se duda que tenga cicatriz de BCG,
Tratamiento indicado	
Acortado	Escribir una "X" en caso que la PATB se le haya administrado el esquema Acortado.
Retratamiento	Escribir una "X" en caso que la PATB se le haya administrado el esquema Retratamiento.
Pediátrico	Escribir una "X" en caso que la PATB se le haya administrado el esquema Pediátrico.
Otro	Escribir una "X" en caso que la PATB se le haya administrado el esquema MDR.
Dosis recibidas	
Estreptomycin 1 gr.; RH/ 150/100 mg; Pirazinamida 400 mg; TH 300/150 mg; TH 100/50 mg; INH 100 mg; Etambutol 400 mg	Escribir el número de dosis que las PATB hayan recibido de cada uno de los fármacos según esquema durante la primera o segunda fase.
Fecha de inicio del tratamiento	Anotar la fecha en que se ingresó a la PATB al componente de tuberculosis.
Fecha de inicio de la II Fase	Anotar la fecha en que la PATB inició la segunda fase del tratamiento.
Observaciones	Si la PATB sufre de una enfermedad secundaria, complicación, embarazo o reacciones adversas a los medicamentos.
Firma del Médico	El médico de la unidad debe registrar su nombre y código al momento de finalizar el llenado de la referencia y agregar el sello de la unidad

asistencial.

10.1. 4 Preparar los medicamentos para ser enviados a la nueva Unidad de Salud

Cuando escriba en la *Hoja de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes*, va a estar señalado el número de dosis restantes. Estas dosis deben ser empaquetadas por tipo de medicamento y selladas para el envío. Se enviarán estos medicamentos una vez recibida la aceptación de la nueva unidad de salud.

(Nota: no proporcione los medicamentos completos a la PATB para que se los lleve; brinde sólo las dosis suficientes para los días de viaje.)

10.1. 5 Respuesta de la Unidad de salud que recibirá a la PATB.

Para confirmar que la referencia fue exitosa, póngase en contacto con la Unidad de salud donde refirió al paciente para preguntar si se ha reportado para el tratamiento (anotando en el Libro de Registro de pacientes, en la columna de “Observaciones” con qué unidad de salud se comunicó y la fecha en que lo hizo). De no ser así, informe a la unidad de salud dónde puede ubicar al paciente. Si nunca se confirma la referencia (es decir, la unidad de salud nunca informa la condición de egreso del paciente), los resultados del tratamiento del paciente se registrarán en la *Tarjeta de Tratamiento* original y en el Libro de Registro de pacientes, como una “referencia o Traslado sin confirmar” (según sea el caso). Si se confirma la referencia o el traslado, preguntará luego sobre los resultados del tratamiento del paciente, de manera que podrá registrarlos en la *Tarjeta de Tratamiento* del paciente.

Si no recibe la confirmación de la unidad de salud, póngase en contacto con dicha unidad para preguntar si el paciente se ha reportado para el tratamiento.

10.1.6 Registrar los resultados del paciente en la Tarjeta de Tratamiento.

Recuerde que es responsabilidad del centro de salud de origen el que atendió primero, averiguar los resultados del tratamiento de un paciente que es trasladado o referido. Se puede averiguar el resultado del tratamiento (condición de egreso del paciente) a través de una comunicación directa con el o la responsable del componente a nivel de SILAIS. Los posibles resultados del tratamiento de la PATB referida deberán ser los mismos que las de otras PATB y que se encuentran detallados en el *Libro de Registro de PATB*.

Cuando reciba a una PATB de otra unidad de salud (de otro SILAIS o Departamento), anote la fecha en la casilla de *Traslado Entrada* y no se olvide de informar los resultados del tratamiento al centro de salud de origen e informe los resultados del tratamiento tal como se describe en el presente Módulo.

En caso de que usted traslade a una PATB a una unidad de salud de otro SILAIS, la fecha en la casilla de *Traslado Salida*. Si no confirmación del SILAIS donde supuestamente se dirigía hay que solicitar por medio de él o la responsable del componente a nivel de SILAIS la ubicación de dicha PATB, sin embargo, si ya ha pasado más de un mes y la PATB no ha sido ubicada su localización se consideraría un abandono al tratamiento.

Recuerde que es responsabilidad del centro de salud de origen (el que atendió primero) averiguar los resultados del tratamiento de un paciente que es trasladado o referido.

Sesión 11

Determinar los resultados del tratamiento

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Enumerar las diferentes condiciones de egreso del paciente con TB.

11.1. Condiciones de egreso de la PATB

El médico del Componente da de alta al paciente cuando termina el tratamiento. Se culmina el esquema de tratamiento cuando el paciente ha tomado la última dosis de medicamentos y ha cumplido con todos los exámenes o pruebas requeridos. Algunos pacientes no culminan el tratamiento por varios motivos, entre ellos: porque mueren, dejan de venir para el tratamiento y no se les puede ubicar, o se suspende el tratamiento porque el esquema indicado no es el adecuado para el paciente. Un paciente con TB puede tener diversas condiciones de egreso:

- Curado
- Tratamiento Terminado sin confirmación bacteriológica
- Fracaso del tratamiento
- Fallecido con Tuberculosis
- Fallecido por Tuberculosis
- Abandono
- Traslado Salida

Las definiciones de condición de egreso varían con el esquema de tratamiento. A continuación se presentan las tablas con las definiciones de los resultados de tratamiento según esquema terapéutico.

Tabla 15
Definiciones de resultados de tratamiento

Para Esquemas con drogas de primera línea	
Resultado de Tratamiento	Definición
Curado:	El PATB finaliza el tratamiento y su baciloscopía es negativa al final del tratamiento.
Tratamiento terminado:	Tratamiento concluido y se declara como “curado” clínicamente, sin baciloscopía al finalizar el tratamiento.
Fracaso:	Baciloscopía positiva al 5 ^{to} . mes para ambos esquemas.
Fallecido por TB:	Cuando la causa que lleve al PATB a fallecer es la tuberculosis.
Fallecido con TB:	Cuando se declara fallecido por otra causa que no sea tuberculosis.
Abandono:	Incumplimiento del tratamiento por más de un mes consecutivo, es decir 30 dosis perdidas consecutivamente.
Traslado Salida:	De un SILAIS a otro SILAIS, pero no dentro de un mismo SILAIS y cuando se desconocen los resultados del tratamiento.

Para Esquemas con drogas de segunda línea ver módulo TB-MDR

Registre el resultado de la persona con TB en la *Tarjeta de Tratamiento* y en la *Tarjeta del paciente con Esquemas de Tratamiento con drogas de Primera Línea*, o en la ***Tarjeta de Tratamiento en Pacientes con Esquemas de Segunda Línea*** cuando: cada paciente complete el tratamiento, deje de venir para recibir el tratamiento o el médico indique su condición de egreso como se describe en la sesión 8. Haga lo mismo en el *Libro de Registro de pacientes* correspondiente.

Para cada persona con TB será necesario realizar algunos pasos adicionales cuando se conoce su condición de egreso.

La acción apropiada para el paciente dependerá de dicha condición.

