

ANÁLISIS DE CASO MÉDICO

Fecha: ____/____/____	Dep. Local de Salud (DLS):	Número estatal de caso:
-----------------------	----------------------------	-------------------------

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Ocupación: _____ **Última fecha que trabajó:** ____/____/____
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:** _____
¿Contacto con caso conocido? Sí No: **Si el caso tiene <18, fuente identificada:** _____

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO:

Fecha de diagnóstico/sospecha de TB inicial: ____/____/____ **Fecha de derivación a DLS:** ____/____/____
Diagnosticado: Hospital Clínica del médico Departamento de salud Otro: _____
Condición al diagnosticar: Vivo Fallecido (fecha de fallecimiento) ____/____/____
Razón principal de la evaluación: Investigación de contacto Prueba selectiva Personal de salud
 Evaluación para contratación Examen de inmigración Radiografía/tomografía anormal incidental
 Resultado de laboratorio incidental Otro: _____

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ **Síntomas:** Tos Dolor en el pecho Hemoptisis Fiebre
 Fatiga Disnea Sudoración nocturna Pérdida de peso de ____ lbs Otro: _____

Fecha de TST: ____/____/____ **Resultado:** _____ mm **Fecha de IGRA:** ____/____/____ **Resultado:** _____

Fecha de radiografía del tórax: ____/____/____ **Resultados:** Normales Anormales
 Si son anormales, Cavitaria No cavitaria

Si no son cavitarios, Consistentes con la TB Inconsistentes con la TB

Fecha de tomografía: ____/____/____ **Resultados:** Normales Anormales
 Si son anormales, Cavitaria No cavitaria

Si no son cavitarios, Consistentes con la TB Inconsistentes con la TB

Sitio de la enfermedad: Pulmonar Pulmonar y extrapulmonar Extrapulmonar - TB pulmonar descartada Sí No

MÉDICAS COMÓRBIDAS:

¿Paciente tiene historial de disfunción hepática? No Sí **En caso afirmativo, explique:**
 Diabetes Mellitus Silicosis Enfermedad renal en etapa terminal Enfermedad hepática crónica
 Hepatitis B Hepatitis C Postrasplante de órgano Cancer (sitio)
 Antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (TNF) Otra: _____

Complicaciones médicas: Sí No **En caso afirmativo, explique:** _____

Alergias: Sí No **En caso afirmativo, explique:** _____

INFORMACIÓN DE LABORATORIO:

Muestras de fluidos	Fecha(s) recolectada(s)	FROTIS				CULTIVO			
		Positivo	Negativo	Pendiente	No se ha hecho	Positivo	Negativo	Pendiente	No se ha hecho
Inicial									
Espuito	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Bronquial	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Lavado nasal	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Gástrica	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Aspirado	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Pleural	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Fluido	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
LCR/LCE	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Orina	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
Otro	___/___/___	<input type="checkbox"/>							
_____	___/___/___	<input type="checkbox"/>							

Conversión de cultivo de esputo: Documentada No documentada No aplica

Si fue documentada: Fecha de conversión ___/___/___ No. de días para conversión del cultivo: _____

Si NO fue documentada: Muestra no fue recolectada Otra: _____

Muestra enviada para genotipado: Sí No En caso negativo, ¿por qué? _____

Prueba de susceptibilidad de medicamentos: Sí No En caso negativo, ¿por qué? _____

MEDICAMENTOS:

ISONIACIDA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA

RIFAMPINA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA

PIRACINAMIDA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA

ETAMBUTOL _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA

PIRIDOXINA _____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA

_____ MG VÍA ORAL _____ SEMANA

FECHA DE INICIO:

_____ (___ dosis administradas)

SUSCEPTIBILIDAD A MEDICAMENTO

No Sí Sensible Resistente

¿La terapia es bajo observación directa?: Sí No

En caso afirmativo, ¿qué métodos se utilizan?

Ambos

En caso negativo, ¿por qué?:

En persona Multimedia (especificar tipo): _____

¿Interrupciones en el tratamiento? Sí No

Reacciones adversas/médicas: Sí No

Enzimas hepáticas elevadas: Sí No

No cumplimiento del paciente: Sí No

Razones del proveedor: Sí No

Fecha en que se detuvo: ___/___/___

Especificar:

Especificar:

Especificar:

Especificar:

Fecha en que se detuvo el tratamiento: ___/___/___

En caso afirmativo, ¿por qué?

Tratamiento >12 meses: Sí No

¿El paciente completó el tratamiento en 365 días? Sí No

En caso negativo, ¿por qué?

