

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
**Plan de Administración de Casos para Pacientes con Tuberculosis (TB)**

**Nombre del paciente/DOB:** \_\_\_\_\_ **Informe inicial (Fecha y fuente):** \_\_\_\_\_

**Enfermero(a) administrador del caso:** \_\_\_\_\_ **Médico Tratante:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** La enfermera(o) administrador de casos (NCM) puede utilizar esta lista de verificación para garantizar que se completen las actividades de administración de tuberculosis para pacientes con TB\* sensible conocida o sospechada a medicamentos. La NCM deben colocar una marca de verificación (✓) cuando un miembro del equipo de administración de casos complete cada actividad. [Los formularios DSHS TB](#) a los que se hace referencia contienen información clave para cada actividad. Los programas pueden utilizar un formulario alternativo o una plantilla de registro médico electrónico (EHR) que contenga información equivalente.

\*Consulte el [Manual Binacional de TB](#) o las normas médicas recientes locales o regionales para obtener información detallada sobre las actividades enumeradas y de orientación para la administración de casos. Consulte [TB-701a](#) para pacientes en tratamiento de TB resistente a los medicamentos o pacientes que toman medicamentos de segunda línea.

<b>Meses de Tratamiento</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Semanas</b>				<b>8</b>				<b>26</b>	<b>39</b>	<b>52</b>
<b>Actividad</b>	<b>Detalles</b>									
<b>Responsabilidad</b>	Asignar NCM e identificar el médico tratante y otros miembros del equipo de administración de casos. <b>BNTB-201a</b>									
<b>Consentimientos</b>	Obtener los consentimientos* según se indica:									
	<b>L-36a</b> general									
	HIPPA									
	Divulgación de información médica <b>L-30a</b>									
	• Obtener si solicita y comparte información médica con otros proveedores.									
	Consentimiento de medicamento para <b>TB-411a</b>									
	• Obtener antes de iniciar el tratamiento y en cualquier momento en que se agregue un medicamento al régimen.									
Acuerdo del cliente/proveedor para el DOT <b>TB-206b</b>										
• Firmado mensualmente (paciente y el personal de enfermería o del DOT).										
Acuerdo del paciente para Video-DOT <b>12-15762a</b>										
<i>*Indique cuando se haya utilizado un intérprete para todos los consentimientos.</i>										

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
**Plan de Administración de Casos para Pacientes con Tuberculosis (TB)**

<b>Meses de Tratamiento</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	
<b>Semanas</b>				<b>8</b>				<b>26</b>	<b>39</b>	<b>52</b>	
<b>Educación</b>	Proporcionar educación inicial y continuo al paciente. Documentar mensualmente o con más frecuencia. <b>TB-203a</b>										
	Recoger historial médico y detección de síntomas. <b>TB-202a</b>										
<b>Evaluación Clínica</b>	Obtenga una prueba IGRA o TST inicial (a menos que haya documentado un resultado positivo previamente).										
	Obtenga CXR (radiografías de tórax) al inicio y según se indica por el manual BNTB y orden del médico.										
	Recolección de esputo x 3 al inicio para frotis de AFB, cultivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>8 a 24 horas de diferencia; 1 muestra observada y 1 muestra en la mañana; y</li> <li>1 muestra para prueba NAA/PCR con componente de resistencia a la rifampicina.</li> </ul> Repetir la recolección de esputo si está indicado.										
	Ordenar prueba de susceptibilidad (DSTs) a medicamentos en el cultivo inicial positivo de <i>M.tb</i> y garantizar la obtención de resultados.			√ DSTs							
	Realizar detección de infección por VIH si es indicado.										
	Recolectar análisis de laboratorio al inicio, mensual, como se describe en el manual BNTB y según la orden del médico tratante.										
	Obtener la revisión del caso por parte del médico tratante, incluida la documentación y las órdenes firmadas como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de la iniciación del tratamiento;</li> <li>Antes de terminar la fase intensiva;</li> <li>Mensualmente;</li> <li>Al cierre: 26 semanas (6 meses); y/o</li> <li>Al cierre: 39 semanas (9 meses); y</li> <li>Según sea necesario para inquietudes clínicas.</li> </ul>										

