

Médico/proveedor de atención:	Teléfono:	Fecha:
--------------------------------------	------------------	---------------

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Condado:** _____

Sexo: Masculino Femenino **Hispanico:** No Sí **Raza:** Blanco Negro Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Otro

Nacido en EE. UU.: Sí No **En caso negativo, fecha en que entró a los EE. UU.:** ____ / ____ / ____ **País de nacimiento:** _____

Padre/tutor: _____ **Teléfono:** _____

FACTORES DE RIESGO DE LA TB:

1. ¿Su hijo/a tiene cualquiera de los síntomas de la TB (tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida del apetito, pérdida de peso o fatiga) o una radiografía del tórax anormal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuáles son los síntomas?: _____
2. En los 2 últimos años, ¿el niño o la niña ha vivido o ha pasado tiempo con alguien que ha estado enfermo con TB?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿El niño o la niña nació en África, Asia, las islas del Pacífico (excepto Japón), Centroamérica, Sudamérica, México, Europa del este, el Caribe o el Medio Oriente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿en qué país nació?: _____
4. ¿Alguna vez el niño o la niña ha vivido en o viajado a África, Asia, las islas del Pacífico (excepto Japón), Centroamérica, Sudamérica, México, Europa del este, el Caribe o el Medio Oriente por más de un mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿a qué país viajó?: _____
5. ¿Algún miembro del hogar del niño o la niña vino a los Estados Unidos de otro país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál país?: _____
6. ¿El niño o la niña está expuesto/a a alguna de las siguientes personas?: <ul style="list-style-type: none"> Alguien que actualmente está en la cárcel o ha estado en la cárcel en los últimos 5 años Alguien que tiene VIH Alguien que no tiene un hogar o está desamparado Alguien que vive en un hogar comunitario Alguien que consume drogas ilegales Un trabajador agrícola migrante 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es el factor de riesgo al que está expuesto?: _____ _____
7. ¿El niño/adolescente está o alguna vez ha estado en la cárcel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la prisión?: _____
8. ¿Tiene el niño o la niña un historial de enfermedad inmunosupresora o toma medicamentos que podrían causar inmunosupresión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo ¿cuál es el nombre de la enfermedad o el medicamento?: _____

En caso afirmativo para cualquiera de las anteriores, el niño o la niña tiene un mayor riesgo de contraer una infección de TB y debería hacerse un TST/IGRA.

Todos los niños con un resultado de TST/IGRA positivo deben obtener una evaluación médica, incluyendo una radiografía del tórax. Se debería iniciar un tratamiento para una infección de TB latente si la radiografía del tórax sale normal y no hay señales de TB activa. Si se hicieron las pruebas, por favor adjunte o ingrese los resultados en la siguiente página.

INFORMACIÓN MÉDICA:

Razón principal de la evaluación:

- Investigación de contacto Prueba selectiva
 Examen de inmigración
 Radiografía torácica o tomografía computarizada anormal incidental Resultados de laboratorio incidentales
 Otra: _____

Sintomático: No Sí En caso afirmativo, fecha de inicio: ____/____/____

Síntomas: Tos Hemoptisis Fiebre Sudoración nocturna Pérdida de peso de ____ libras.
 Otra: _____

Prueba cutánea de la tuberculina (TST/Mantoux/PPD) Fecha de aplicación: ____/____/____ Fecha de resultados: ____/____/____	Induración: ____ mm Impresión: <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva
Ensayo de Liberación de Interferón Gama (IGRA, por sus siglas en inglés) Fecha: ____/____/____	Impresión: <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Indeterminada
Radiografía del tórax (requerido para pruebas TST o IGRA positivas) Fecha: ____/____/____	Impresión: Resultados <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Anormales
<input type="checkbox"/> Tratamiento de infección de tuberculosis latente (ITBL) (receta y fecha de inicio): Receta: _____ Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Contraindicaciones para INH o RIF para ITBL	<input type="checkbox"/> Tratamiento anterior por TB/ITBL (Receta y duración): Receta: _____ mm <input type="checkbox"/> Tratamiento de ITBL ofrecido pero rechazado

COMENTARIOS ADICIONALES:

RECOMENDACIONES:

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha que se completó:
__/__/__

