

M18:2019, REV.01–2025

**MANUAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA
TUBERCULOSIS EN HONDURAS**

M18:2019, REV.01–2025

**MANUAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA
TUBERCULOSIS EN HONDURAS**



AUTORIDADES

Dra. Carla Marina Paredes Reyes

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Brian Martín Erazo Muñoz

Sub Secretaría de Regulación

Dra. Nerza Gloria Paz Rodríguez

Sub Secretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Suani Violeta Montalván Acosta

Sub Secretaría de Proyectos e Inversiones

Dr. Saúl Hernán Cruz Mendoza

Dirección General de Riesgos Poblacionales

Dra. Xochilt María Chavez Cerrato

Dirección General de Normalización

Dr. Oscar Andrés Paredes Velásquez

Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Abog. Grodvin Honorato Cantillano Leiva

Dirección General de la Vigilancia del Marco Normativo

Dr. José Octavio Izaguirre Fúnez

Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos

Dra. Odalys García Trujillo

Programa de Atención a Enfermedades Transmisibles e Infecciosas

APROBACIÓN

Dra. Xochilt María Chavez, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No. 04-DGN-2025, Código M18:2019, REV.01-2025**, 8 de mayo del 2025 me permito aprobar el **“Manual para la Prevención y Atención de la Tuberculosis en Honduras”**.

ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Objeto.....	7
3. Campo de aplicación	7
4. Acrónimos, símbolos y términos abreviados	8
5. Términos y definiciones	9
6. Documentos relacionados.....	12
7. Prevención de la Tuberculosis.....	13
7.1 Medidas preventivas para el control de infecciones de la Tuberculosis.....	13
7.2 Investigación de contactos de TB	18
7.3 Prevención de las formas graves de la TB.....	20
8. Atención a las personas con Tuberculosis en el primer y segundo nivel	21
8.1 Atención de la Tuberculosis Farmacosensible (TB-DS).....	21
8.2 Atención de la Tuberculosis Farmacorresistente (TB-DR).	22
8.3 Atención de la Tuberculosis Infantil	26
8.4 Atención de la comorbilidad Tuberculosis y Diabetes Mellitus	27
8.5 Atención de la Coinfección TB/VIH.....	29
8.6 Atención de la Tuberculosis en el Embarazo y la Lactancia.....	33
8.7 Atención de la Tuberculosis en Personas Privadas de Libertad (PPL)	34
8.8 Atención de la Tuberculosis en Migrantes.....	36
8.9 Atención de la Tuberculosis y Tabaquismo.....	37
8.10 Atención de la Tuberculosis y Salud Mental	38
8.11 Atención de la TB y Trastornos Hepáticos	38
8.12 Atención de la Enfermedad Pulmonar Posterior a la Tuberculosis (EPPTB).....	39
9. Registro y Notificación	41
9.1 Registro y notificación para la prevención y la atención de la tuberculosis.....	41
9.2 Formularios de Tuberculosis para la atención y prevención	42
10. Bibliografía.....	45
11. Anexos	48

1. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por el agente *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), que se transmite principalmente por vía aérea. Está presente en todos los países y es la principal causa infecciosa de muerte a nivel mundial. En el 2023, se estima que 10,8 millones de personas enfermaron de TB en el mundo de los cuales 1,09 millones fallecieron por esta causa incluidos 161,000 muertes en personas con VIH. La enfermedad es una causa importante de morbilidad y sufrimiento humano. Además, afecta con mayor frecuencia a los grupos más vulnerables de la sociedad, presentando un desafío multidimensional en nuestro país.¹

La TB fue declarada una Emergencia Sanitaria Mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1993, y en 2023 se realizó la segunda Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para poner fin a la TB. En esa ocasión, los países miembros renovaron su compromiso por adoptar las medidas necesarias para controlar y eliminar la TB como problema de Salud Pública, con miras a alcanzar las metas establecidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).²

El presente documento establece las diferentes actividades para la prevención y atención de la TB en Honduras, en la red de servicios de salud públicos y no públicos a nivel nacional.

La actualización de este documento se ha realizado basado en evidencia científica recientemente publicada y tomando además las nuevas recomendaciones de la OMS adaptadas al contexto nacional de salud.

2. OBJETO

Establecer las actividades de prevención, atención, rehabilitación de la TB en adultos, población pediátrica, coinfección TB/VIH, comorbilidades asociadas, migrantes y personas privadas de libertad.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

El presente documento se dirige a proveedores de salud públicos y no públicos, que brindan servicios de prevención y atención de la TB en los establecimientos de la Red del Sistema Nacional de Salud.

4. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

Abreviatura	Significado
AGI	Área de Gestión de la Información
AntiTB	Tratamiento para Tuberculosis
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CAMI	Centro de Atención al Migrante Irregular
CAMR	Centro de Atención al Migrante Regular
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 19
CUIT	Clave única de identificación tributaria
CP	Centro Penitenciario
DM	Diabetes Mellitus
EPPTB	Enfermedad Pulmonar Posterior a TB
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ES	Establecimiento de Salud
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INCP	Instituto Nacional Cardiopulmonar
LNTB	Laboratorio Nacional de Tuberculosis
MNTB	Micobacterias No Tuberculosas
MTB	<i>Mycobacterium</i> Tuberculosis
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDRm	Prueba Molecular de Diagnóstico Rápido
PSF	Prueba de Sensibilidad a Fármacos
PPL	Personas Privadas de Libertad
SAI	Servicios de Atención Integral
SESAL	Secretaría de Salud de Honduras
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida
RAM	Reacciones Adversas a Medicamentos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RP	Rehabilitación Pulmonar
TB	Tuberculosis
TB-DS	Tuberculosis Farmacosensible
TB-DR	Tuberculosis Farmacorresistente
TDO	Tratamiento Directamente Observado
TPT	Tratamiento Preventivo para Tuberculosis
UGI	Unidad de Gestión de la Información
UVS	Unidad de Vigilancia de la Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Baciloscopía: Es el examen microscópico directo de muestras de esputo en busca de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) mediante la tinción de Ziehl-Neelsen.³

Caso Presuntivo: Persona con signos y síntomas asociados a la TB pulmonar (como tos, hemoptisis, pérdida de peso, fiebre o sudores nocturnos).⁴

Caso de Tuberculosis: Presencia de la enfermedad por TB en una persona.⁵

Caso índice o inicial de TB: Es toda persona que se ha detectado inicialmente como un caso nuevo o recurrente de la enfermedad por TB en un lugar específico, donde otras personas pueden estar expuestas; es la persona en la que se centra la investigación de contactos, pero no es necesariamente el caso que ha originado un brote.³

Contacto: Toda persona que haya estado expuesta a un caso de TB.⁵

Contacto del hogar: Persona que ha compartido el mismo espacio vital cerrado con el caso inicial durante una o varias noches o durante períodos diurnos frecuentes o prolongados en los tres meses anteriores al inicio del tratamiento actual.⁵

Contacto estrecho: Persona que no vive en el hogar, pero que ha compartido con el caso inicial un espacio cerrado, como una reunión social, una reunión de trabajo o un establecimiento, durante periodos prolongados en los 3 meses previo al comienzo del episodio actual de la enfermedad.⁴

Coinfección TB/VIH: Persona con TB activa con infección por VIH.³

CONE TB-DR: Comité Nacional de Expertos de TB Drogorresistente, multidisciplinario que recomienda las estrategias y acciones a seguir en todos los asuntos relacionados con el manejo de los casos de TB drogorresistente.

CORE TB-DR: Comité regional de evolución del proceso de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TB-DR presuntiva o confirmada a seguir en todos los asuntos relacionados con el manejo de casos de TB drogorresistente en amplia comunicación con el CONE-TBDR.

Consejería: Proceso a través del cual un proveedor de servicios de salud y un paciente o cliente dialogan para explorar e identificar circunstancias de riesgo del paciente, conocer los desafíos para el cambio de comportamiento deseables y favorecer la toma de decisiones estableciendo metas.³

Fallecido: Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.³

Fracaso: Paciente con TB cuya baciloscopía o cultivo de esputo son positivos en el 5° mes de tratamiento y al finalizar el tratamiento.³

Investigación de contactos: Procedimiento sistemático para detectar a las personas con TB o con infección tuberculosa que no han sido diagnosticadas anteriormente entre los contactos de un caso inicial de TB o en otros entornos semejantes donde existe transmisión. La investigación de contactos consiste en la detección, la evaluación clínica o las pruebas diagnósticas y la provisión del tratamiento apropiado contra la TB (a los casos con TB confirmada) o el tratamiento preventivo (a los casos sin TB activa).⁵

Pacientes previamente tratados: Son aquellos que han recibido 1 mes o más de los medicamentos AntiTB en el pasado. Se clasifican además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:

- **Pacientes con recaída/recurrente:** Los que han sido previamente tratados por TB, fueron declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB (ya sea una recaída o un nuevo episodio por reinfección).
- **Paciente con tratamiento después de pérdida al seguimiento:** Fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (Estos eran conocidos previamente como pacientes tratados después de abandono).
- **Fracaso Terapéutico:** Paciente tratados por TB y que su último tratamiento fracasó.⁵