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
**Plan de Administración de Casos para Pacientes con Tuberculosis (TB)**

<b>Meses de Tratamiento</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Semanas</b>				<b>8</b>				<b>26</b>	<b>39</b>	<b>52</b>
	Realizar una evaluación clínica y evaluaciones de toxicidad al inicio, mensualmente y según sea necesario para atender problemas clínicos. <b>TB-205a</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir seguimiento adicional para medicamentos específicos según lo descrito en el manual de BNTB (es decir, EMB, INH en dosis altas y RBT).</li> </ul>									
<b>Consulta</b>	Solicite una consulta médica cuando se indique.									
<b>Tratamiento</b>	Verificar que el régimen de medicación para la TB es de atención estándar aprobado con dosis correctas basadas en el peso.									
	Documente DOT/VDOT de la administración de medicamentos. <b>TB-206a</b>									
	Suspenda la PZA después de 8 semanas (40-56 dosis DOT) y orden del médico tratante.									
	Suspenda la EMB después de confirmarse la susceptibilidad a los fármacos INH y RIF y orden del médico tratante.									
<b>Adherencia</b>	Revise la adherencia al medicamento al menos una vez por semana; documente las intervenciones por falta a las citas médicas o de la terapia DOT.									
<b>Investigación de Contactos (CI)</b>	Hacer la entrevista CI inicial para el caso o sospecha en un plazo de 3 días hábiles. Formulario <b>12-12062a</b>									
	Visitar la residencia principal del paciente en un plazo de 3 días. Visitar otros entornos donde pueda haber ocurrido la transmisión (p.ej., congregaciones, lugar de trabajo, centro de diálisis, etc.).									
	Dar prioridad a los contactos antes de iniciar la evaluación de contactos.									
	Evaluación de contactos de alta prioridad iniciada en un plazo de 7 días hábiles. <b>TB-208</b> Incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba IGRA/TST;</li> </ul>									

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
**Plan de Administración de Casos para Pacientes con Tuberculosis (TB)**

<b>Meses de Tratamiento</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Semanas</b>				<b>8</b>				<b>26</b>	<b>39</b>	<b>52</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas de la enfermedad de tuberculosis;</li> <li>Factores de riesgos; y</li> <li>CXR (cuando se indique).</li> </ul> Proporcionar educación y asesoramiento.									
	Considerar la expansión de CI si indicado. <b>TB-460a</b>									
	Realizar una segunda ronda de detección a los contactos con resultados negativos en la primera ronda entre 8 y 10 semanas* después de: <ul style="list-style-type: none"> <li>La interrupción de contacto o</li> <li>El final del periodo infeccioso del case índice.</li> </ul> Ingresar la información de CI. <b>TB 340</b> *Consulte el manual de BNTB.									
<b>Aislamiento</b>	Iniciar y suspender el aislamiento cuando indicado.									
<b>Revisión de Control de Calidad (QA)</b>	Realizar actividades de control de calidad rutina según el protocolo del programa (ej., revisión de casos, revisión de cohorte, revisión de CI).									
<b>Atención centrada en el paciente</b>	Evaluar las barreras al tratamiento al inicio y reevaluar a lo largo del curso de la atención de TB.									
	Obtener referencias médicas: tratamiento de drogas y alcohol, apoyo nutricional, educación sobre diabetes, atención del VIH, etc.									
	Obtener referencias de servicios sociales: trabajo social, salud conductual, etc.									
<b>Reportando en NEDSS</b>	NCM se asegurará que el departamento de salud regional o local tenga la información necesaria para completar todas las pestañas en NEDSS.									

**Equipo de administración de casos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_