

INSERT LOGO HERE

**Departamento para la Salud Pública de Kentucky**  
**Evaluación del riesgo de tuberculosis (TB)**

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Segundo nombre): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 Núm. casa/trabajo: \_\_\_\_\_ Núm. móvil: \_\_\_\_\_ Paciente embarazada:  No  Sí; Si responde sí, fecha de la última menstruación (mes/día/año): \_\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_ Año de llegada a USA: \_\_\_\_\_ Necesita intérprete:  No  Sí  
 Alergias: \_\_\_\_\_ Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

**I. Detección de síntomas de TB activa (marque todo lo que corresponda)**

Ninguno (Pase a la Sección II, "Evaluación del riesgo de infección de TB")  
 Tos por  $\geq$  3 semanas  $\rightarrow$  Productivo:  SÍ  NO

Hemoptisis  
 Fiebre, inexplicable  
 Pérdida de peso inexplicable  
 Poco apetito  
 Sudores nocturnos  
 Fatiga

**Pacientes pediátricos ( $\leq$  5 años):**  
 Sibilancias  
 Falta de crecimiento  
 Disminución de la actividad, diversión y/o energía  
 Inflamación de los ganglios linfáticos  
 Cambios en la personalidad

*Evaluar estos síntomas en contexto*

**II. Detección del riesgo de infección de tuberculosis (marque todo lo que corresponda)**

Individuos con un mayor riesgo de adquirir infección de TB latente (LTBI) o de progresar al estado activo de la enfermedad una vez infectado debe tener una TST. La detección de personas con antecedentes de LTBI debe individualizarse.

**A. Evaluar el riesgo de adquirir LTBI. El paciente:**

está en contacto actual de alto riesgo con una persona que se sabe o se sospecha que tiene la enfermedad de TB.  
 ha estado en otro país durante - 3 meses o más donde la tuberculosis es común y ha estado en los EE. UU. durante  $\leq$  5 años  
 es residente o empleado de un entorno colectivo de alto riesgo de TB  
 es un trabajador de la salud que atiende a pacientes de alto riesgo  
 está médicamente desatendido  
 ha estado sin hogar en los últimos dos años  
 es un bebé, un niño o un adolescente expuesto a un adulto(s) en categorías de alto riesgo  
 se inyecta drogas ilícitas o usa crack  
 es miembro de un grupo identificado por el departamento de salud como de mayor riesgo de infección de TB  
 necesita evaluación inicial/anual aprobada por el departamento de salud

**B. Evaluar el riesgo de desarrollar la enfermedad de TB si está infectado**

**El paciente...**  
 es VIH positivo  
 tiene riesgo de infección por VIH, pero se desconoce su estado serológico  
 se infectó recientemente con *Mycobacterium tuberculosis*  
 tiene ciertas condiciones clínicas, lo que lo coloca en mayor riesgo de contraer la enfermedad de TB: \_\_\_\_\_  
 se inyecta drogas ilícitas (determinar el estado serológico): \_\_\_\_\_  
 tiene antecedentes de TB tratada inadecuadamente  
 está  $>10\%$  por debajo del peso corporal ideal  
 está en terapia inmunosupresora (esto incluye tratamiento para la artritis reumatoide con medicamentos como REMICADE, HUMIRA, etc.)

**Historial de BCG/Prueba cutánea de TB/BAMT/ Tratamiento de TB:**

Historial de BCG previo:  NO  SÍ  $\rightarrow$  Año: \_\_\_\_\_  
 Historial previo (+) TST o (+) BAMT:  NO  SÍ  
 Fecha (+) TST / (+) BAMT \_\_\_\_\_ TST: \_\_\_\_\_mm  
 Fecha CXR: \_\_\_\_\_ resultado CXR:  ABN  WNL  
 Dx:  LTBI  Enfermedad  
 Comienzo del Tx: \_\_\_\_\_ Finalización del Tx: \_\_\_\_\_  
 Rx: \_\_\_\_\_  
 Completado:  NO  SÍ  
 Localización del Tx: \_\_\_\_\_

**III. Hallazgo(s) (marque todo lo que corresponda)**

Tratamiento previo para LTBI y/o enfermedad de TB  
 No hay factores de riesgo para la infección de TB  
 Riesgo(s) de infección y/o progresión a la enfermedad  
 Posible sospecha de tuberculosis  
 Anterior (+) TST o (+) BAMT, sin tratamiento previo

**IV. Acción(es) (Marque todas las que correspondan)**

Carta de evaluación emitida  Recipientes de esputo emitidos  
 Referido para CXR  Referido para evaluación médica  
 Se administró la prueba cutánea de TB de Mantoux  
 Sacar BAMT/Ensayo de liberación de interferón-gamma ((IGRA)  
 Otro: \_\_\_\_\_

Marca TST/N.º de lote \_\_\_\_\_ Marca TST/N.º de lote \_\_\_\_\_

Brazo: <u>Izquierdo</u> Derecho	Brazo: <u>Izquierdo</u> Derecho
Fecha y hora _____	Fecha y hora _____
Induración _____mm	Induración _____mm

BAMT  T-SPOT.TB  QFT-TB-Gold-Plus

Fecha/Hora sacar la muestra: \_\_\_\_\_  
 Resultados:  Pos  Neg  Límite/indeterminado

Firma del evaluador: \_\_\_\_\_  
 Nombre del evaluador(claro): \_\_\_\_\_  
 Título del evaluador: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

- Por la presente autorizo a los médicos, enfermeros(as) o enfermeros(as) practicantes del Departamento de Salud Pública de \_\_\_\_\_ a administrar una prueba cutánea de tuberculina (TST) o extraer sangre de mí o de mi hijo mencionado anteriormente para una prueba de análisis de sangre para *Mycobacterium tuberculosis* (BAMT).
- Estoy de acuerdo en que los resultados de esta prueba puedan ser informados a otros proveedores de atención médica.
- Entiendo que:
  - Esta información será utilizada por los proveedores de atención médica únicamente para fines de atención y vigilancia/estadísticos.
  - Esta información será confidencial

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Si decide hacerse la prueba está decidiendo seguir un tratamiento.** Dadas las altas tasas de resultados falsos positivos de las pruebas cutáneas de TB, el Programa de Prevención y Control de TB de Kentucky no aconseja la administración de la TST de Mantoux a personas con bajo riesgo de infección de TB.