Pruebas de sensibilidad a los fármacos (PSF): Son pruebas in vitro en las que se utilizan:

- Técnicas moleculares genotípicas para detectar las mutaciones que confieren resistencia o
- Métodos fenotípicos para determinar la sensibilidad a un determinado fármaco.⁵

Pruebas Moleculares: Son métodos basados en la amplificación de ácidos nucleicos del genoma de un microorganismo patógeno, a fin de lograr su detección en el organismo de la persona afectada. Se recurre a estos métodos por su mayor rapidez y sensibilidad de resultados.³

Prueba Molecular de Diagnóstico Rápido: Las PDRm se definen como pruebas diagnósticas que emplean técnicas moleculares para el diagnóstico de la tuberculosis y la detección rápida de la resistencia a los medicamentos.⁵

Paciente con TB seropositivo para el VIH (coinfectado TB/VIH): Persona con enfermedad por TB que tiene un resultado positivo documentado de la prueba de detección del VIH antes del episodio de TB, en el momento del diagnóstico de la TB o durante el episodio de TB.⁵

Paciente con TB seronegativo para el VIH: Persona con enfermedad por TB que tiene un resultado negativo de una prueba de detección del VIH realizada en el momento del

diagnóstico de la TB. Si posteriormente se descubre que la persona es seropositiva para el VIH durante el tratamiento de la TB, se la debe reclasificar como un caso de TB seropositivo para el VIH.⁵

Paciente con TB y estado serológico desconocido respecto a la infección por el VIH:

Persona con enfermedad por TB que no tiene ningún resultado de una prueba de detección del VIH y en la que no hay evidencia documentada de que reciba tratamiento para la infección por el VIH. Si posteriormente se determina el estado serológico con respecto a la infección por el VIH de la persona, se la debe reclasificar como un caso de TB seropositivo para el VIH o un caso de TB seronegativo para el VIH, según corresponda.⁵

Referencia: Es el envío de pacientes con un formato escrito por parte de un proveedor de salud a otro de mayor, igual o menor complejidad, para la atención o complementación de la prestación de servicios (diagnóstico, tratamiento, seguimiento o rehabilitación).⁶

Respuesta: Es el envío de un paciente que fue referido por otro proveedor, con un formato escrito de la valoración clínica y el tratamiento realizado, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el Establecimiento de Salud que refirió al paciente, con el objeto de que este continúe con su atención.⁶

Tratamiento Directamente Observado (TDO): Consiste en ver a los pacientes tomar los medicamentos para asegurarse de que tanto los medicamentos como la duración del tratamiento sean correctos.⁴

Tratamiento preventivo de la TB (TPT): Tratamiento que se ofrece a las personas que se consideran en riesgo de presentar TB, con el fin de disminuir este riesgo. También se denomina tratamiento de la infección por TB o tratamiento de la ILTB.⁴

Tuberculosis: Enfermedad que ocurre en personas con la infección por *M. tuberculosis* que se caracteriza por signos y síntomas de la TB activa y se diferencia de la infección latente por TB que no presenta signos ni síntomas de la enfermedad, a esta última se le denomina Infección Latente de Tuberculosis.⁴

Tuberculosis farmacosensible (TB-DS) Persona con enfermedad por TB diagnosticada clínicamente o confirmada bacteriológicamente, en la que no hay evidencia de infección por una cepa del complejo *M. tuberculosis* que sea resistente a la rifampicina o a la isoniácida (con PSF que muestra que la cepa del complejo *M. tuberculosis* es sensible a la rifampicina y sensible a la isoniácida).⁵

Tuberculosis farmacorresistente (TB-DR): Enfermedad por TB causada por cepas del complejo *M. tuberculosis* resistentes a cualquier fármaco contra la TB.⁷

Tuberculosis pulmonar (TBP): Todo caso de TB confirmado bacteriológicamente o diagnosticado mediante criterios clínicos que afecta el parénquima pulmonar o el árbol traqueobronquial. La TB miliar se clasifica como TB pulmonar.⁵

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Lineamientos para la atención integral de la Tuberculosis en el marco de la pandemia por COVID-19 en Honduras. Secretaría de Salud de Honduras.
- Manual del Voluntario de Salud para el abordaje de la TB en la comunidad.
- Protocolo de diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis en Honduras.
- Guía de atención en Salud para la Población Migrante.
- Guía de abordaje integral de la comorbilidad Tuberculosis y Diabetes Mellitus.
- Protocolo del manejo de Tuberculosis en Pediatría.
- Guía del manejo clínico de la Coinfección TB/VIH.
- Guía de control de infecciones de Tuberculosis.
- Guía para la prevención y control de la tuberculosis en personas privadas de libertad.
- Manual de consejería de TB, TB-VIH y TB-DR.
- Manual para la atención integral a las personas adultas y adolescentes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, SESAL, 2023.

7. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

7.1 Medidas preventivas para el control de infecciones de la Tuberculosis

Para el control de infecciones de TB en los servicios de atención públicos y no públicos se debe realizar lo siguiente:

- 7.1.1 Elaborar Plan de control y organizar Comité de Infecciones en concordancia con la ***“Guía para el Control de Infecciones de Tuberculosis” SESAL, vigente.*** <https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=273>
- 7.1.2 Las medidas para el control de infecciones se organizan por nivel jerárquico en: medidas administrativas, medidas ambientales y medidas de protección respiratoria o personales (**Cuadro No. 1**).

Cuadro No. 1 Medidas preventivas de TB según nivel de atención

Medidas preventivas	Responsable Primer Nivel	Primer Nivel	Responsable Segundo Nivel	Segundo Nivel
Administrativas	Médico o enfermera	Identificación de áreas de riesgo: Consultorios, salas de espera, preclínica, área de toma de muestra de esputo, laboratorio.	Jefe de Hospital	Identificación de áreas de riesgo: emergencias, salas de endoscopia, de nebulizaciones, quirófano, laboratorio clínico, radiología, salas de hospitalización, autopsias y todas aquellas identificadas sin adecuada ventilación e iluminación (abrir al medioambiente áreas de espera, áreas para la recolección de esputo, salas de examen y hospitalización; si se utilizan ventiladores, las ventanas deben quedar abiertas para facilitar el intercambio de aire).
En ambos niveles se debe realizar: • Asegurar trimestralmente el abastecimiento de medicamentos, insumos, suministros y equipo. • Asegurar que las áreas de espera de los pacientes estén bien ventiladas. • Realizar el monitoreo constante (tamizaje) del personal de salud que labora en áreas de alto riesgo.				

	• Evaluar el conocimiento sobre el control de infecciones y capacitar al personal de salud. • Evaluar que se cumpla con la calidad de las medidas administrativas. • Detección oportuna del caso presuntivo: tiempo transcurrido en el proceso de identificación, inicio de síntomas, solicitud de pruebas de TB, la toma de la muestra, entrega de resultados y el inicio de tratamiento.
Ambientales	<i>En ambos niveles se debe realizar:</i> En áreas de consulta, áreas de espera y tomas de muestra de esputo: • Mantener la ventilación con las ventanas abiertas para mejorar el flujo de aire e iluminación. • Zonas de riesgo de transmisión contar con filtros mecánicos de aire. • Separación física de pacientes con TB, de pacientes inmunocomprometidos, de otros pacientes y familiares. • Acortar la estadía intrahospitalaria en lo posible ya que los pacientes TB deben ser tratados ambulatoriamente.
Personales	<i>Para personal de salud:</i> • Uso de Respiradores N95 por parte del personal de salud en áreas de alto riesgo. • Brindar consejería sobre higiene respiratoria y manejo de la tos. <i>El personal de salud debe instruir a las personas con caso presuntivo o confirmado sobre:</i> • Utilizar mascarilla quirúrgica al ser detectado y hasta que su baciloscopía de control sea negativa, cuando se encuentre en lugares donde hay otras personas o al ser trasladado para realización de exámenes o procedimiento y debe dormir en habitación separada.

Fuente: Adaptación de la Guía de Control de Infecciones de Tuberculosis. SESAL 2019.⁸

Nota: En el primer nivel de atención que se cuente con ESFAM se debe coordinar en conjunto con el Establecimientos de Salud para la realización de estas acciones en el nivel local.