FACTORES DE RIESGO DE TB:

- | | | |
|---|---|--|
| ¿Diagnóstico anterior de enfermedad de TB? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, año _____ ¿Se completó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tratamiento previo para la ITBL? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, año _____ ¿Se completó el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Desamparado en el último año? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Residente de una unidad correccional al ser diagnosticado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, ¿dónde? _____ |
| ¿Antecedentes de encarcelamiento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, año _____ Lugar: _____ |
| ¿Residente de un centro de cuidado a largo plazo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, ¿dónde? _____ |
| ¿Uso excesivo de alcohol en el último año? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Uso de drogas intravenosas en el último año? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, ¿qué? _____ |
| ¿Uso de drogas no intravenosas en el último año? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Actualmente fuma tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Viajes fuera de los EE. UU. por más de 30 días? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?: _____ |
| ¿Contacto anterior con un paciente infeccioso? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, año _____ No. de caso: _____ |

BARRERAS A LA ADHERENCIA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene hogar | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Abuso/violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Nivel bajo de alfabetismo | <input type="checkbox"/> Barrera de idioma | <input type="checkbox"/> Barrera cultural |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas/homicidas | <input type="checkbox"/> Comportamiento errático/desafiante/paranóico |
| <input type="checkbox"/> No coopera | <input type="checkbox"/> No se mantiene en aislamiento | <input type="checkbox"/> No llega a citas clínicas |
| <input type="checkbox"/> No llega a las citas del DOT | <input type="checkbox"/> Se rehusa a identificar contactos | <input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada |
| <input type="checkbox"/> Nutrición inadecuada | <input type="checkbox"/> Ingresos inadecuados | <input type="checkbox"/> Transporte inadecuado |
| <input type="checkbox"/> Seguro/atención médica inadecuada | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol | <input type="checkbox"/> Uso de drogas Especificar: _____ |

BARRERAS A LA ADHERENCIA

Cierre: Fecha de cierre del caso: ____/____/____

- Razón: No es TB Tratamiento completado Perdido durante el seguimiento No cumple o se rehusa a participar
 Evento adverso de tratamiento Falleció: Causas de muerte _____

¿Se mudó el paciente? No Sí En caso afirmativo, ¿a dónde? _____

Fecha de transferencia de información del caso: ____/____/____

INVESTIGACIÓN DE CONTACTO:

- ¿Se llevó a cabo una investigación de contacto en este caso? Sí No En caso negativo, ¿por qué?

Contactos	Adultos del hogar	Niños	Trabajo	Personal de salud	Social	Total
Identificado						
Rechazó evaluación						
Evaluable						
Nacido en EE. UU.						
Nacido en el extranjero						
TST/IGRA positivo						
Enfermedad activa						
Inició tratamiento ITBL						
Inició oportunidades de profilaxis						
Rechazó tratamiento ITBL						
Actualmente bajo tratamiento ITBL						
Descontinuó tratamiento ITBL						
Perdido durante el seguimiento						
Falleció antes de completar tratamiento ITBL						
Completó tratamiento ITBL						

Identifique todas las barreras que enfrentó durante la gestión del caso y la investigación de contacto sin importar si pudo superar la barrera o no. Escriba las estrategias (si las hay) que utilizó en la columna apropiada (ya sea eficaz o ineficaz). Para barreras marcadas sin estrategias, se asumirá que la barrera no fue abordada.

Barreras de la investigación de contacto	Estrategias eficaces	Estrategias ineficaces
<input type="checkbox"/> Idioma		
<input type="checkbox"/> Cultura/Religión		
<input type="checkbox"/> Paciente no coopera		
<input type="checkbox"/> Contactos no cooperan		
<input type="checkbox"/> Exposición previa conocida		
<input type="checkbox"/> Educación del paciente		
<input type="checkbox"/> Capacidad org. del DLS		
<input type="checkbox"/> Capacitación de personal DLS		
<input type="checkbox"/> Recursos del DLS		
<input type="checkbox"/> Suministros para pruebas		
<input type="checkbox"/> Otra: _____		

GESTIÓN DEL CASO: CLÍNICO

Barreras para la gestión del caso	Estrategias eficaces	Estrategias ineficaces
<input type="checkbox"/> Interacciones de medicamentos		
<input type="checkbox"/> Gestión médica		
<input type="checkbox"/> DOT		
<input type="checkbox"/> Recolección de muestras de laboratorio		
<input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio no especificado		
<input type="checkbox"/> Derivación/gestión de médico		
<input type="checkbox"/> Co-gestión (VIH, diabetes, enfermedad mental, hepatitis, etc.)		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico anterior de TB/ITBL		
<input type="checkbox"/> No completó tratamiento de TB/ITBL		
<input type="checkbox"/> En grupo genético		
<input type="checkbox"/> Capacitación/conocimiento del personal de DLS		
<input type="checkbox"/> Asociación con otras organizaciones		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

GESTIÓN DEL CASO: SOCIAL

Barreras para la gestión del caso	Estrategias eficaces	Estrategias ineficaces
<input type="checkbox"/> Idioma		
<input type="checkbox"/> Cultura		
<input type="checkbox"/> Religión		
<input type="checkbox"/> Usuario de drogas inyectables		
<input type="checkbox"/> Usuario de drogas no inyectables		
<input type="checkbox"/> Alcoholismo		
<input type="checkbox"/> Cooperación del paciente		
<input type="checkbox"/> Cooperación/apoyo de la familia		
<input type="checkbox"/> Alfabetismo		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

GESTIÓN DEL CASO: ECONÓMICO

Barreras para la gestión del caso	Estrategias eficaces	Estrategias ineficaces
<input type="checkbox"/> Transporte		
<input type="checkbox"/> Desempleado/ seguridad laboral		
<input type="checkbox"/> Desamparado/ seguridad de vivienda		
<input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria		
<input type="checkbox"/> Estabilidad financiera		
<input type="checkbox"/> No tiene seguro o es insuficiente		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

COMENTARIOS ADICIONALES:

RECOMENDACIONES:

Firma del proveedor de atención médica: _____

Fecha completado: ___/___/___