11.2. Decida la acción apropiada necesaria

11.2.1 Si su condición de egreso es Curado

Se debe hacer lo siguiente:

- Cerrar la *Tarjeta de Tratamiento* y registrar el resultado como “Curado”.
- Educar a la persona sobre las medidas de prevención de TB y qué hacer si nuevamente se presentan los síntomas de TB.
- El seguimiento después del tratamiento para la persona que estaba en un esquema para TB MDR (ver módulo TB-MDR).

11.2.2 Si su condición de egreso es Tratamiento terminado

Se debe hacer lo siguiente:

- Cerrar la *Tarjeta de Tratamiento* y registrar el resultado como “Tratamiento Terminado”.
- Educar a la persona sobre las medidas de prevención de TB y qué hacer si nuevamente se presentan los síntomas de TB.
- El seguimiento después del tratamiento para la persona que estaba en un esquema para TB MDR (ver módulo TB-MDR).

11.2.3 Si su condición de egreso es Fracaso

Si el esquema terapéutico está fracasando, siendo el paciente regular y constante a la administración del tratamiento, el personal de salud debe sospechar de una resistencia a los medicamentos y debe tomar las acciones apropiadas para cambiar el esquema.

Se debe hacer lo siguiente:

- Cerrar la *Tarjeta de Tratamiento* y registrar el resultado como “Fracaso al Tratamiento”.
- Informar a la persona que debe pasar a consulta médica para evaluación clínica y, si es necesario, solicitar otros exámenes para descartar otras patologías.
- Solicitar un cultivo y prueba de sensibilidad indicando la razón del pedido.
- Explique a la persona y a su familia que el resultado de laboratorio muestra que los medicamentos no han funcionado como se esperaba. Los bacilos tuberculosos aún están presentes en la muestra de esputo. La persona con TB aún está infectada y enferma y requiere de un esquema diferente de medicamentos.
- Informe a la persona y a su familia sobre el nuevo esquema de medicamentos, incluyendo qué hacer en forma diferente, los medicamentos que debe tomar y el cronograma, y cuánto tiempo durará esta fase del tratamiento (cuántas dosis tiene que tomar).
- Iniciar los trámites para preparar el expediente técnico del paciente y elevarlo al CEN.
- Indicar un esquema terapéutico de segunda línea en coordinación con el CEN.
- Hacer una evaluación exhaustiva al paciente y sus contactos en búsqueda de otros casos y/o de contactos con TB MDR.
- Abrir una nueva *Tarjeta de Tratamiento* para la persona con TB y marcar el “Tipo de paciente” como fracaso.
- Iniciar el nuevo tratamiento indicado.

Si el esquema terapéutico está fracasando, siendo el paciente regular y constante a la administración del tratamiento, el personal de salud debe sospechar de una resistencia a los medicamentos.

11.2.4 Si su condición de egreso es Traslado

Se debe hacer lo siguiente:

- Si no obtuvo respuesta sobre la condición de egreso, comunicarse con la unidad de salud donde se trasladó al paciente para conocer la condición de egreso.
- Si sigue sin respuesta, cierre la **Tarjeta de Tratamiento** y registrar el resultado en el **Libro de Registro de PATB** como “Traslado Salida”.

11.2.5 Si su condición de egreso es Abandono

- A un abandono recuperado se verifica primero el estado bacteriológico (BAAR seriado). Si el BAAR es negativo debe continuar su esquema anterior hasta completar las dosis que faltaban y NO se registra nuevamente. Se le da seguimiento con la ficha de tratamiento.
- Si el abandono recuperado es BAAR positivo, y ha recibido tratamiento por más de 30 días, se envía muestra para cultivo y drogasensibilidad y se ingresa el paciente para iniciar retratamiento, después de haber explicado al paciente que esta es la última oportunidad que tiene para curarse. (Con drogas de primera línea).
- Conversar con la persona y la familia para explicarle la importancia de completar íntegramente la terapia. Indague los motivos por los que abandonó el tratamiento, para tratar de solucionar los problemas que dificultan el cumplimiento de la terapia.
- Evaluar su estado de ánimo y brindarle mucho apoyo de parte del personal de salud y de su familia. Se puede conversar con las otras personas con TB para que lo animen a asistir regularmente a su tratamiento.
- Tratar de solucionar la causa de la irregularidad del tratamiento para evitar mayores complicaciones en el estado de salud de la persona con TB.
- Conocer a su paciente y relacionarse adecuadamente con él.
- Analizar en conjunto las causas que llevaron al paciente a dejar el tratamiento, que en algunas ocasiones se debe al tipo de atención que se brinda en la unidad de salud, las reacciones adversas u otras causas (ver en éste módulo Sesión 7: Adherencia al tratamiento).
- Conversar con la familia para agotar los esfuerzos por recuperar al paciente y que continúe con su tratamiento.
- Realizar una visita domiciliar para incentivar a la persona con TB o a la familia para que pase a consulta médica y pueda reiniciar un tratamiento, previa solicitud de baciloscopia.
- Si la persona no regresa, cierre la **Tarjeta de Tratamiento** y registrar en el **Libro de Registro de PATB** el resultado como “Abandono”.

11.2.6 Si su condición de egreso es Fallecido por ó con TB

Se debe hacer lo siguiente:

- Cerrar la **Tarjeta de Tratamiento** y registrar en el **Libro de Registro de PATB** el resultado como “Fallecido”.
- Realizar una visita domiciliar para dar condolencias. Y si el paciente falleció debido a complicaciones de la enfermedad, se debe incentivar a la familia para que pase por consulta médica para descartar TB (en estos contactos se puede sospechar también de TB MDR).

Sesión 12

Los registros y formularios que se usan en el tratamiento de la TB

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta sesión, el personal de salud estará en capacidad de realizar las siguientes acciones:

- Llenar correctamente y completamente los registros que se usan para el tratamiento de la TB.

12.1. Registros que se utilizan en la administración del tratamiento de los PATB's

En Nicaragua existe una serie de registros que se utilizan para el seguimiento de las actividades durante el tratamiento del paciente con TB. Son los siguientes:

- Libro de Registro de Pacientes con TB (esquemas de primera línea)
- Ficha de Tratamiento
- Tarjeta del Paciente
- Pedido de Examen Bacteriológico (BAAR).
- Libro de Laboratorio

12.2. Importancia de los registros y su uso

Cuando se realizan las actividades de tratamiento en pacientes con TB, se recopilan datos que en conjunto nos permiten tener información organizada para poder hacer lo siguiente:

- Ubicar la información rápidamente.
- Conocer si se están cumpliendo las actividades durante el tratamiento: diagnóstico del paciente, condición de ingreso, esquema de tratamiento, asistencia al tratamiento, el control de contactos y la administración de la quimioprofilaxis, la presencia de RAFAS, la evolución y el resultado del tratamiento.
- Facilitar la búsqueda de información de las personas con TB en forma individual.
- Realizar un seguimiento y monitoreo del tratamiento de TB.
- Conocer dónde están nuestros puntos críticos y proporcionar alternativas de solución.