7.1.3 Para el control de infecciones en los servicios de salud, los equipos de los diferentes niveles de atención: Local, Municipal, Regional deben implementar las siguientes actividades. **(Cuadro No. 2)**

Cuadro No. 2 Actividades para la prevención y control de la Tuberculosis por nivel de atención de la SESAL

Nivel Regional	Nivel Municipal	Nivel Local (Hospitales)	Nivel Local (ES)
Elaborar e implementar el plan operativo anual basado en actividades de control de la TB orientadas por los objetivos y actividades de la SESAL.	Elaborar el plan operativo anual de las actividades para el control de la TB acorde a los objetivos, actividades y metas de la SESAL.	Elaborar el Plan anual operativo de TB del hospital.	Promoción y Prevención de la Tuberculosis a través de : Búsqueda de casos presuntivos de TB, brindar charlas a las personas sobre tuberculosis. Toma de muestras diagnósticas para TB, y envío de la muestra a laboratorio Investigación de contactos de TB intra/peri domiciliaria, notificación oportuna de casos, dispensación de medicamentos a través del Tratamiento Directamente Observado (TDO). Brindar consejería en Tuberculosis con énfasis en la Adherencia al Tratamiento, complicaciones, resistencia a medicamentos AntiTB, entre otras. Seguimiento de casos Vacunación con BCG
Realizar la programación de medicamentos e insumos necesarios y asegurar el suministro a los ES.	Instruir a la red de servicios la implementación de medidas de control de infecciones en particular en la toma de muestras de esputo.	Sistematizar la hoja de egreso hospitalario en el libro de registro de referencia y contra referencia de casos de TB y enviar informe mensual a la región correspondiente, a fin de garantizar el seguimiento de los casos.	Planificar las actividades de control de la TB, de acuerdo a objetivos, actividades y metas de la SESAL.
Garantizar el cumplimiento de la normativa nacional en toda la red de servicios de la Región Sanitaria	Solicitar al laboratorio correspondiente los resultados del examen bacteriológico.	Realizar la referencia y contra referencia en la red de servicios, cuando el caso lo amerite a través de los medios disponibles.	Informar mensual, trimestral y anual a nivel superior las actividades realizadas.
Consolidar y analizar la información estadística y remitirla mensualmente al nivel central.	Apoyar al nivel local en la visita domiciliaria para localizar a los pacientes con resultado positivo para inicio de tratamiento, búsqueda de contactos, búsqueda de casos presuntivos y localizar a los pacientes inasistentes al tratamiento y a los que han abandonado tratamiento.	Envío de la solicitud oportuna de medicamentos a la región de salud a fin de garantizar el abastecimiento permanente de medicamentos AntiTB e insumos necesarios para el diagnóstico de TB	Operativizar la estrategia de control de la tuberculosis con participación social.
Efectuar las supervisiones, capacitaciones y asesoría a los ES del primer y segundo nivel de atención como mínimo una vez por trimestre y una vez al mes en unidades de mayor problema.	Garantizar la distribución en la red de servicios de salud de: pruebas moleculares rápidas, cultivo, identificación y droga sensibilidad a todos los pacientes con fracaso al tratamiento, recaídas, abandonos, contacto TB-DR, pacientes que no negativizaron al segundo	Desarrollar actividades de capacitación continua al personal de salud del hospital involucradas en la atención directa a pacientes.	Garantizar el cumplimiento de normas y procedimientos y operativización de las estrategias para el control de la TB con participación social.

	mes de tratamiento, personal de salud, Privados de Libertad (PPL), coinfectados TB/VIH.		
Monitorear y evaluar el cumplimiento de los indicadores epidemiológicos y operacionales del programa de forma trimestral, semestral y anual.	Mantener coordinación e implementación de estrategias con organizaciones institucionales e interinstitucionales con entidades prestadoras de servicios de salud (IHSS, Centros Penales, Maquilas, Sanidad Militar, ONG de Salud, Alcaldía Municipal, escuelas, fábricas y otros) para la ejecución de acciones de promoción y prevención de la tuberculosis	Implementar el plan de control de infecciones principalmente medidas de control ambientales, administrativo, y protección respiratoria en coordinación con el Comité Nacional de Control de Infecciones en TB.	Solicitar los insumos necesarios y asegurar la utilización adecuada de los mismos (medicamentos, materiales, papelería, etc.)
Enviar los informes y resultados de tratamiento según periodicidad establecida por la UVS a nivel central.	Monitorear la aplicación de BCG según normas del PAI.	Realizar búsqueda activa de casos de TB a nivel intrahospitalario, principalmente en las áreas de emergencia, consulta externa, hospitalización y área de terapia respiratoria.	Implementar medidas de control de infecciones en ES en particular al obtener la muestra de esputo.
Conformar el equipo multidisciplinario que incluya, laboratorio, RISS, VMN, UVS, AGI, y otros para la gestión del programa.	Garantizar la oportunidad de la notificación y calidad del dato a través del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) en la red de servicios del primer y segundo nivel.	Garantizar la oportunidad de la notificación y calidad del dato a través del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) en la red de servicios del primer y segundo nivel.	Coordinar con el laboratorio de referencia correspondiente la prontitud de los resultados bacteriológicos.
Supervisar los laboratorios de los municipios y de hospitales, realizar control de calidad, acciones de capacitación y dotación de suministros.	Solicitar oportunamente a la región de salud todos los insumos necesarios para TB para su posterior distribución en la red de servicios de salud.	Realizar reuniones de seguimiento y evaluación mensuales con el CORE TB-DR para la gestión del programa y evaluación de casos de TB-DR.	Participar en actividades de capacitación de Tuberculosis.
Garantizar la vigilancia en cuanto a: número de casos de Meningitis Tuberculosa en menores de 5 años, Tuberculosis Miliar, fallecidos por grupos de edad, reacciones adversas a los medicamentos (RAM), los casos con coinfección TB/VIH, TB-DR, TB en población vulnerable, causas de abandono de tratamiento y fracaso del tratamiento, y la realización de búsqueda de los contactos del paciente TB.	Garantizar la vigilancia en cuanto a: número de casos de Meningitis Tuberculosa en menores de 5 años, Tuberculosis Miliar, fallecidos por grupos de edad, reacciones adversas a los medicamentos (RAM), los casos con coinfección TB/VIH, TB-DR, TB en población vulnerable, causas de abandono de tratamiento y fracaso del tratamiento, y la realización de búsqueda de los contactos del paciente TB.	Participar en las evaluaciones trimestrales o reuniones de coordinación de Tuberculosis.	Realizar la programación anual de insumos necesarios de acuerdo a parámetros de programación.

Garantizar el abastecimiento en la red de servicios de salud de: pruebas moleculares rápidas, cultivo, identificación y fármaco sensibilidad a todos los pacientes con fracaso al tratamiento, recaídas, abandonos, contacto TB-DR, pacientes que no negativizaron al segundo mes de tratamiento, personal de salud, Privados de Libertad (PPL), coinfectados TB/VIH.	Garantizar el cumplimiento de la normativa nacional en toda la red de servicios de salud.	Diseñar, ejecutar y/o participar en estudios epidemiológicos y operativos que el programa requiera.	Promover la organización de la comunidad en el control de la TB, a través de comités locales para realizar actividades de control de la TB.
Fortalecer la coordinación institucional e interinstitucional con entidades prestadoras de servicios de salud (IHSS, Centros Penales, Instituto Nacional del Migrante Sanidad Militar, ONG de Salud, maquilas, fábricas entre otros) para la ejecución de acciones de promoción y prevención de la tuberculosis.	Supervisar en coordinación con el laboratorio para realizar control de calidad, acciones de capacitación y dotación de suministros.	Participar en el control de calidad de laboratorio enviando las baciloscopía y cultivos al centro de referencia correspondiente.	Mantener actualizado el libro de registro de seguimiento de casos y llenar adecuadamente de los formularios de tuberculosis y la tarjeta del paciente y enviarlo al nivel municipal en los primeros cinco (5) días posteriores al mes subsiguiente.
Garantizar la oportunidad de la notificación y calidad del dato a través del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) en la red de servicios del primer y segundo nivel.	Coordinar la realización de proyectos o actividades de investigación en TB.	Realizar monitoreo de signos y síntomas de Tuberculosis en el personal de salud expuesto a la enfermedad para realizar las pruebas y descartar de forma oportuna la enfermedad.	Fortalecer la referencia – respuesta en la red de servicios, cuando el caso lo amerite a través de los medios disponibles.
Reactivar el Comité Regional para la TB farmacorresistente CORE TB-DR.		Coordinar y apoyar la realización de proyectos o actividades de investigación en TB.	Apoyar la realización de proyectos o actividades de investigación en TB.
Coordinar la realización de proyectos o actividades de investigación en TB.		Aplicar la vacunación con BCG de acuerdo a los lineamientos del PAI	Sistematizar la monitoria y evaluación, y mantener informado al nivel correspondiente sobre la tendencia de la TB y la situación actual la TB en el ES.

Fuente: Adaptado del Modelo Nacional de Salud de Honduras, vigente.

7.2 Investigación de contactos de TB

La investigación de contactos es fundamental para reducir la transmisión de la TB, que tiene como objetivo detectar a las personas con TB activa y/o las personas con Infección Latente con Tuberculosis (ILTb).

Este proceso implica la detección a través de tamizaje sistemático que incluye una evaluación clínica completa más evaluación radiológica (donde se disponga) y posteriormente si es tamizaje positivo se debe realizar una prueba molecular de diagnóstico rápido (PDRm) y el inicio del tratamiento AntiTB.

