

PROTOCOLO DE MANEJO Y DERIVACION DE LA TUBERCULOSIS EN LA RED

SUBDEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

Edición : 1

Fecha : Octubre 2014

Página :19 de 21

Vigencia: Octubre 2017

ANEXO N° 4

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

ESQUEMA PRIMARIO

CASOS NUEVOS (VT) Y ANTES TRATADOS (AT) DE TUBERCULOSIS, PULMONAR O EXTRAPULMONAR CON O SIN CONFIRMACION BACTERIOLOGICA

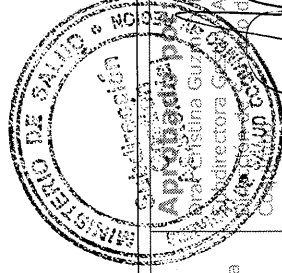
FÁRMACOS (mg)	FASE DIARIA 50 dosis (2 meses - 10 semanas)	FASE TRISEMANTAL 48 dosis (4 meses - 16 semanas)
Isoniacida	300	600
Rifampicina	600	600
Pirazinamida	1500	
Etambutol	800	

Para pacientes entre 45 y 70 kg. En pacientes con pesos fuera de este rango deberán ajustarse las dosis por kilo de peso.

ESQUEMA PRIMARIO CON DOSIS FIJAS COMBINADAS

Fase	Contenido del comprimido (mg)	Número de comprimidos	Dosis
Diaria	Rifampicina 150mg, Isoniacida 75mg, Pirazinamida 400mg y Etambutol 275mg	4	50 dosis
Trimestral	Rifampicina 150mg, Isoniacida 150mg	4	48 dosis

Para enfermos de 45 - 70 kg. de peso. Enfermos con daño hepático previo, insuficiencia renal crónica avanzada o con alergia conocida a alguno de los medicamentos del esquema, no deben usar fármacos en dosis fijas combinadas.



Elaborado por:
Equipo Técnico de Tuberculosis, Dirección de Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Septiembre 2014

Revisado y corregido por:
Dr. Frades Gallardo Médico Referente Regional Programa Tuberculosis, HSPC
Dr. Francisco Astudillo Lemus Médico Referente TBC Infantil, HSPC
Equipo Técnico de Tuberculosis, DSSC

Fecha: Octubre 2014

Expuesto por:
Dr. Frades Gallardo Médico Referente Regional Programa Tuberculosis, DSSC

Fecha: Noviembre 2014

Fecha: Noviembre 2014

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL PULMONAR O EXTRAPULMONAR**SIN CONFIRMACIÓN BACTERIOLOGICA**

FÁRMACOS (mg)	FASE INICIAL 50 dosis diarias (2 meses - 10 semanas)	FASE TRISEMANTAL 48 dosis (4 meses - 16 semanas)
Isoniacida	10mg/kg	15mg/kg
Rifampicina	15mg/kg	20mg/kg
Pirazinamida	35mg/kg	

**TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL PULMONAR O EXTRAPULMONAR
CONFIRMADA BACTERIOLOGICAMENTE**

FÁRMACOS (mg)	FASE DIARIA 50 dosis (2 meses - 10 semanas)	FASE TRISEMANTAL 48 dosis (4 meses - 16 semanas)
Isoniacida	10mg/kg	15mg/kg
Rifampicina	15mg/kg	20mg/kg
Pirazinamida	35mg/kg	
Etambutol	20mg/kg	

TRATAMIENTO DE COMPLEJO PRIMARIO SIMPLE

FÁRMACOS (mg)	FASE INICIAL 50 dosis diarias (2 meses - 10 semanas)	FASE TRISEMANTAL 48 dosis (4 meses - 16 semanas)
Isoniacida	10mg/kg	15mg/kg
Rifampicina	15mg/kg	20mg/kg

DOSIS Y PRESENTACIÓN DE LOS FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA

FÁRMACOS	DOSIS DIARIA (mg/kg)	DOSIS TRISEMANTAL (mg/kg)	PRESENTACION	DOSIS MAXIMA
Isoniacida	5 (4 - 6)	10 (8 - 12)	Comprimidos blancos ranurados de 100 mg	400mg diario 600mg trisemantal
Rifampicina*	10 (10 - 12)	10 (10 - 12)	Capsulas de 150mg y jarabe de 5mg/100mL	600mg diario o trisemantal
Pirazinamida	25 (20 - 30)	35 (30 - 40)	Comprimidos blancos de 500mg	1500 diario; 2500 trisemantal
Etambutol	15 (15 - 20)	30 (25 - 35)	Comprimidos de 200mg	1200 diario; 2000 trisemantal
Estreptomicina	15 (12 - 18)	15 (12 - 18)	Frascos de 1g**	1g en <50 años; 500mg en >50 años