Esta información registrada permitirá hacer una selección, consolidación, análisis local y evaluación del tratamiento de personas con TB. En base a ello, se conocerá cómo y hacia dónde ir y repensar cómo mejorar y fortalecer el tratamiento, en bienestar de la población que acude a los servicios de atención. *Por lo tanto, es muy importante que en estos registros se escriba con letra clara y legible y que se llenen correcta y completamente.*

El personal de salud llenará los registros antes, durante y al término de tratamiento; y en los casos de TB MDR, después de terminar el tratamiento. A continuación se describe cómo realizar el registro en cada uno de ellos.

12.3. Llenado de registros antes de iniciar y durante el tratamiento

Antes de iniciar y durante el tratamiento de TB, el personal de enfermería debe llenar los *Libros de Registro de Pacientes* y la *Tarjeta de tratamiento*, luego de identificar al paciente y poder así iniciar el control del tratamiento. A continuación se presentan los registros que se deben llenar mientras dure el tratamiento.

12.3.1. Registro de la PATB en el “Libro de Registro de pacientes con tuberculosis”

Se maneja por el responsable del Componente en el municipio y contiene datos de los ingresos de todas las unidades de salud del municipio (C/S, P/S, P/M etc.) y el seguimiento de los casos. No se recomienda un libro por puesto. Después se separan los trimestres con unos espacios extras para facilitar el llenado de los informes. Ese libro básico del Componente, facilita el seguimiento de los pacientes del municipio y también es la fuente para llenar los informes trimestrales que permiten evaluar el Componente.

El libro contiene datos de: Número de registro (corrido para todo el año), fecha de registro (se define el trimestre de ingreso según la fecha cuando el paciente fue conocido en la unidad de salud del municipio), nombres, apellidos, sexo, edad, dirección exacta, fecha de inicio de tratamiento, esquema de tratamiento, tipo de tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar), categoría del paciente: [nuevo, recaída, traslado (entrada), Vuelto a Tratar, otro], BAAR al inicio y a los 2,4, 5, 6 y 8 meses de tratamiento y el resultado del tratamiento: [curado negativo, tratamiento completo pero sin BAAR de control, fracaso, fallecido por y con TB, abandono, traslado (salida)]. Un traslado (entrada) es el que fue captado en otro municipio/SILAIS, por eso está registrado en otro Libro de Registro. ***Para no duplicar información los traslados (entrada) no entran en los informes trimestrales de captación, ni en el informe de resultados del municipio donde se le concluye el tratamiento a la PATB.***

Registro de Multi Fármaco Resistentes (MDR/TB):

Todos los pacientes registrados reciben número de registro, menos los pacientes MDR/TB. Al comienzo de cada año se anotan en el libro de registro todos los pacientes MDR, que pertenecen al municipio, de esa forma tendrán información actualizada sobre los multirresistentes.

Detalle de cómo llenar cada dato del Libro de registro de pacientes con tuberculosis

1	Fecha de Registro	Fecha en que se anota y se reporta en el libro de registro a persona afectada por tuberculosis
2	Nº de Orden Correlativo	Se inicia anotando al inicio del año a los PATB's crónicos (Multidrogorresistente que solo reciben INH) a éstos no se les da número, luego se continúa desde el número 1 en adelante, continuando hasta finalizar el año y luego se reinicia al siguiente año.
3	Nombres y Apellidos	Se deberán anotar los dos nombres y los dos apellidos
4	Sexo	Se marca casilla con primer inicial del sexo
5	Edad en años	Se deberá anotar la edad exacta de la persona afectada
6	Dirección Completa	Anotar la dirección exacta de la persona afectada
7	Nombre de la Unidad de Salud (Centro de Tratamiento)	Anotar nombre exacto de la unidad de tratamiento
8	Fecha de Inicio de Tratamiento	Fecha que se inicia esquema de tratamiento
9	Esquema (Anote siglas)	Anote siglas: Acortado 2 RHZE / 4R3H3 ; Retratamiento 2 SRHZE / 1 RHZE / 5 R3H3E3 Pediátrico 2 RHZ / 4 RH
10	Clasificación Pulmonar = P Extrapulmonar = Exp.	Registrar si se trata de Pulmonar o Extrapulmonar
11	Nuevo (N)	Registrar con la sigla N = Nuevo que nunca ha recibido tratamiento o menos de 30 dosis
12	Recaída (R)	Registrar con la sigla R = Recaída, PATB que se había curado pero presenta nuevamente los síntomas con baciloscopia o cultivo positivo.
13	Traslado Entrada (T)	Registrar con la sigla T = Traslado Entrada que proviene de otro SILAIS.
14	Vuelto a Tratar (V)	Registrar con la sigla V = Vuelto a Tratar, PATB que había abandonado el esquema inicial y continua con baciloscopia positiva
15	Otro F = Fracaso C= Cónico	Registrar con la sigla F = Fracaso, PATB que a pesar del tratamiento continua BAAR Positivo al V mes o al final el tratamiento ó C = Crónico, PATB que es resistente a drogas antituberculosas que no está en tratamiento para multidrogoresistencia.
16	Local Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier Centro de Salud con laboratorio del Examen de Esputo pre tratamiento.
17	Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa) del Examen de Esputo pre tratamiento.

18	Cultivo	Anotar en cuadrícula superior el resultado de Cultivo y en cuadrícula inferior la fecha del resultado del cultivo realizado en cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa) pre tratamiento.
19	Local Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier Centro de Salud con laboratorio del Examen de Esputo de Control realizado al 2 ^{do} . Mes (Acortado) ó al 3 ^{er} . Mes (Retratamiento) de iniciado el tratamiento.
20	Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa) del Examen de Esputo de Control realizado al 2 ^{do} . Mes (Acortado) ó al 3 ^{er} . Mes (Retratamiento) de iniciado el tratamiento.
21	Cultivo	Anotar en cuadrícula superior el resultado de Cultivo y en cuadrícula inferior la fecha del resultado del cultivo realizado en cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa) realizado al 2 ^{do} . Mes (Acortado) ó al 3 ^{er} . Mes (Retratamiento) de iniciado el tratamiento.
22	Local Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier Centro de Salud con laboratorio del Examen de Esputo de Control realizado al 4 ^{to} . ó 5 ^{to} . mes de tratamiento.
23	Local Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier Centro de Salud con laboratorio del Examen de Esputo de Control realizado al 8 ^{vo} . mes de tratamiento.
24	Frotis	Anotar en cuadrícula superior el resultado de BAAR y en cuadrícula inferior la fecha del resultado de cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa) del Examen de Esputo de Control realizado al 8vo. mes de tratamiento.
25	Cultivo	Anotar en cuadrícula superior el resultado de Cultivo y en cuadrícula inferior la fecha del resultado del cultivo realizado en cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa) realizado al 8vo. mes de tratamiento
26	Curados con BAAR negativo al finalizar el tratamiento	Anotar la fecha en que el PATB finaliza el tratamiento y que su baciloscopia es negativa
27	Tratamiento Terminado sin baciloscopia al finalizar el tratamiento	Anotar la fecha en que el PATB se declara como curado clínicamente y que ha finalizado el tratamiento.
28	Fracaso al 5^{to}. mes o al finalizar el tratamiento	Anotar la fecha en que el PATB a pesar de estar en tratamiento al 5to. mes o al finalizar el tratamiento continua con baciloscopia positiva
29	Fallecido por Tuberculosis	Anotar la fecha cuando se declara fallecido por tuberculosis, ó sea cuando la causa que lleva el PATB a fallecer es la tuberculosis
30	Fallecido con Tuberculosis	Anotar la fecha cuando se declara fallecido por otra causa que no sea tuberculosis
31	Traslado (Salida)	Anotar la fecha cuando el PATB es remitido a otro SILAIS
32	Abandono	Anotar la fecha cuando se declara como abandono, ó sea que la persona ha dejado de asistir por más de 30 días consecutivos al tratamiento
33	Observaciones	Anotar resultados en mm de PPD, interpretaciones radiológicas o cualquier otro comentario pertinente al PATB.