Se debería llevar a cabo una evaluación de riesgo de tuberculosis al primer contacto con un niño o cada 6 meses por los primeros 2 años de vida. Después de los 2 años de edad, la evaluación de riesgo de tuberculosis debería llevarse a cabo anualmente. La prueba cutánea de la tuberculina Mantoux (TST, por sus siglas en inglés) debe ser llevada a cabo por un proveedor de atención médica capacitado y deben leerse los resultados 48-72 horas después por un proveedor de atención médica capacitado. **Cualquier TST positivo en un niño de <5 años de edad debe ser reportado al departamento de salud del condado local.** Un niño con Infección de TB Latente (ITBL) debe ser tratado con Isoniacida por 9 meses en conjunto con el departamento de salud del condado local. Los niños <15 años de edad necesitan Terapia preventiva por Observación Directa (DOT, por sus siglas en inglés).

FACTORES DE RIESGO POR TUBERCULOSIS (TB) EN NIÑOS

- Tener evidencia clínica o síntomas de la TB
- Tener un familiar o tener contacto con una persona con un historial de TB confirmada o sospechada
- Ser de una familia nacida en el extranjero en países endémicos de TB
- Viajar a países con tasas altas de TB
- Contacto con individuos con pruebas positivas de TB
- Anormalidades en radiografías torácicas que sugieren TB
- Adoptado de un área de alto riesgo o vivir en un lugar asignado fuera del hogar
- Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años
- Vivir entre o estar frecuentemente expuesto a individuos sin hogar, trabajadores agrícolas migrantes, residentes de hogares de ancianos o usuarios de drogas ilícitas
- Tomar leche cruda o comer queso no pasteurizado (por ejemplo queso fresco o queso no pasteurizado)
- Tener o estar sospechado de tener una infección de VIH o vivir con un adulto con seropositividad al VIH

MÉTODOS DE PRUEBA

Se debería usar una prueba cutánea de la tuberculina Mantoux (TST, por sus siglas en inglés) o un ensayo de liberación de interferón gama (IGRA) (para niños de 4 años o mayores) para evaluar a aquellos con mayor riesgo. Una TST ≥ 10 mm es considerada positiva. Si un niño ha tenido contacto con alguien que tiene TB activa entonces una TST ≥ 5 mm es considerada positiva. Si la prueba cutánea tuberculina es negativa para un bebé menor de seis (6) meses, se debe volver a hacer la prueba al bebé a los seis (6) meses de edad.

Se debe hacer la radiografía torácica además de la TST/IGRA y la revisión de los síntomas si hay infección de VIH o se sospecha que hay VIH, otras condiciones inmunocomprometidas o si un niño está tomando medicamentos inmunosupresores como prednisona o antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa.

Si se respondió “Sí” a las preguntas #1 o #2 quiere decir que se le debe hacer la TST al niño inmediatamente sin importar la edad.

Si se respondió “Sí” a las preguntas #3, #4, #5 o #6 quiere decir que se le debe hacer una TST inicial al niño. Solo se deben hacer TSTs adicionales cuando haya nuevos factores de riesgo o exposiciones.

Si se respondió “Sí” a las preguntas #7 u #8 quiere decir que se le debe hacer una TST inicial al niño, sin importar la edad, y luego una TST anual.

DERIVACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON PRUEBAS POSITIVAS DE TB

- Todos los niños con un resultado de TST o IGRA positivo deben obtener una evaluación médica, incluyendo una radiografía del tórax.
- Reporte cualquier caso confirmado o sospechado de enfermedad de TB al Programa de Control de TB en menos de 7 días, incluyendo cualquier niño con radiografías torácicas anormales.

-
- Si no se encuentra la enfermedad TB, trate a los niños o adolescentes con una prueba TST o IGRA positiva por una infección de TB latente (ITBL)
 - Isoniacida (INH) es el medicamento usual para el tratamiento de ITBL en niños y adolescentes. La duración del tratamiento es de 9 meses con la siguiente dosis diaria: 10-15mg/kg (máximo 300mg).
 - Para obtener las directrices para la gestión y el tratamiento de TB o ITBL visite: www.cdc.gov/tb o póngase en contacto con el Programa de Control de TB llamando al (217) 785-5371