*Puede teñir la orina de rojo, ** Hecha la solución inyectar de inmediato

Elaborado por:
Equipo Técnico de
Tuberculosis, Dirección de
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Septiembre 2014

Revisado y corregido por:
Dr. Frades Gallardo Médico Referente
Regional Programa Tuberculosis, HSPC
Dr. Francisco Astudillo Lemus Médico
Referente TBC Infantil, HSPC
Equipo Técnico de Tuberculosis, DSSC

Fecha: Octubre 2014

Expuesto por:

Dr. Frades Gallardo Médico
Referente Regional Programa
Tuberculosis, DSSC

Fecha: Noviembre 2014

Aprobado por:

Dra. Cristhina Gázmán Irujo
Subdirectora Asistencial
Dirección de Servicio de Salud
Coquimbo

Fecha: Noviembre 2014

ANEXO N° 5

Laboratorio de TBC

Dentro de la Red Asistencial, existen 8 Laboratorios que realizan exámenes para Diagnóstico de Tuberculosis, ya sea en su forma pulmonar o extrapulmonar, los cuales se encuentran clasificados de acuerdo a la factibilidad de exámenes que puedan ejecutar:

Laboratorios Tipo II: Laboratorios que realizan exámenes de Baciloscopia (BK) y Cultivo de Koch:

- Laboratorio Hospital de Coquimbo (Laboratorio de Referencia de la Red Asistencial)
- Laboratorio Hospital de Ovalle
- Laboratorio Hospital de Illapel

Laboratorios Tipo III: Laboratorios que realizan sólo examen de Baciloscopia:

- Laboratorio Hospital de Vicuña
- Laboratorio Hospital de Andacollo
- Laboratorio Hospital de Combarbalá
- Laboratorio Hospital de Los Vilos
- Laboratorio Hospital de Salamanca

Los laboratorios tipo III deben derivar sus muestras a un laboratorio Tipo II para la realización de examen de Cultivo de Koch, y completar de esta forma el estudio bacteriológico. En base a lo anterior, el conducto de derivación de muestras para cultivo de Koch en los Laboratorios tipo III es el siguiente:

Mapa de derivación de Cultivos de Koch

Provincia	Laboratorio	Laboratorio a quien debe derivar las muestras para Cultivo de Koch	Laboratorio a quien debe derivar Cultivos Positivos para Pruebas de Susceptibilidad y/o Tipificación
Elqui	Laboratorio Hospital de Vicuña	Laboratorio Hospital Coquimbo	Laboratorio de Referencia Sección Micobacterias Instituto de Salud Pública ISP
	Laboratorio Hospital de Andacollo		
	Laboratorio Hospital de Combarbalá		
Limarí	Laboratorio Hospital de Los Vilos	Laboratorio Hospital de Ovalle	Laboratorio de Referencia Sección Micobacterias Instituto de Salud Pública ISP
	Laboratorio Hospital de Salamanca		
Choapa	Laboratorio Hospital de Illapel		

En el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, todos los cultivos positivos deben ser derivados al Instituto de Salud Pública para realización de Prueba de Susceptibilidad a fármacos anti TBC

En el Control de Tratamiento se deben enviar todos los Cultivos Positivos de pacientes del tercer mes de tratamiento en adelante, por sospecha de fracaso de tratamiento por multidrogorresistencia (MDR). Existen otros casos en los cuales se deben derivar cultivos positivos al Instituto de Salud Pública, los cuales se encuentran detallados en las Normas Técnicas para el Control y la Eliminación de la Tuberculosis 2014.

Las muestras se deben transportar respetando los tiempos y condiciones de conservación exigidos en la Norma Técnica y aplicando las condiciones de bioseguridad descritas en la Guía de Bioseguridad para Laboratorios Clínicos 2013 del Instituto de Salud Pública (ISP) a fin de garantizar la seguridad biológica de éstas durante su derivación.