Vea las Figuras 4 y 5 para ejemplo del ***Libro de Registro de pacientes con tuberculosis.***

Figura 4 Libro de Registro de PATB's con tuberculosis Hoja # 1

Ministerio de Salud de Nicaragua
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Fecha de Registro (1)	Nº de Orden Correlativo (2)	Nombres y Apellidos (3)	Sexo marque M o F (4)	Edad en años (5)	Dirección Completa (6)	Nombre de la Unidad de Salud (Centro de Tratamiento) (7)	Fecha de Inicio de Tratamiento (8)	Clasificación Pulmonar = P Extrapulmonar = Exp (10)	Tipo de Enfermo (Categoría de Ingreso)					
							Esquema (Anote siglas) (9)		Nuevo (N) (11)	Recaída (R) (12)	Traslado Entrada (T) (13)	Vuelto a Tratar (V) (14)	Otro F = Fracaso C= Cónico (15)	

1 Fecha en que se anota y se reporta en el libro de registro a persona afectada por tuberculosis

2 Se inicia anotando al inicio del año a los pacientes crónicos (Multidrogoresistentes que solo reciben INH) a éstos no se les da número, luego se continúa desde el número 1 en adelante, continuando hasta finalizar el año y luego se reinicia al siguiente año.

3 Se deberán anotar los dos nombres y los dos apellidos

4 Se marca casilla con primer inicial del sexo

5 Se deberá anotar la edad exacta de la persona afectada

6 Anotar la dirección exacta de la persona afectada

7 Anotar nombre exacto de la unidad de tratamiento

8 Fecha que se inicia esquema de tratamiento

9 Anote siglas: **Acortado 2 RHZE / 4R₃H₃**
Retratamiento 2 SRHZE / 1 RHZE / 5 R₃H₃E₃
Pediátrico 2 RHZ / 4 R₃H₃

10 Registrar si se trata de **Pulmonar o Extrapulmonar**

11 Registrar con la sigla **N** = Nuevo que nunca ha recibido tratamiento o menos de 30 dosis

12 Registrar con la sigla **R** = Recaída, paciente que se había curado pero presenta nuevamente los síntomas con baciloscopia o cultivo positivo.

13 Registrar con la sigla **T** = Traslado Entrada que proviene de otro SILAIS.

14 Registrar con la sigla **V** = Vuelto a Tratar, paciente que había abandonado el esquema inicial y continua con baciloscopia positiva

15 Registrar con la sigla **F** = Fracaso, paciente que a pesar del tratamiento continua BAAR Positivo al V mes o al final el tratamiento ó **C** = Crónico, paciente que es resistente a drogas antituberculosas que no está en tratamiento para multidrogoresistencia.

Nota: Al finalizar cada Trimestre deberá dejar un espacio de al menos 3 líneas entre cada trimestre, por si toca ingresar luego a un paciente en el trimestre anterior.

12.3.2. Ficha de Tratamiento de personas con tuberculosis

Se mantiene en la unidad de salud donde se trata al paciente. Contiene datos de la categoría del paciente, esquema de tratamiento, dosis de los medicamentos, día de asistencia y BAAR de control para su debido seguimiento. Al iniciar el tratamiento se llena por el médico en la unidad y posteriormente se maneja por el responsable del componente en la unidad de salud. El responsable del componente del municipio lo revisará durante las supervisiones. La ficha facilita el control diario del paciente.

Detalle de cómo llenar cada dato de la Ficha de Tratamiento de pacientes con tuberculosis

La Ficha de Tratamiento tiene datos a llenar en ambos lados:
La Cara anterior contiene los datos generales del paciente, clasificación de la enfermedad, categoría del paciente, resultados de examen de esputo, cuadritos por año, mes y días donde se irá marcando la ingesta del medicamento durante la primera fase del esquema, detalle de esquemas a administrar en la Fase Intensiva Inicial en donde se anotará en cada recuadro el número de tabletas que recibe de cada fármaco y al final tiene unas líneas donde se especificarán el tipo de reacciones adversas que ha presentado la PATB en la Primera Fase
A continuación se detallará como debe ser el llenado de ambos lados.

Cara Anterior:

Figura 6

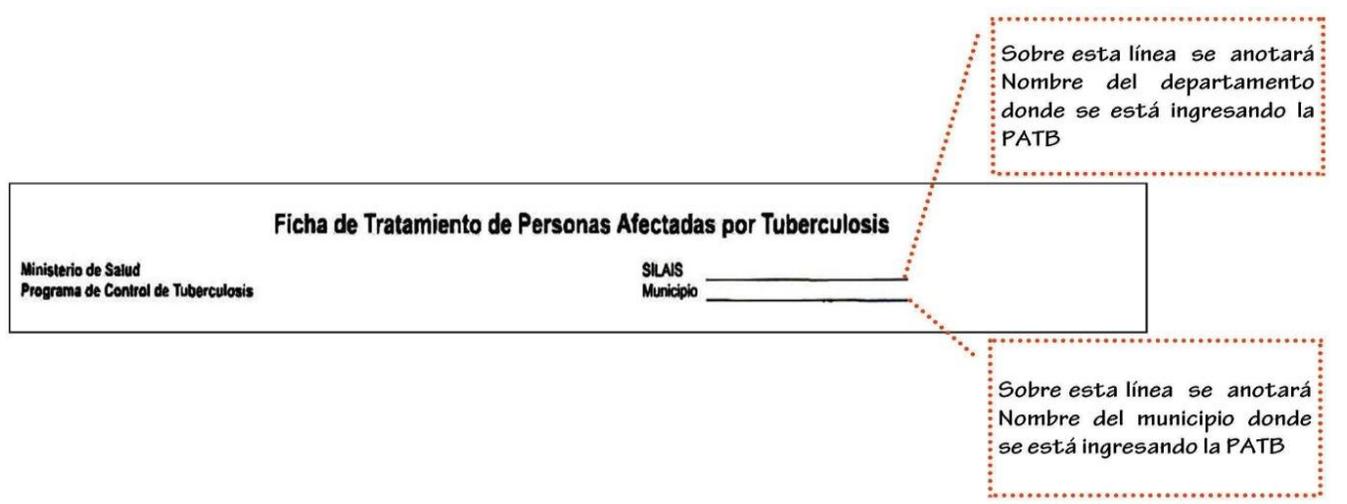


Figura 7

Ficha de Tratamiento de Personas

**Ministerio de Salud
Programa de Control de Tuberculosis**

Nombre: _____

Dirección (Completa): _____

Nombre y Dirección de un Contacto: _____

Se deberán anotar los dos nombres y los dos apellidos

Anotar la dirección exacta de la persona afectada

Anotar el nombre completo y la dirección exacta de la persona que vive en estrecha relación con la PATB.