Esta investigación de contactos se debe realizar en los diferentes niveles priorizando los grupos vulnerables (ver la sección 2.1 del ***“Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la TB en Honduras” SESAL, 2025***)

7.2.1 Actividades para la investigación de contactos en primer nivel de atención (médicos, personal de enfermería y promotores capacitados):

- 7.2.1.1 Realizar la investigación de contactos en el hogar y lugar de trabajo, con el propósito de identificar y evaluar los contactos, aplicar el algoritmo de tamizaje, obtener información precisa sobre la intensidad y duración de la exposición, y remitir a todos los contactos para evaluación clínica y criterios de TPT.
- 7.2.1.2 Realizar visitas domiciliarias para evaluar el entorno de la vivienda, brindar orientación y educación a los familiares sobre los síntomas de TB, ofrecer atención médica inmediata si es necesario, y realizar derivaciones de los contactos pediátricos y de las personas con infección por VIH.
- 7.2.1.3 Durante las visitas domiciliarias también se brinda información sobre las necesidades de apoyo social, nutricional y educación sobre las medidas de control de infecciones.
- 7.2.1.4 La investigación de contactos se centra en los miembros del hogar, pero también en los contactos del lugar de trabajo, centros penitenciarios, centros de atención médica, educativos, es decir, en cualquier lugar donde haya un contacto estrecho y prolongado.
- 7.2.1.5 La investigación de contacto también puede ser apoyada por voluntarios de salud y antiguos pacientes con TB capacitados en el tema.
- 7.2.1.6 Al haber un caso presuntivo de TB, tomar y enviar la muestra de esputo al laboratorio previo llenado del Formulario de solicitud de análisis de Tuberculosis en muestras biológicas, TB-1. **(Ver Anexo No. 1).**
- 7.2.1.7 Al captar el caso inicial o caso índice, llenar el Formulario de notificación de ingreso de casos de Tuberculosis, TB-3. **(Ver Anexo No. 2).** A todo paciente con tratamiento AntiTB se debe dar seguimiento de las dosis diarias en Tarjeta de control de Tratamiento, TB-4. **(Ver Anexo No. 3).**

- 7.2.1.8 Los contactos del hogar y otros contactos estrechos deben ser entrevistados durante la semana posterior al diagnóstico del caso índice de TB, a fin de obtener más información.
- 7.2.1.9 Realizar la investigación epidemiológica: notificación y estudio epidemiológico que incluya evaluación completa de contactos, seguimiento de casos y análisis de la información según procedimiento establecido.
- 7.2.1.10 Llevar a cabo una evaluación clínica y remitir a las personas para realizar pruebas, según corresponda.
- 7.2.1.11 Realizar visitas domiciliarias al menos 2 veces **durante el tratamiento de los casos de TB-DS** para el seguimiento y evaluación clínica completa de los pacientes y de sus contactos.
- 7.2.1.12 Realizar seguimiento al menos 10 años **en los casos curados/terminados de TB-DS y sus contactos**, mediante evaluación clínica completa cada 6 meses en el primer año y continuar evaluando clínicamente en los años subsiguientes.
- 7.2.1.13 Realizar seguimiento al menos 5 años **en los contactos de TB-DR**, mediante evaluación clínica completa cada 3 meses los primeros 2 años y continuar evaluando clínicamente en los años subsiguientes.
- 7.2.1.14 A todo paciente al finalizar el esquema de tratamiento o en pacientes con pérdida en el seguimiento (abandono de tratamiento AntiTB), llenar Formulario de notificación de Egreso-Abandono de casos de Tuberculosis, TB-6. **(Ver Anexo No. 4)**
- 7.2.1.15 Cuando el caso inicial sea renuente a proporcionar información sobre los contactos del hogar y los contactos directos, continuar educándolo y sensibilizándolo, para captación oportuna de otros casos y así cortar la cadena de transmisión.
- 7.2.1.16 Proporcionar el tratamiento AntiTB o TPT en función de los criterios que se reúnan.
- 7.2.1.17 Tener en cuenta que al momento de diagnosticar TB en población infantil se debe realizar una adecuada búsqueda de contactos para detectar el caso índice (si no se ha identificado) ya que es un adulto del hogar o de otros entornos los que pueden estar transmitiendo la enfermedad.
- 7.2.1.18 En los niños menores de 5 años se debe hacer investigación exhaustiva debido a: Dificultad en obtención de la muestra, síntomas inespecíficos en esta edad y baja transmisibilidad por la **carga paucibacilar**, por lo que esta población debe ser abordada por médicos pediatras o médicos generales y enfermeras debidamente capacitadas.
- 7.2.1.19 En el caso que el paciente no muestre mejoría clínica en su evolución, se debe referir para la evaluación por un médico especialista.

7.2.2 Actividades a desarrollar en el segundo nivel de atención

- 7.2.2.1 Si el caso es detectado en el segundo nivel de atención, el responsable de la atención deberá llenar el Formulario de Solicitud de Análisis de Tuberculosis en Muestras Biológicas TB-1 (**Ver Anexo No. 1**) y realizar la notificación inmediata a la Región Sanitaria para coordinar la búsqueda de contactos en el primer nivel de atención, en el segundo nivel de atención se debe iniciar el tratamiento AntiTB hasta mostrar mejoría clínica y radiológica para posteriormente referir al ES para continuación de tratamiento de forma ambulatoria.

7.3 Prevención de las formas graves de la TB

Para la prevención de TB meníngea y/o miliar el país aplica la vacuna BCG (Bacille Calmette-Guerin), la cual produce una reacción inmunitaria sin desencadenar TB activa. El principal beneficio de aplicar la BCG en los niños es prevenir las formas graves de TB en el recién nacido y lactante, se ha demostrado cerca de un 80% de eficacia para prevenir la TB meníngea y/o miliar.⁹

- 7.3.1 Aplicación de la vacuna BCG de acuerdo a la normativa del PAI
- 7.3.2 Si el recién nacido pesa menos de **2500 gramos**, la vacuna se administrará una vez que se alcance dicho peso.⁹
- 7.3.3 En los niños (as) nacidos de madres con VIH (expuestos), la BCG está contraindicada y se administrará solamente en caso de descartar la infección por VIH en el niño (a).⁹
- 7.3.4 El recién nacido o lactante hijo de madre con TB recibirá TPT (con la condición de que no haya signos de TB activa), luego recibirá la vacunación BCG si la PPD es negativa.⁹
- 7.3.5 Implementar las estrategias de reducción de oportunidades perdidas de vacunación con BCG según normativa del PAI, vigente.

8. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL

8.1 Atención de la Tuberculosis Farmacosensible (TB-DS).

La TB-DS es la enfermedad por TB causada por cepas del complejo *M. tuberculosis* sensible a fármacos de primera línea contra la TB, importante su detección y tratamiento temprano para prevenir la transmisión de la enfermedad, desarrollo de resistencias y complicaciones.

La detección, el diagnóstico y el tratamiento están descritos en el “**Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la TB en Honduras**” SESAL, 2025

8.1.1 Actividades del personal médico, enfermería y promotores capacitados para la atención de la Tuberculosis Farmacosensible (TB-DS)

8.1.1.1 Realizar una evaluación clínica y laboratorio completa al inicio, al segundo, quinto y sexto mes de tratamiento.

8.1.1.2 Referir al paciente con TB para la atención de salud mental con personal de salud debidamente capacitado al inicio, en la segunda fase (al final del segundo mes) y final del tratamiento AntiTB para brindar apoyo emocional e identificar oportunamente la aparición de problemas psicológicos según criterio médico, con el propósito de fortalecer la adherencia al tratamiento, evitar abandono o fracaso del mismo y mejorar el bienestar general del paciente.

8.1.1.3 En el caso de identificar patologías (Psiquiátricas o Neurológicas) deberá referir al paciente para atención especializada.

8.1.1.4 Brindar consejería **según el Manual de Consejería TB, TB-VIH, TB-DR, vigente** de la forma siguiente:

- *Consejería Inicial*: a la persona con caso presuntivo de TB y al iniciar tratamiento AntiTB.
- *Consejería de seguimiento*: al inicio de la segunda fase del tratamiento AntiTB.
- *Consejería de egreso*: al finalizar tratamiento.
- Consejería pre y postprueba VIH/sida ¹⁰

8.1.1.5 Administrar el tratamiento AntiTB de forma gratuita y bajo la **estrategia TDO**. Para indicar los esquemas de tratamiento ver “**Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Honduras**”, SESAL, 2025

8.1.1.6 Informar al paciente sobre las reacciones adversas a medicamentos (RAM) que se pueden presentar durante el tratamiento AntiTB. Así mismo, de presentarse algún tipo de RAM se debe registrar en la “**Ficha de Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas y problemas relacionados con medicamentos**” y dar manejo

según el “**Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Honduras**” **SESAL, 2025**”.

- 8.1.1.7 Realizar el **seguimiento** y la evaluación del tratamiento mediante **baciloscopia** al segundo, quinto y sexto mes de tratamiento.¹¹
- 8.1.1.8 Realizar cultivo y PDRm si la baciloscopia es positiva al segundo, quinto y sexto mes de tratamiento. Manejo según el Algoritmo Diagnóstico de TB (**Ver Anexo No. 5**).
- 8.1.1.9 Realizar visitas domiciliarias al menos 2 veces **durante el tratamiento de los casos de TB-DS** para el seguimiento y evaluación clínica completa de los pacientes y de sus contactos.
- 8.1.1.10 Realizar seguimiento integral a los **casos curados/terminados de TB-DS** al menos 10 años, mediante evaluación clínica completa cada 6 meses en el primer año y continuar evaluando clínicamente en los años subsiguientes.