Elaborado por:
Equipo Técnico de Tuberculosis, Dirección de Servicio de Salud Coquimbo

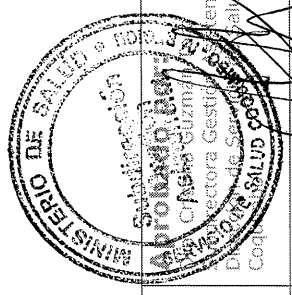
Fecha: Septiembre 2014

Revisado y corregido por:
Dr. Frades Gallardo Médico Referente Regional Programa Tuberculosis, HSPC
Dr. Francisco Astudillo Lemus Médico Referente TBC Infantil, HSPC
Equipo Técnico de Tuberculosis, DSSC

Fecha: Octubre 2014

Expuesto por:
Dr. Frades Gallardo Médico Referente Regional Programa Tuberculosis, DSSC

Fecha: Noviembre 2014



Fecha: Noviembre 2014

Anexo: 6

Recomendaciones para el manejo del paciente hospitalizado con tuberculosis bacilífera

1. El tratamiento de la tuberculosis es eminentemente ambulatorio.
2. Algunos pacientes con tuberculosis requerirán hospitalización por:
 - a) Gravedad de la patología: compromiso del estado general, hemoptisis, lesiones radiológicas muy extensas, necesidades de oxigenoterapia, intolerancia medicamentosa, etc.
 - b) Por co-morbilidades: diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, VIH – SIDA y otras patologías que el médico tratante considere pertinente.
 - c) Casos socio-sanitarios: situación de calle, ruralidad extrema, hacinamiento, adulto mayor sin red de apoyo y con dependencia de terceros, etc.
3. El tiempo de hospitalización, tiene que ser el mínimo necesario para solucionar el problema por el cual ingresa.
4. Determinada la necesidad de hospitalizar un paciente con tuberculosis con resultado de bacteriología positiva (baciloscopia o cultivo), se debe cumplir con las siguientes recomendaciones:
 - a) Ingresar al establecimiento con mascarilla.
 - b) Hospitalizar en aislamiento, en pieza individual, bien ventilada e iluminada, cuya puerta debe mantenerse siempre cerrada.
 - c) El personal que lo atiende debe dar cumplimiento estricto a las normas de infecciones intrahospitalarias correspondiente al manejo de pacientes con aislamiento respiratorio.
 - d) El paciente que deba circular por el pasillo debido a la realización de exámenes debe hacerlo con mascarilla quirúrgica.
 - e) Si el enfermo fuese muy bacilífero, se puede indicar mascarilla quirúrgica para el paciente en sala de hospitalización.
 - f) Las medidas de protección respiratoria deben regir también para los familiares o visitas de los pacientes, las que deben ser restringidas.
 - g) En la eventualidad que se tenga que hospitalizar un paciente y no se disponga de aislamiento se podrá indicar su hospitalización en sala común, en la cama vecina a la ventana, procurando que el flujo de aire sea hacia el exterior. Su traslado debe ser lo antes posible a una sala de aislamiento respiratorio.
 - h) La baciloscopia de control del paciente tuberculoso debe ser a las 25 dosis, 50 dosis y luego, en forma mensual hasta el alta de tratamiento.
 - i) La indicación de levantar el aislamiento respiratorio debe ser médica, pues si bien, como norma general, podría levantarse el aislamiento a las 15 dosis de tratamiento, existen pacientes que tendrán bacilos viables por un periodo más prolongado, por ejemplo, pacientes con lesiones cavitadas o extenso compromiso radiológico, donde sería recomendable evaluar el resultado de la Baciloscopia a las 25 dosis para tomar esta decisión.
5. Los pacientes con alta sospecha de tuberculosis clínica o radiológica, deben hospitalizarse en sala común, hasta confirmar su etiología con baciloscopia. Examen que debe ser tomado, procesado e informado, con carácter de urgencia.

A continuación se resumen los factores que determinan riesgo de infección:

Fuente de contagio	Factores ambientales	Personas susceptibles
BK positiva Tos frecuente TBC pulmonar, laríngea, bronquial TBC cavitaria Retraso en diagnóstico y tratamiento	Hacinamiento Espacios cerrados con mala ventilación, mala circulación de aire Escasa iluminación natural	Inmunodeficiencia Enfermedad respiratoria crónica Diabetes Mellitus Mal nutrición Alcoholismo Etc

Elaborado por:

Equipo Técnico de Tuberculosis, Dirección de Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Septiembre 2014

Revisado y corregido por:

Dr. Frades Gallardo Médico Referente Regional Programa Tuberculosis, HSPC
Dr. Francisco Astudillo Lemus Médico Referente TBC Infantil, HSPC
Equipo Técnico de Tuberculosis, DSSC

Fecha: Octubre 2014

Expuesto por:

Dr. Frades Gallardo Médico Referente Regional Programa Tuberculosis, DSSC

Fecha: Noviembre 2014

Fecha: Noviembre 2014