Figura 8

<p>Inicio de Sintomas: Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Fecha de Diagnóstico: Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Sexo: M: <input type="checkbox"/> Edad: <input type="text"/></p>	<p>Primera Consulta: Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Inicio de Tratamiento: Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Cicatriz de BCG: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Dudosa: <input type="checkbox"/></p>
--	--

Anotar en cada cuadrito el día, el mes y el año en que la PATB inició a presentar los síntomas de TB

Anotar en cada cuadrito el día, el mes y el año en que la PATB acudió a consulta por presentar los síntomas de TB

Anotar en cada cuadrito el día, el mes y el año en que la PATB fue diagnosticada con TB

Se marca casilla con primer inicial del sexo

Se deberá anotar la edad exacta de la persona afectada

Anotar en cada cuadrito el día, el mes y el año en que la PATB inició el tratamiento anti-TB

Se deberá anotar según sea el caso: Si, en caso que la PATB tenga visible o se pueda palpar la cicatriz de la BCG; No, en caso de que la cicatriz de la BCG no esté visible o se pueda palpar o Dudosa, en caso en que la PATB tenga un carnet de vacunación donde aparezca registrado la fecha en que la vacuna fue aplicada pero no tiene cicatriz que se pueda ver o palpar.

Figura 9

Categoría de Paciente:					
Nuevo	<input type="checkbox"/>	Traslado	<input type="checkbox"/>	Multiresistente	<input type="checkbox"/>
Recaída	<input type="checkbox"/>	Vuelto a Tratar	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Fracaso	<input type="checkbox"/>	Crónico	<input type="checkbox"/>		

Marcar con una "X" según sea el caso la categoría del paciente:

Nuevo: que nunca ha recibido tratamiento o menos de 30 dosis.

Recaída: paciente que se había curado pero presenta nuevamente los síntomas con baciloscopia o cultivo positivo.

Fracaso: paciente que a pesar del tratamiento continua BAAR Positivo al V mes o al final el tratamiento.

Traslado Entrada: que proviene de otro SILAIS.

Vuelto a Tratar: paciente que había abandonado el esquema inicial y continua con baciloscopia positiva.

Crónico: paciente que es resistente a drogas antituberculosas que **NO** está en tratamiento para multidrogoresistencia.

Multiresistente: paciente que es resistente a drogas antituberculosas que está en tratamiento para multidrogoresistencia.

Otro: Definir concepto.

Figura 10

Anotar en la cuadrícula izquierda la fecha en que se realiza el BAAR y en la cuadrícula derecha su resultado del BAAR que se realiza en cualquier Centro de Salud con laboratorio

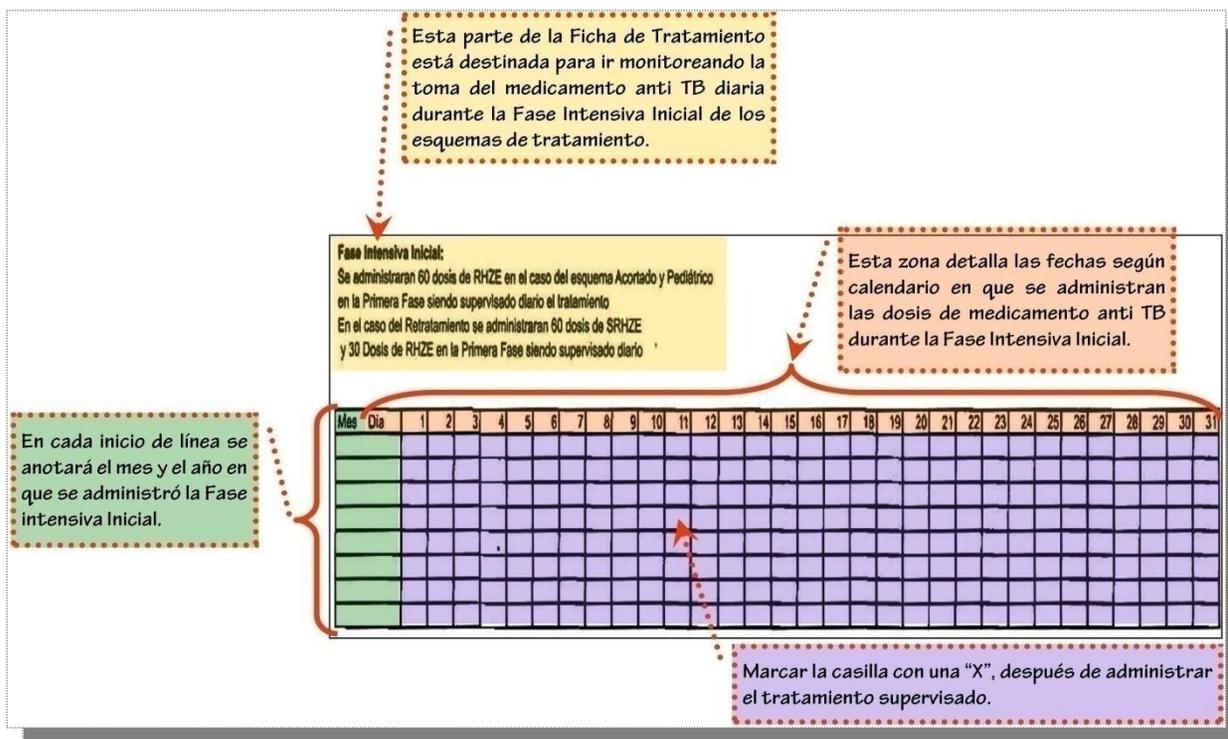
Mes	Resultado de Exámenes de Esputo					
	Lab Local	Lab de Referencia		Drogosensibilidad		
	Fecha	BAAR	BAAR	Cultivo	Sensible a:	Resistente a:
0						
2						
4						
5						
6						
8						

Cada línea corresponde a los meses en los cuales se realizan exámenes de esputos de control durante el tratamiento.

Anotar en la cuadrícula izquierda el resultado del BAAR y en la cuadrícula derecha el resultado del cultivo realizado en cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa)

Anotar en la cuadrícula izquierda la sigla del medicamento al que es sensible el PATB y en la cuadrícula derecha la sigla del medicamento al que es resistente según el resultado del cultivo y/o prueba de drogo-sensibilidad realizada en cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa)

Figura 11



Cara Posterior:

Contiene necesarios para la continuidad del tratamiento los cuales son: categoría del paciente, el número de tabletas que recibe de cada fármaco, cuadritos por año, mes y días donde se irá marcando la ingesta del medicamento durante la segunda fase del esquema, reacciones adversas que ha presentado la PATB durante el tratamiento y datos de los Contactos de la persona afectada. A continuación se detalla cómo debe ser llenada esta cara.

Figura 12

En esta área es para anotar según el esquema que esté recibiendo la PATB el número de tabletas que se le administran de cada medicamento.

Se anotará el número de tabletas de RHZE que se administra en los esquemas Acortado o Pediátrico en la Fase intensiva Inicial.