8.2 Atención de la Tuberculosis Farmacorresistente (TB-DR).

La TB-DR es la enfermedad por TB causada por cepas del complejo *M. tuberculosis* resistentes a cualquier fármaco contra la TB, importante su detección y tratamiento temprana para prevenir transmisión de la enfermedad, desarrollo de otras resistencias, y complicaciones pulmonares y extra pulmonares.

El Laboratorio Nacional de Tuberculosis realiza las pruebas para la identificación de resistencia de fármacos AntiTB las cuales están descritas en el “**Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Honduras**” **SESAL, 2025**.

La resistencia a fármacos AntiTB puede ser de 3 formas:

- **Resistencia Natural**

Se refiere a la capacidad inherente de ciertas cepas de *M. tuberculosis* para resistir los efectos de ciertos medicamentos utilizados en su tratamiento.

- **Resistencia Primaria o Inicial**

Se refiere a la resistencia que desarrolla el MTB a uno o más medicamentos antes de que el paciente haya recibido tratamiento previo para la enfermedad.

Esta resistencia primaria puede surgir debido a la transmisión de cepas resistentes de persona a persona.¹²

- **Resistencia Adquirida o Secundaria**

Esta puede ocurrir cuando las bacterias se exponen repetidamente a los mismos fármacos o cuando no se sigue adecuadamente el régimen de tratamiento prescrito.

La Pérdida de Seguimiento es un factor importante en el desarrollo de la resistencia y es consecuencia de que un paciente con TB abandonó su tratamiento, o que fue interrumpido por uno (1) o más meses consecutivos.¹³

Se debe investigar los grupos de riesgo para contraer TB-DR de acuerdo al capítulo de TB-DR del ***“Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Honduras” SESAL, 2025.***

8.2.1 Actividades del personal médico y de enfermería para la atención de la Tuberculosis Farmacorresistente TB-DR

8.2.1.1 Realizar el diagnóstico mediante laboratorio con pruebas moleculares rápidas y cultivo/PSF, de acuerdo al **Algoritmo de Diagnóstico de TB (Ver Anexo No. 5).**

8.2.1.2 Comunicación efectiva entre el personal de los laboratorios de TB que realizan pruebas moleculares rápidas y cultivo/PSF y el personal del ES de la red de servicios, para identificar rápidamente los nombres de los pacientes con TB resistente a los medicamentos.

8.2.1.3 Evaluación de casos por el Comité Nacional de Expertos en TB-DR (CONE TB-DR) para analizar el plan de tratamiento y seguimiento. El CONE TB-DR apoya las acciones y define la estrategia TDO para la TB-DR.

8.2.1.4 Investigación de los contactos de casos TB-DR posterior al diagnóstico del caso de TB-DR máximo una semana después.

8.2.1.5 ***El manejo y seguimiento de pacientes con diagnósticos de TB-DR*** en el primer y segundo nivel de atención ***debe ser realizado obligatoriamente por el personal del ES capacitado por el CONE TB-DR Y CORE TB-DR que incluye médico, enfermera profesional y enfermera auxiliar*** quienes deberán cumplir de manera integral las actividades siguientes:

- Dar TDO **de forma obligatoria diariamente** a todos los pacientes con TB, en el ES por el personal de salud o en la comunidad por personal de salud y/o voluntarios de salud debidamente capacitados para evitar el fracaso y/o la resistencia a fármacos AntiTB.
- El personal de salud deberá vigilar la disponibilidad de medicamentos AntiTB de forma mensual en el ES para completar esquema terapéutico para cada paciente diagnosticado, e informar oportunamente necesidad de los mismos a quien corresponda.
- Se debe asegurar el esquema de tratamiento completo para el paciente TB-DR y el Stock (reserva para los posibles casos).
- Realizar el control y la evaluación del tratamiento según lo describe el ***“Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Honduras” SESAL, 2025.***
- Brindar consejería inicial, de seguimiento y de egreso según el Manual de Consejería TB, TB-VIH, TB-DR, vigente.
- Informar al paciente sobre las Reacciones Adversas a Medicamentos AntiTB (RAM) que se pueden presentar durante el tratamiento. Así mismo, de presentarse algún tipo de RAM se debe registrar en la ***“Ficha de Notificación de Sospecha de Reacciones***

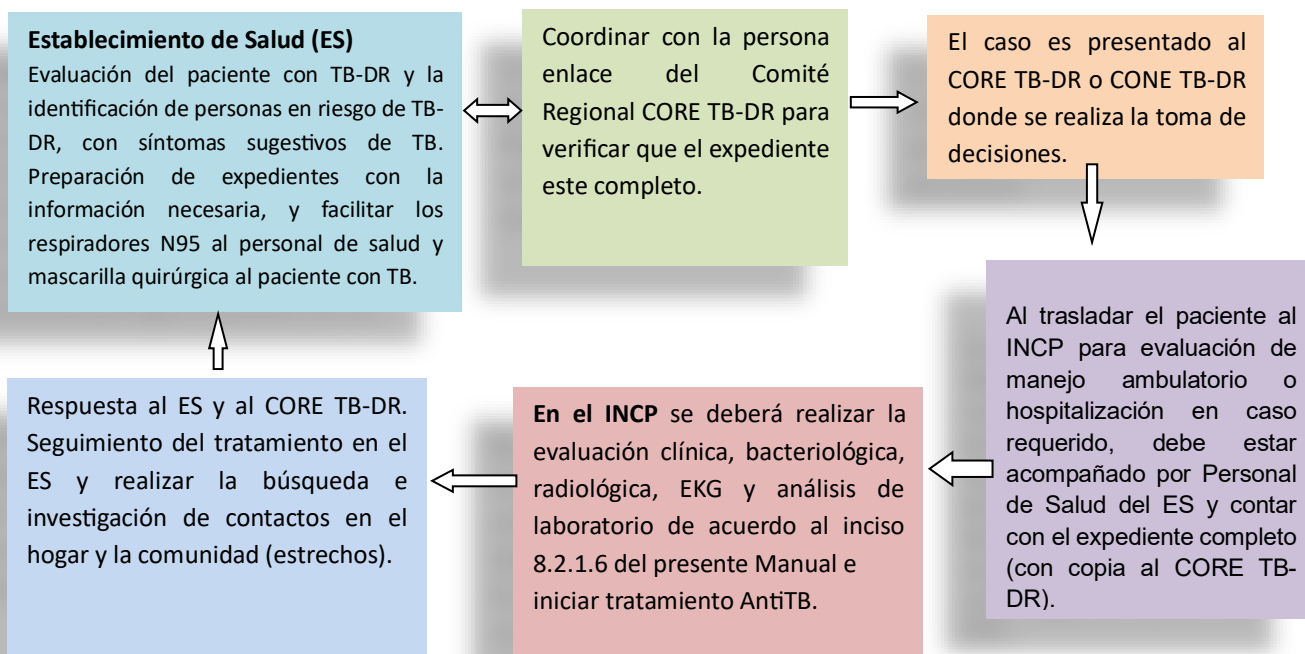
Adversas y problemas relacionados con medicamentos” y dar manejo de la RAM según el “***Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Honduras***” ***SESAL, 2025***

- Vigilancia epidemiológica de seguimiento de **casos curados/terminados de TB-DR** en el ES al menos 5 años, mediante evaluación clínica completa, cultivo y baciloscopía cada 2 meses en el primer año y cada 3 meses en el segundo año, y posteriormente continuar evaluando clínicamente en los años subsiguientes.
- El personal de salud del ***ES deberá enviar a la RS un informe trimestral por escrito de los resultados de laboratorio y evolución clínica*** de todos los pacientes TB-DR y contactos.

8.2.1.6 El personal de INCP deberá realizar a todo paciente TB-DR lo siguiente:

- Evaluación clínica completa de inicio, trimestral y al finalizar el tratamiento (psicosocial, nutricional, tamizaje para neuropatía periférica, evaluación de la agudeza visual y la discriminación de los colores, evaluación y seguimiento de los efectos adversos)
- Solicitar EKG, placa de Rx de tórax, pruebas hepáticas, pruebas renales, previo al inicio del tratamiento y cada 3 meses durante el tratamiento ambulatorio.
- Solicitar intervención Neurológica y de Salud Mental individualizada.
- Solicitar evaluación nutricional y determinar las necesidades de proporcionar suplementos nutricionales.
- Movilización y atención de pacientes TB-DR desde el ES al CONE/TB-DR y viceversa de acuerdo al siguiente **(Algoritmo No. 1)**

Algoritmo No. 1 Movilización y Atención de pacientes desde el ES al CONE/TB-DR y viceversa.



Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. Elaborado por el Componente de Tuberculosis del Programa Nacional de Enfermedades Trasmisibles Infecciosas. 2024

8.2.2 Actividades para el seguimiento del paciente TB-DR cuando el INCP refiere nuevamente al ES para continuar con el tratamiento ambulatorio

- 8.2.2.1 Evaluar las condiciones del ES, la comunidad y del paciente para determinar la viabilidad de continuar el tratamiento en el ES de su localidad.
- 8.2.2.2 Informar y coordinar con la persona encargada de TB de la región y del ES sobre el plan de traslado del paciente.
- 8.2.2.3 Capacitar previamente en el CONE TB-DR Y CORE TB-DR a los recursos humanos que darán seguimiento al paciente en el ES antes del traslado.
- 8.2.2.4 Elaborar una referencia que incluya información sobre el diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, tipo de tratamiento, plan de seguimiento, evaluaciones y cualquier información relevante del manejo adecuado del paciente a nivel ambulatorio.
- 8.2.2.5 Preparar la documentación del paciente para el traslado a su comunidad: debiendo incluir nota de referencia, formularios, ficha de egreso y ficha de cumplimiento de manejo ambulatorio.
- 8.2.2.6 Preparar los medicamentos y suministros necesarios para el traslado.
- 8.2.2.7 Coordinar las citas de seguimiento del paciente en el INCP:
 - Anotación de dirección y teléfono del paciente y personal del ES.
 - Presentación del caso, entrega de medicamentos, instrucción del llenado de Kardex y fichas al personal del ES.
 - Notificación de fecha de la primera cita, frecuencia y requerimientos para las citas subsiguientes al personal del ES.

8.2.2.8 Brindar capacitación en el control de infecciones en tuberculosis.

Para ver detalladamente las actividades de atención para los pacientes TB-DR (**Ver Anexo No. 6**)

8.3 Atención de la Tuberculosis Infantil

La tuberculosis infantil es una enfermedad infecciosa prevenible y curable, pero sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños a nivel mundial. La OMS alerta sobre la gravedad de esta afección, ya que los niños, especialmente los menores de cinco años, son más susceptibles a desarrollar formas graves de la enfermedad, como la meningitis tuberculosa, que puede causar discapacidad o la muerte.

Se debe realizar el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Infantil según el ***“Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en Honduras” SESAL, 2025.***

8.3.1 Actividades del personal médico, enfermería y promotores capacitados para la atención de la Tuberculosis Infantil

- 8.3.1.1 Seguimiento del tratamiento mediante baciloscopia al segundo, quinto y sexto mes. Si el resultado es positivo en la baciloscopia se deben llevar a cabo otras pruebas complementarias para evaluar la farmacorresistencia y el caso debe ser discutido en el CORE TB-DR Regional para evaluación de la posibilidad de una TB-DR y decidir la conducta a seguir.
- 8.3.1.2 Evaluación clínica de un niño con diagnóstico de TB debe ser efectuado de la manera siguiente: dos semanas después del inicio del tratamiento, segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- 8.3.1.3 Identificar los indicadores de respuesta clínica positiva al tratamiento como ser mejoría de los síntomas clínicos, el aumento de peso (control del peso, evaluación del crecimiento, peso para la edad) y la evaluación radiológica.
- 8.3.1.4 Indicar lactancia exclusiva hasta los 6 meses y mantener la lactancia hasta los 24 meses si fuera posible para el éxito del tratamiento y evitar complicaciones.
- 8.3.1.5 Evaluar el estado nutricional en cada control ya que la desnutrición severa se asocia con aumento de mortalidad tanto en niños como en adultos.
- 8.3.1.6 Indicar al familiar o responsable que en la fase intensiva del tratamiento del paciente se le proporcione alimentos que le brinden energía adicional.
- 8.3.1.7 Referir a los niños (as) menores de 6 meses, malnutridos o con déficit en el crecimiento a un centro asistencial que cuente con servicios de apoyo nutricional para el lactante y la madre.¹⁴
- 8.3.1.8 Realizar seguimiento a los niños con TB meníngea y osteoarticular cada dos meses por médico especialista hasta completar el tratamiento.

8.3.1.9 Realizar coordinación con el Departamento de Trabajo Social en caso de que los pacientes de TB tengan necesidad de apoyo social.

8.3.1.10 Coordinación del Departamento de Trabajo Social con otras Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales para que a los pacientes con TB se les brinde las intervenciones necesarias.

8.4 Atención de la comorbilidad Tuberculosis y Diabetes Mellitus

La Tuberculosis es una amenaza grave para las personas con Diabetes Mellitus (DM) y se asocia a un mayor riesgo de enfermar por TB Sensible y TB-DR, con mayor tasa de mortalidad y riesgo de recaída de TB después de completar el tratamiento.

En los pacientes con DM la baciloscopia y el cultivo negativizan 2 a 3 meses posterior de iniciado el tratamiento AntiTB e incluso puede negativizar hasta el 5to o 6to mes, sobre todo en personas que tienen inadecuado control glicémico, lo que implica un mayor tiempo de transmisibilidad en la comunidad. Seguir el **Algoritmo Diagnóstico de TB (Ver Anexo No. 5)**.

La Patogénesis de la TB/DM se describe en el **(Anexo No. 7)**.

8.4.1 Actividades para la atención de la comorbilidad de Tuberculosis y Diabetes Mellitus personal de salud de primer y segundo nivel (médicos, enfermeras y promotores capacitados)

8.4.1.1 Investigar factores de riesgo para Diabetes Mellitus (DM): antecedentes familiares de diabetes en primer grado (padres o hermanos), sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal $> 25 \text{ Kg/m}^2$), antecedentes de diabetes gestacional, síndrome del ovario poliquístico, hipertensión arterial y dislipidemias y síntomas como: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.^{15, 16}

8.4.1.2 Detección rutinaria en cada consulta para DM, a todo paciente con enfermedad por TB de acuerdo a los siguiente:

- Paciente con enfermedad por TB, **sin diagnóstico de DM**, se deberá de realizar:
 - Glicemia en ayunas
 - Glicemia 2 horas posprandial
 - Hemoglobina Glicosilada.
- Si el paciente con enfermedad por TB **presenta DM de nuevo diagnóstico**, proceder con lo siguiente:
 - Si no se ha descartado Farmacorresistencia y VIH, tomar muestras de esputo para cultivo y PSF, así como serología para VIH.
 - Glicemia en ayunas y postprandial de monitoreo en el segundo, quinto y sexto mes.
 - Consejería TDO para tratamiento de TB.

- Consejería para cambios de estilo de vida saludable.
- Solicitar estudios complementarios: Hemograma, Hemoglobina glicosilada (A1c), Colesterol total, LDL, HDL, Triglicéridos, Creatinina, cálculo de tasa de filtrado glomerular (TFG), Transaminasas (TGO y TGP), valoración clínica de neuropatía periférica (evaluación de reflejos de los tendones, fuerza y tonos musculares y retinopatía), evaluación nutricional y otros estudios.
- Remisión con médico especialista para el manejo de la DM, en caso de ser necesario.
- Paciente con enfermedad por TB que **no presenta DM** basados en evaluación de laboratorio, proceder a realizar los siguientes pasos:
 - Consejería TDO para tratamiento de TB.
 - Consejería en estilo de vida saludable.
- Paciente que tiene enfermedad por TB y no presenta DM basados en evaluación de laboratorio, pero **presenta factores de riesgo para DM**:
 - Consejería para cambios de estilo de vida saludable.
 - Glicemia en ayunas y postprandial de monitoreo en el segundo, quinto y sexto mes.
 - Consejería TDO para tratamiento TB.
 - Solicitar estudios complementarios.
- Paciente con **enfermedad por TB con historia conocida de DM**, se deberá hacer lo siguiente:
 - Glicemia en ayunas al momento de la captación del paciente.
 - Glicemia en ayunas de monitoreo en el segundo, quinto y sexto mes de tratamiento AntiTB.
 - Consejería TDO para tratamiento TB.
 - Seguimiento con médico especialista para el manejo de DM.
 - Consejería para cambios de estilo de vida saludable, apego al tratamiento de la DM para prevención de complicaciones.
 - Solicitar estudios complementarios Hemograma, Hemoglobina glicosilada (A1c), Colesterol total, LDL, HDL Triglicéridos Creatinina, Cálculo de tasa de filtrado glomerular (TFG), Transaminasas (TGO y TGP) y otros estudios Valoración clínica de neuropatía periférica (evaluación de reflejos de los tendones, fuerza y tonos musculares y retinopatía) y evaluación nutricional.
 - Si los controles de glicemia y pruebas para el monitoreo de DM salen normales, seguimiento de tratamiento de DM en el ES y en caso contrario, remitir a médico especialista para el manejo de la DM.
- El personal de enfermería deberá consignar el **diagnóstico de DM en la Planilla diaria y el libro de registro de pacientes** (TB13), especificando si es paciente con TB al que se le diagnostica por primera vez la DM (nuevo) o paciente con TB con historia conocida de DM.

- Realizar el Tamizaje para la TB según el ***“Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Honduras” SESAL, 2025***, independientemente del motivo de consulta, en las personas con DM.

8.5 Atención de la Coinfección TB/VIH

La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas con la infección del VIH, ya que tienen 16 veces más probabilidades de infectarse por esta enfermedad, afectando principalmente a los adultos en edad reproductiva, aunque todos los grupos etarios están en riesgo.