Se anotará el número de tabletas de RHZE y dosis en gramos de S que se administra en el esquemas de Retratamiento en la Fase intensiva Inicial.

Esquemas a Administrar en Fase Intensiva Inicial
Drogas Combinadas, escriba el número de Tablet/Capletas a Administrar según Esquema de Tratamiento, supervisión diaria

Casos Nuevos Acortado/Pediátrico
 RHZE

Retratamiento Primeros 2 meses
S de 1 gr por dos meses

Retratamiento en el Tercer mes
 RHZE

St: No:

Qué Tipo de Reacción Adversa ha presentado la persona afectada por tuberculosis en la primera Fase? (Especifique)

Marcar la casilla con una Equis (X), después de administrar el tratamiento supervisado

Ver Reverso para la fase de continuación

En estas líneas hay que especificar la RAFA que presentó la PATB en la Fase Intensiva inicial.

En estas casillas hay que marcar con una "X" si la PATB presentó o no RAFA en la Fase Intensiva inicial.

Figura 13

Se anotará el número de tabletas de RHZE que se administra en el esquema de Retratamiento en la Segunda Fase.

Fase de Continuación (Segunda Fase):

Categoría de Paciente:

- Caso Nuevo BK (+) al ingreso
- Caso Nuevo BK Negativo al ingreso
- Fracaso BK (+) al ingreso
- Vuelto a Tratar (+) al ingreso
- Recada BK (+) al ingreso

Esquemas de Tratamiento y Dosis
Registre el número de Tablet/Capletas Administradas según esquema en Segunda Fase de Tratamiento

Casos Nuevos Acortado/Pediátrico
 RH

Retratamiento
 RH Z E

Marcar con una "X" según sea el caso la categoría del paciente.

En este cuadro hay que anotar el número de tabletas de RH que se administra en el esquema Acortado en la Segunda Fase.

Cara Anterior:

Figura 17

Se deberán anotar los siguientes datos: los dos nombres y los dos apellidos, la inicial del sexo, edad en años, dirección completa, nombre del departamento y municipio de donde procede la PATB.

Tarjeta del Paciente

Nombres y Apellidos _____	
Sexo _____	Edad _____
Dirección _____	
SILAIS _____	Municipio _____

Categoría del Paciente

Nuevo	<input type="checkbox"/>
Traslado	<input type="checkbox"/>
Vuelto a Tratar	<input type="checkbox"/>
Recaída	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Fase Intensiva Inicial: Se administrarán 60 dosis de RHZE en esquema Acortado y Pediátrico en Primera Fase* siendo supervisado diario.

Casos Nuevos Acortado / Pediátrico

En el caso del **Retratamiento** se administraran 60 dosis de SRHZE y 30 dosis de RHZE en la Primera Fase siendo supervisado diario.

Retratamiento Primeros 2 meses	Retratamiento en el Tercer mes
S de 1 gr. por dos meses	RHZE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marcar con una "X" según sea el caso la categoría del paciente:
Nuevo: que nunca ha recibido tratamiento o menos de 30 dosis.
Recaída: paciente que se había curado pero presenta nuevamente los síntomas con baciloscopia o cultivo positivo.
Fracaso: paciente que a pesar del tratamiento continua BAAR Positivo al V mes o al final el tratamiento.
Traslado Entrada: que proviene de otro SILAIS.
Vuelto a Tratar: paciente que había abandonado el esquema inicial y continua con baciloscopia positiva.
Crónico: paciente que es resistente a drogas antituberculosas que **NO** está en tratamiento para multidrogoresistencia.
Multirresistente: paciente que es resistente a drogas antituberculosas que está en tratamiento para multidrogoresistencia.
Otro: Definir concepto.

En este cuadrado hay que anotar el número de tabletas de medicamentos que va a recibir diario la PATB según peso y esquema (Acortado ó Pediátrico), durante la Primera Fase.

En estos cuadrillos hay que anotar el número de tabletas de medicamentos que va a recibir diario la PATB según el peso y esquema de Retratamiento, durante la Primera Fase.

Cara Posterior:

Figura 19

Anotar en la *cuadrícula izquierda* la fecha en que se realiza el BAAR y en la *cuadrícula derecha* su resultado del BAAR que se realiza en cualquier Centro de Salud con laboratorio

Cada línea corresponde a los meses en los cuales se realizan exámenes de esputos de control durante el tratamiento.

Mes	Resultado del Examen de Espudo				
	Laboratorio Local		Lab Referencia		
	Fecha	BAAR	BAAR	Cultivo	Sensibilidad
0					
2					
4					
5					
6					
8					

Anotar en la *cuadrícula izquierda* el resultado del BAAR y en la *cuadrícula derecha* el resultado del cultivo realizado en cualquier laboratorio de Referencia (Epidemiológico de Granada, Nivel Central, Epidemiológico de Matagalpa)

En esta área se anotarán las fechas de las citas que se darán al paciente para su valoración médica.

En esta área se harán todas las anotaciones de los datos que sean importantes: RAFA's, fecha de realización de técnicas de imagen, fecha y medida en milímetros de la PPD, etc.

Fecha de Próxima Visita

Comentarios

S: Estreptomicona RHZE: Drogas combinadas de Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol. Se deberá indicar en los cuadros el número de Tabletas/Capletas a administrar.

12.3.4. Llenado del Pedido de Examen Bacteriológico (BAAR)

Los exámenes bacteriológicos de control según el esquema de tratamiento (vea la sesión 6). Para llenar correctamente el pedido de examen bacteriológico (BAAR), el personal de salud debe llenar el formulario de igual manera que cuando se llena para el diagnóstico (vea el Módulo 2: Detección de Casos de TB).

Sin embargo, debe tener en cuenta estas diferencias:

- Marque con una "X" el cuadro para indicar que el motivo del examen es "control".

Las Figuras 20 y 21 muestran un ejemplo de cómo llenar la **Pedido de Examen Bacteriológico (BAAR)** para un examen de control.

Figura 20

**MINISTERIO DE SALUD
PCT**

Pedido de Exámen Bacteriológico (BAAR)

SILAIS: Matagalpa Municipio: San Isidro

Nombre de la Unidad de Salud: Manuel Orozco Fecha: 16/03/08

Nombre del enfermo: Jesús Miguel Ordóñez Munguía Edad 36 años Sexo M F

Dirección: Costado Oeste de la Iglesia Católica; Barrio Estelí.

Tipo de TB: Pulmonar Extrapulmonar Especificar: _____

Caso Sospechoso Exámen de control *

No. de identificación de la muestra 50 No. expediente del enfermo 240172

Fecha de toma de la muestra 16/03/08

Firma de quien tomó la muestra: _____

Firma de quien ordena: _____

* Casos en tratamiento

NOTA: USAR UN FORMULARIO POR PACIENTE PARA LAS TRES MUESTRAS

Figura 21

RESULTADOS (para ser completados en el laboratorio)

(Utilizar el mismo número para las tres muestras)

No. Muestras 1 y 2

(a) Aspecto macroscópicos de la expectoración

Muco purulenta Hemoptoica Saliva

(b) Microscopía

FECHA	MUESTRA	POSITIVO (graduación)				
		No se observó BK	1-9 BK	+	++	+++
16/03/08	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17/03/08	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17/03/08	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha 17/03/08 Examinado por (Firma) _____

Una vez llenado este formulario (con los resultados) debe ser enviado a la unidad de tratamiento

Detalle de cómo llenar cada dato del Formato de Pedido de examen bacteriológico BAAR

El Formato de Pedido de examen bacteriológico BAAR, tiene datos a llenar en ambos lados:

La Cara anterior contiene los datos generales del paciente, Tipo de TB, Tipo de examen de esputo, No. de identificación de la muestra, No. de expediente del enfermo, fecha de toma de la muestra, firma de quien tomó la muestra y firma de quien ordena el examen.

A continuación se detallará como debe ser el llenado de ambos lados.

Cara Anterior:

SILAIS	Nombre del departamento donde se está ingresando la PATB
Municipio	Nombre del municipio donde recibe tratamiento la PATB
Nombre de la Unidad de Salud	Anotar nombre exacto de la unidad de tratamiento
Fecha	Anotar la fecha en que se realiza el pedido de examen bacteriológico
Nombre del enfermo	Nombres y Apellidos de la persona a la que se le realizará la baciloscopia
Edad	Se deberá anotar la edad exacta de la persona a la que se le realizará la baciloscopia
Sexo	Se marca casilla con primer inicial del sexo
Dirección	Anotar la dirección exacta de la persona a la que se le realizará la baciloscopia
Tipo de TB: Pulmonar ó Extrapulmonar (Especificar)	Marcar la casilla que corresponda al tipo de TB que se sospecha que tiene la persona a la que se le realizará la baciloscopia. En el caso de que la TB que se sospecha es la Extrapulmonar especificar el área del cuerpo de donde procede la muestra.
Casos sospechoso	Marcar la casilla en caso de que la persona a la que se le realizará la baciloscopia sea un SR + 14.
Examen de control	Marcar la casilla en caso de que la persona a la que se le realizará la baciloscopia sea un PATB que está en tratamiento.
No. de identificación de la muestra	Este número se lo asigna el técnico de laboratorio en base al orden que tiene en el libro de laboratorio
No. Expediente del enfermo	Anotar el número de expediente de la persona a la que se le realizará la baciloscopia.
Fecha de toma de la muestra	Fecha en la cual se le recoge 1ra. muestra a la persona a la que se le realizará la baciloscopia.
Firma de quien tomó la muestra	Firma de la persona (personal de salud o comunitario) que recogió la muestra de esputo a la persona a la que se le realizará la baciloscopia.
Firma de quien ordena	Firma de la persona (personal de salud o comunitario) que indica la muestra de esputo a la persona a la que se le realizará la baciloscopia.

Cara Posterior contiene los resultados **que deben ser llenados por el área de laboratorio**. No. De muestras, aspecto macroscópico de la expectoración, microscopía, fecha en que se procesa la muestra y firma de la persona que realiza el examen. A continuación se detalla cómo debe ser llenada ésta parte del formato.

Cara Posterior:

Número de muestras	Anotar el número de muestras recibidas (1, 2,3). En el caso de los exámenes de esputo de control solamente se necesitan dos muestras.
Aspecto macroscópico de la expectoración	Anotar la calidad de la muestra: Mucopurulenta o hemoptoica o saliva
Microscopía	Anotar el dato cuantitativo que arroja la lectura de la muestra por el microscopio.

Reporte del examen:

El número de bacilos encontrados es muy importante como elemento de información, dada su relación con el grado de contagiosidad del paciente, así como la severidad de la enfermedad, por esta razón, el examen debe ser no solo cualitativo, sino cuantitativo, como para tener utilidad para el médico:

Número de bacilos encontrados	Campos de inmersión observados	Código del reporte
Ausencia de BAAR	100 Campos	No se observó BAAR
1 a 9 BAAR	100 Campos	anotar la cifra exacta de bacilos
10 a 99 BAAR	100 Campos	+
1 a 10 BAAR por campo	50 Campos	++
más de 10 BAAR por campo	20 Campos	+++

Una vez que el personal de laboratorio emite el resultado de la baciloscopía el personal de salud que lleva el componente tiene que anotarlo en el: Libro de registro de pacientes, Tarjeta de tratamiento y tarjeta del paciente. Archivarlo en el expediente clínico. Esta actividad se tiene que hacer durante todo el tiempo que dure el tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- Manual de Normas y Procedimientos del Programa de Control de la Tuberculosis, edición 2007. MINSA.
- Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud. Módulo 3: Tratamiento de personas con tuberculosis. MINSA/DGSP Lima, Perú. Primera Edición.
- Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. MINSA/DGSP. Lima, Perú. 2006.
- Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis. Geneva, World Health Organization 2006. (WHO/HTM/TB/2006.361)
- Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes - Third Edition. Geneva, World Health Organization. 2003. (WHO/CDS/TB/2003.313).
- Manejo de la Tuberculosis: Guía para los Países con Escasos Recursos Económicos. IUATLD. Paris, Francia.
- Technical Guide: Sputum Examination for Tuberculosis by Direct Microscopy in Low Income Countries. IUATLD. Paris, Francia.
- Management of Tuberculosis: Training for Health Facility Staff. Detect Cases Of TB. Geneva, World Health Organization. 2003. (WHO/CDS/TB/2003.314b)
- Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas, París – Francia, J. A. Caminero, IUATLD, Febrero 2003. No ISBN: 2-914365-13.
- Tuberculosis 2007, From Basic Science to Patient Care, Palomino – Leão – Ritacco. 2007. First Edition

ANEXOS

Programación de medicamentos

Es vital para el **PCT** mantener fluidamente el abastecimiento con los medicamentos y otros insumos. Los responsables del Programa en los **SILAIS** deben programar las necesidades de medicamentos y controlar la distribución de medicamentos en el **SILAIS**. Para tal efecto se utiliza la estadística de ingresos, revisando las categorías de pacientes: **BAAR (+)**, **BAAR (-)**, **Extrapulmonares**, **Recaídas y Antes tratados** (estimando el número de casos pediátricos diagnosticados clínicamente). Para realizar las solicitudes de medicamentos, se utiliza el formato Solicitud de Medicamentos (Ver Pág. 79), posteriormente se obtiene el Visto Bueno del **PCT** en el Nivel Central y se retiran los medicamentos en la bodega central **CIPS**, (Centros de Insumos Para la Salud).

La solicitud se hace trimestralmente, en los **SILAIS** y municipios es necesario mantener una reserva de tres meses para enfrentar cualquier problema y evitar el desabastecimiento de medicamentos anti-tuberculosos, que puedan causar resistencia a los medicamentos y abandono al tratamiento.

Los medicamentos anti-tuberculosos deben ser almacenados en lugares / bodegas limpias, frescas, secas y seguras. Es necesario controlar la **fecha de vencimiento** y no utilizar medicamentos vencidos. Es importante manejar bien las bodegas y utilizar primero los medicamentos con **fecha de vencimiento** más cercana y evitar que los medicamentos se venzan en las bodegas.

Generalmente se pueden utilizar los medicamentos a partir de la *fecha de manufacturación* en un período limitado. Para los diferentes medicamentos este período es de:

- **5 años:** ISONIACIDA, ETAMBUTOL y TIOACETAZONA.
- **3 años:** RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA y ESTREPTOMICINA.

Almacenamiento: Los medicamentos deben ser almacenados en:

- Ambientes frescos, secos y bien ventilados
- Ambientes limpios sin exposición directa a rayos solares
- Ambientes seguros

Los medicamentos deben ser conservados en:

- Frascos cerrados bien identificados
- Con fecha de expiración visible
- Clasificados por composición genérica

Los medicamentos deben ser registrados y documentados rigurosamente tanto en sus ingresos, reservas existentes y egresos.

Solicitud trimestral de medicamentos anti-TB

SILAIS: _____ Fecha: _____

Responsable: _____

MEDICAMENTOS	ACORTADO 2SRHZ/4 RH			PEDIATRICO 2RHZ/4RH			RETRATAMIENTO 2SRHZE/1ERHZE/ 5R ₃ H ₃ E ₃			TOTAL A+P+R = "T"
	"A"			"P"			"R"			
	Caso	factor	total	Caso	factor	total	caso	factor	total	
RHZE		x 240 =			0			x 360 =		
RH		x 192 =			360			x 240 =		
Z		0			120			0		
S		0			0			x 60 =		
E		0			0			x 240 =		
H		0			0			x192 =		

* En pediátricos utilizar el 10% del total del número de adultos

MEDICAMENTOS	NECESIDADES TRIMESTRAL = T	PEDIDO
R/H 150/100 mg		
Z 400 mg		
S 1 gr.		
TH 300/150 mg		
E 400 mg		
TH 100/50 mg		
H 100 mg		
H 300 mg		

** Reserva para 3 meses

Explicaciones: Cas : Número de casos con el esquema
 Fa : Factor, número de tabletas para un paciente
 To : Total, número de tabletas para todos los pacientes con el esquema mencionado

**MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
COMPONENTE DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

**FICHA
VISITA DOMICILIAR A LA PATB**

SILAIS: _____ Municipio: _____

Nombre de la Unidad de Salud: _____

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: M F Ocupación: _____

Dirección: _____

II. ENFERMEDAD ACTUAL:

Categoría de ingreso al Programa:

Casos Nuevos BK(+): Casos Nuevos BK(-): Recaídas BK(+):

Fracasos BK(+):

Extra pulmonar: Localización: _____

Vueltos a Tratar BK(+):

III. MOTIVOS DE LA VISITA:

Verificación del domicilio

Inasistencia

Abandono

Control de Contactos

Otros Especificar: _____

Instructivo

Visita Domiciliar a la PATB

Realizar la Visita Domiciliar a toda PATB que ingrese al Componente de Control de la Tuberculosis de la Unidad de Salud y según los motivos que se indican en la ficha. Terminada e informada la visita domiciliar, entregar esta ficha al recurso responsable del Componente, para su control y archivo.

Por favor, sírvase marcar con una "X" los recuadros correspondientes y escribir con letra legible, la información solicitada.

Los datos generales, enfermedad actual y motivos de visita, orientarán la formulación de objetivos de la visita (podrán ser uno ó más).

- **Verificación del domicilio:** Se realizará al momento de ser diagnosticado la PATB y responsabilidad del personal de salud realizarlo dentro de las siguientes 48 horas.
- **Inasistencia:** Procurar visitar a la PATB al presentarse éstas 3 situaciones descritas a continuación: 1- Cuando una PATB ambulatoria en la primera fase del tratamiento supervisado no se presenta al componente por dos días seguidos, **se busca inmediatamente**. 2- Cuando una PATB en la segunda fase de los esquemas acortado o retratamiento (intermitente y supervisado), no se presenta en dos dosis seguidas, **se busca inmediatamente**. 3- En caso de detectarse factores de riesgo de abandono.
- **Abandono:** En caso de que la PATB no concurra a recibir su tratamiento por más de 30 días (o dosis) consecutivos .
- **Control de Contactos:** Ésta visita se realiza al presentarse un caso BK(+) o pediátrico. Para evaluar los contactos (menores de 5 años, mayores de 5 años y adultos), a fin de detectar y captar casos nuevos, administrar la quimioprofilaxis a los niños menores de 5 años cuando se descarta TB, (en caso de cualquier duda o sospecha de enfermedad de TB, derivarlos a un nivel superior para su evaluación definido o iniciar tratamiento en caso de que tenga TB). Es importante llevar la Tarjeta de Tratamiento de la PATB para anotar los contactos que vivan con la PATB, también hay que recordar llenar la ficha de Control de Contactos y llevar frascos recolectores de esputo y Formatos de Solicitud de BAAR, a fin de tomar una muestra inmediata de esputo a los SR + 14 identificados entre los contactos.
- **Otros:** También se realizará la visita domiciliar en caso necesario, como por ejemplo: PATB con RAFA, cambios de domicilio, problemas familiares y laborales, dificultad para movilizarse y otros que se consideren necesarios.

IV. OBJETIVOS DE LA VISITA:

Confirmar que la PATB viva en la dirección suministrada.

Recuperar al inasistente o al abandono. Educar al PATB y familia sobre la importancia del tratamiento supervisado.

Brindar educación sanitaria al grupo familiar.

Verificar el número de contactos (menores de 5 años, mayores de 5 años y adultos) a fin de detectar, confirmar o descartar casos de tuberculosis, evaluar a los menores de 5 años para su debido manejo (quimioprofilaxis, referirlos para más estudios o tratamiento).

Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar SR + 14 dentro de los contactos.

Otros: _____

V. COMENTARIOS:

Fecha de realización de la visita

Nombres y Apellidos del personal de salud que realizó la visita domiciliar

Firma y Sello

Nombre y Firma de la persona visitada

Instructivo Visita Domiciliar a la PATB

En las visitas domiciliarias que se realicen, se llevará el rotafolio del Componente de Control de la Tuberculosis, a fin de brindar IEC a la familia, debiendo explicarse con palabras sencillas:

- En que consiste la tuberculosis.
- Su mecanismo de transmisión.
- Cómo se diagnostica y controla su evolución.
- La importancia de seguir el tratamiento en forma supervisada y sobre la gratuidad del mismo.
- Medidas higiénico dietéticas.
- Importancia del control de contactos.
- Importancia de la administración de quimioprofilaxis a los menores de 5 años.

- **Comentarios:** Hacer un resumen de los aspectos más importantes encontrados en relación con los objetivos de la visita y cuales fueron las medidas adoptadas por el visitador. También debe señalarse si hay antecedentes familiares, de alguna persona con tuberculosis.
- **Fecha de realización de la visita:** Poner la fecha en que se realizó la visita a la PATB.
- **Nombres y Apellidos del personal de salud que realizó la visita domiciliar:** Poner el NOMBRE COMPLETO y no firma ó iniciales.
- **Firma y Sello:** La persona que realizó la visita tiene que firmar y sellar el informe.
- **Nombre y Firma de la persona visitada:** ó que recibió la visita en caso que la PATB no se encuentre al momento de la visita. (Poner el nombre completo).