El impacto de la coinfección TB y VIH es bidireccional y se debe considerar los siguientes enunciados:

Impacto de la TB en personas con VIH:

- Aumenta la carga viral del VIH por lo que acelera la progresión de la infección por VIH a Sida.
- Muchas personas infectadas con el VIH presentan TB como primera manifestación del VIH.

Impacto del VIH en personas con TB:

La infección por VIH causa una disminución importante de los linfocitos CD4 (de crucial importancia en iniciar y mantener la respuesta inmunitaria) y produce alteraciones en la presentación de los macrófagos, de las interleucinas (IL) y del factor de necrosis tumoral (FNT), afectando la presentación clínica y evolución de la TB de la forma siguiente:

- Promueve la progresión de Infección Latente de Tuberculosis a enfermedad por TB.
- Aumenta la tasa de recurrencia por TB.
- Al haber más casos de TB/VIH, aumenta el riesgo de transmisión de TB en la comunidad.
- Incremento de la mortalidad por TB.
- Incrementa la demanda al sistema de salud.
- Favorece el desarrollo de formas de TB extrapulmonar.

La coinfección TB-VIH basado en el resultado de la prueba de VIH se clasifica de la forma siguiente:

- Paciente con TB seropositivo para el VIH (coinfectado TB-VIH)
- Paciente con TB seronegativo para el VIH
- Paciente con TB y estado serológico desconocido respecto a la infección por el VIH.

8.5.1 Actividades para el abordaje integral de la coinfección TB/VIH del personal de salud de primer y segundo nivel (médicos, enfermeras y promotores capacitados)

- 8.5.2.1 Conformar y fortalecer equipos de coordinación integrados TB-VIH, funcional en todos los niveles.
- 8.5.2.2 Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la prevalencia de la TB entre personas con serología positiva para el VIH.
- 8.5.2.3 Planificar conjuntamente a fin de integrar los servicios de la TB y el VIH.
- 8.5.2.4 Monitoria y evaluación de las actividades realizadas.
- 8.5.2.5 Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento AntiTB.
- 8.5.2.6 Iniciar la prevención de la TB con TPT y el TARV temprano.
- 8.5.2.7 Garantizar el control de infecciones por TB en ES y sitios de congregación de acuerdo a la Guía del Control de Infecciones.
- 8.5.2.8 Proporcionar la prueba del VIH y consejería a los pacientes con caso presuntivo de TB o confirmado de TB.
- 8.5.2.9 Realizar intervenciones integradas en los ES orientadas a la prevención del VIH en los pacientes con caso presuntivo o confirmado de TB.
- 8.5.2.10 Brindar Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC) a pacientes coinfectados TB-VIH, independientemente del conteo de CD4.
- 8.5.2.11 Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención a pacientes coinfectados TB/VIH.
- 8.5.2.12 Proporcionar TAR a pacientes coinfectados TB-VIH.
- 8.5.2.13 Abordaje integral de la coinfección TB-VIH el personal de salud del primer Y segundo nivel de atención. **(Ver Cuadro No. 3).**

Cuadro No. 3 Actividades del personal de salud del primer y segundo nivel de atención para el abordaje integral de la coinfección TB-VIH

A nivel central con los equipos técnicos de TB/VIH-SIDA	A nivel de las regiones sanitarias.	A nivel de los establecimientos de salud (ES) y servicio de atención integral (SAI).	A nivel de los servicios de atención integral (SAI).
Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH para revisión y actualización de la normativa de aplicación nacional.	Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de la TB/VIH para revisión y aplicación de la normativa a nivel regional.	Todo el personal de salud encargado del diagnóstico y manejo del paciente con TB debe promover la prevención del VIH entre los pacientes con TB.	Se debe intensificar la identificación de casos de TB entre las personas con VIH. La persona encargada de la atención de los pacientes VIH/SIDA debe considerar siempre la posibilidad de TB e investigar en forma rutinaria la presencia de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. La presencia de uno de estos síntomas puede ser la manifestación de TB. Cualquier otro signo o síntoma también debe ser investigado.
Vigilar el cumplimiento de la normativa, asegurar la integración de los servicios de calidad.	Vigilar el cumplimiento de la normativa en todos los ES.	En todos los ES se debe intensificar las acciones de búsqueda de personas con sintomatología respiratoria y se debe realizar las pruebas para el diagnóstico de la TB al 100% de los casos presuntivos.	En los niños con VIH se debe investigar la presencia de tos, fiebre, pérdida de peso o falta de progresión en el crecimiento, sudoración nocturna. ⁴
Elaborar planes estratégicos y operativos anuales en conjunto.	Gestionar la información (recepción, organización, procedimiento, suministro, almacenaje) para el análisis estratégico de la situación regional, tendencias y determinantes de la coinfección, para apoyar el sistema de información de vigilancia de la salud.	Tanto en el paciente con TB presuntivo, como en el que se ha confirmado la TB, se debe proporcionar consejería pre y post prueba voluntaria de VIH.	

Gestionar la información (recepción, organización, procedimiento, suministro, almacenaje) para el análisis estratégico de la situación, tendencias y determinantes de la coinfección, para apoyar el sistema de información de vigilancia de la salud.	Monitorear y evaluar los datos e indicadores del sistema de información para la toma oportuna de las decisiones.	Si se establece el diagnóstico de TB en una persona con VIH que no tiene TAR se debe:	
Establecer y/o fortalecer el sistema integrado de vigilancia epidemiológica.	Establecer y/o fortalecer el sistema integrado de vigilancia epidemiológica a nivel regional y reporte a nivel central.	Iniciar tratamiento anti-TB de inmediato, bajo estrategia TDO de acuerdo con la normativa.	
Planificar y presupuestar anualmente la provisión de talento humano, equipo, insumos, materiales y medicamentos.	Planificar y presupuestar anualmente la provisión de talento humano, equipo, insumos, materiales y medicamentos a nivel regional.	si el paciente presenta TB en todas sus formas referir al SAI que le corresponde para evaluación clínico-inmunológica, habiendo cumplido mínimo dos semanas de tratamiento anti-TB.	
Promover la investigación científica en coordinación con instituciones, académicas y organismos internacionales.	Promover la investigación científica en coordinación con instituciones, académicas y organismos internacionales.	Se debe observar medidas de control de infecciones que correspondan.	

Fuente: Adaptado de Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington,D.C.:OPS: 2017. ³

8.5.2 Actividades gerenciales y para la atención de paciente TB/VIH por el personal (Coordinadores de SAI, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajo social y otros) de los servicios de atención Integral (SAI)

- 8.5.2.1 Conocer la situación epidemiológica del VIH y de la coinfección TB-VIH en sitio y áreas de influencia del SAI.
- 8.5.2.2 Promover y fortalecer la coordinación entre los diferentes sitios y niveles de atención de personas con VIH y personas con TB.
- 8.5.2.3 Asegurar y gestionar que el personal del SAI esté debidamente capacitado en los temas VIH y TB
- 8.5.2.4 Dar seguimiento, monitorear y evaluar las actividades en torno a la asistencia de personas con la coinfección TB-VIH
- 8.5.2.5 Elaborar planes de intervención conjunta con el fin de integrar los servicios de atención de la TB y VIH.
- 8.5.2.6 Promover y desarrollar mesas situacionales sobre el abordaje de la coinfección TB-VIH
- 8.5.2.7 Vigilar la disponibilidad de pruebas diagnósticas para TB recomendados por la normativa vigente del país.
- 8.5.2.8 Cumplir con la obligación de confidencialidad de los resultados de la prueba de detección de VIH.

- 8.5.2.9 Realizar tamizaje clínico de TB a todas las personas con diagnóstico de VIH en cada consulta, independientemente del conteo de CD4 y condición clínica según el ***“Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Tuberculosis en Honduras”, SESAL, 2025.***
- 8.5.2.10 Deberán brindar información sobre la Coinfección TB-VIH (consejería pre y post prueba).
- 8.5.2.11 Cumplir con la obligación de confidencialidad de los resultados de la prueba de detección de VIH.
- 8.5.2.12 Respetar el derecho de la persona de negarse a realizar la prueba.
- 8.5.2.13 Se requiere por escrito el consentimiento o asentimiento informado previo a la realización de la prueba.
- 8.5.2.14 Respetar el derecho de la persona la disposición de responder preguntas adicionales en caso de ser necesarias.³
- 8.5.2.15 Brindar consejería a las personas con resultado VIH positivo debe realizarse según el ***“Manual para la atención integral a las personas adultas y adolescentes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, SESAL, 2025.***
<https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=274>

Nota: La atención de la persona con VIH y en particular con coinfección TB/VIH, requiere de servicios multidisciplinarios, clínicos y no clínicos, aceptables y adecuados, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad, para mejorar la efectividad del tratamiento y la calidad de vida en general.¹⁷

8.6 Atención de la Tuberculosis en el Embarazo y la Lactancia

8.6.1 Actividades para la Atención de la Tuberculosis en el embarazo y la lactancia en el primer nivel de atención (médicos, enfermeras, promotores capacitados) deben:

- 8.6.1.1 Investigar por signos y síntomas de TB en cada control prenatal a todas las mujeres embarazadas a fin de descartar enfermedad de TB.
- 8.6.1.2 Investigar si tiene historial de contacto del hogar o directo de personas con TB.
- 8.6.1.3 Referir a un hospital de mayor complejidad a toda mujer embarazada que presente complicaciones relacionadas a la enfermedad de TB o al embarazo.
- 8.6.1.4 *Para la atención de la madre y el niño se deberá:*
- *La madre y el niño no deben estar separados y deben mantenerse juntos en áreas bien ventiladas y la madre debe utilizar mascarilla quirúrgica cuando sea bacteriológicamente confirmada.*

- Extracción de leche manteniendo las medidas de higiene, ya que la ***TB-DS no es una contraindicación para la lactancia materna.***

8.6.2 Actividades para la atención de la embarazada en el Segundo Nivel de Atención

- 8.6.2.1 Atención de toda mujer embarazada con TB que presente complicaciones relacionadas a la enfermedad por médicos especialistas (ginecólogos, infectólogos, neumólogos y medicina interna) para su manejo.
- 8.6.2.2 Referir al primer nivel de atención a toda mujer embarazada que es diagnosticada con TB en el segundo nivel de atención para proporcionarle el tratamiento e investigación de contactos, con citas de seguimiento en hospital según criterio de especialista.
- 8.6.2.3 En los casos de TB-RR y TB-DR, si no hay cuadro severo se puede considerar la posposición del inicio de la terapia AntiTB hasta el segundo trimestre del embarazo ya que no se cuenta con suficientes estudios de efectos teratogénicos, debe ser manejado en hospital de mayor complejidad.

8.7 Atención de la Tuberculosis en Personas Privadas de Libertad (PPL)

La alta tasa de TB entre los PPL se ve condicionada a un **inadecuado control de infecciones, factores personales** como la existencia de comorbilidades (EPOC, VIH, Diabetes Mellitus, etc.), desnutrición, hábitos (alcoholismo, drogadicción, tabaquismo), **deficiente infraestructura** en los Centros Penitenciarios (CP) lo que conlleva a la falta en el aislamiento de los casos.²

Los objetivos para el abordaje de esta población van orientados a:

- Disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB en los CP.
- Disminuir la incidencia y letalidad de la coinfección TB-VIH y TB-DR.
- Establecer los lineamientos para el control de infecciones en los CP a fin de prevenir la TB y brindar lineamientos para el diagnóstico y tratamiento oportuno, la supervisión y monitoreo de la TB al interior de los CP.

8.7.1 Actividades para la atención en Personas Privadas de Libertad (PPL) con TB por el personal de salud (médicos, enfermeras y otros)

- 8.7.1.1 Investigar de forma sistemática, la presencia de **tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna** y solicitar muestras de esputo para efectuar **PDRm en las primeras 24 h de ingreso al CP**, a todos los PPL que son nuevos, de acuerdo con la

“Guía para la prevención y control de la TB en personas privadas de libertad”, SESAL, vigente.

8.7.1.2 Aplicar el Algoritmo Diagnóstico para TB a todo caso presuntivo de TB, que incluye al personal que labora en los CP.

8.7.1.3 Las actividades esenciales que se deben de realizar por el personal de salud en los CP para el control de la TB son las siguientes:

- Identificación de casos presuntivos.
- Realizar pruebas PDRm a los casos presuntivos (**Ver Algoritmo de Diagnóstico de TB, en Anexo No. 5**).
- Utilizar pruebas auxiliares diagnósticas (radiografía de tórax, biopsia de lesiones en piel).
- Aislamiento de los casos de TB.
- Implementar la vigilancia epidemiológica e investigación de contactos intrapenitenciario y extra penitenciario.
- Establecer mecanismos de comunicación/referencia para evaluación de población susceptible.
- Seguimiento en caso de traslados de los PPL a otros CP.
- Atención integral a personas con coinfección TB/VIH.
- Gestión de medicamentos AntiTB.
- Capacitación del recurso humano.

8.7.2 Actividades para el Traslado al ES de paciente PPL con TB

8.7.2.1 El traslado del paciente con TB se debe evitar, excepto que sea necesario por motivos sanitarios, en cuyo caso se realizará en ambulancia acompañado por el personal de seguridad del CP.

8.7.2.2 El médico del CP entregará el resumen clínico al personal de seguridad que traslada al paciente, ficha de tratamiento y medicamentos AntiTB, para interconsulta con Segundo Nivel o cuando se envía a otro CP.

8.7.2.3 El paciente deberá utilizar mascarilla quirúrgica y los acompañantes deberán usar Respiradores N95 certificados con los estándares Internacionales.

8.7.2.4 En el tránsito de internos en tratamiento a otros CP, es fundamental y obligatoria la comunicación con el centro penitenciario de destino, la entrega del resumen clínico, ficha de tratamiento del paciente y medicamentos AntiTB.

8.8 Atención de la Tuberculosis en Migrantes

Los migrantes son más vulnerables a enfermar de TB por las malas condiciones de vida, el hacinamiento, la exposición a personas enfermas, la violencia y trastornos psicosociales, además el escaso o nulo acceso a los servicios de salud.

Migrante Retornado

Son personas retornados y extranjeros que ingresan al territorio nacional con diagnóstico o caso presuntivo de TB y requieren una atención inmediata que asegure el diagnóstico temprano, tratamiento e investigación de contactos.

8.8.1. Actividades para la atención de la Tuberculosis en los migrantes regulares

8.8.1.1 CAMR:

- Verificar la hoja de referencia o constancia donde manifiesta que el paciente está recibiendo tratamiento.
- Si el paciente presenta bacteriología positiva, se debe dar consulta médica e indicar PDRm, cultivo y PSF y adaptar el régimen terapéutico de acuerdo a la normativa nacional para continuar el tratamiento en el caso de haberlo iniciado.
- Si el paciente es diagnosticado por clínica, PPD positiva o radiografía sugestiva de TB, debe ser evaluado en el ES donde se indicarán pruebas diagnósticas complementarias, de acuerdo con la sintomatología del paciente y asegurar la continuidad del tratamiento

8.8.1.2 Primer Nivel:

- Si el migrante es diagnosticado con una TB-DR, debe ser discutido el caso en el CORE TB-DR para ser presentado en el CONE TB-DR y decidir el manejo.
- Si el migrante es diagnosticado con una TB-DS (primera línea) debe continuar su tratamiento en el ES.
- Brindar consejería y considerar si existe la intención de migrar nuevamente, con el propósito de que la persona conozca los **riesgos de abandonar su tratamiento**.
- Registrar y notificar en los formularios establecidos por la SESAL al nivel correspondiente.
- Realizar investigación de contactos del domicilio actual del caso. ¹⁷

Migrante Irregular o en tránsito

El Migrante irregular es una Persona Nacional o Extranjera con diagnóstico de TB y que migra a otro país.

8.8.2. Actividades para la atención de la Tuberculosis en los migrantes irregulares:

8.8.2.1 CAMI:

- Entrevistar y persuadir al paciente que posponga su viaje, hasta terminar el tratamiento.
- Realizar informe y notificar inmediatamente a la RS correspondiente y al Componente Nacional de Tuberculosis.¹⁷

El abordaje de los migrantes irregulares se basa en lo establecido en la “**Guía de atención en salud para la población migrante**” vigente.
<https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=283>

8.9 Atención de la Tuberculosis y Tabaquismo

El consumo de tabaco aumenta el riesgo de presentar TB y se asocia a un mal pronóstico en el resultado del tratamiento AntiTB.

8.9.1 Actividades para la atención del personal de salud del ES de primer y segundo nivel de atención (médico, enfermera y promotores capacitados)

- Brindar consejería en cada consulta sobre la conveniencia de abandonar el consumo de tabaco y cambios en el comportamiento (estilo de vida, uso de drogas, entre otros), mejorar los resultados del tratamiento AntiTB y reducir las tasas de recaída. Apoyándose en el **(Cuadro No. 4)**.

Cuadro No. 4 Las Cinco "A" de apoyo al paciente TB para abandonar el hábito de fumar

Averigüe	Pregunte a cada paciente, en cada visita a la clínica y documente el estado del consumo de tabaco. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarros fuma? ¿En qué momentos y circunstancias fuma?
Aconseje/advierta	Aconseje de manera clara sencilla pero fuerte y personalizada la necesidad de que el paciente deje de fumar: Personalizado - Relacione el consumo de tabaco con la salud, con la enfermedad actual, costos sociales y económicos. Evalúe el nivel de motivación / disposición para dejar de fumar y/o el impacto del consumo de tabaco en los niños y otras personas en el hogar.
Analice/ evalúe	Evalúe si el paciente puede hacer una prueba de dejar de fumar en los próximos 30 días.
Apoye	Apoye al paciente a dejar de fumar.

Acuerde	Acuerde con el paciente un compromiso de seguimiento cercano a la fecha de abandono del cigarro y de seguimiento.
---------	---

Fuente: Adaptado de The Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD) 2015. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. 2017.¹⁸

8.10 Atención de la Tuberculosis y Salud Mental

Las personas afectadas por TB tienen un mayor riesgo de padecer problemas de Salud Mental, esta comorbilidad afecta negativamente la capacidad de una persona para adherirse al tratamiento, mayor morbilidad y afecta la calidad de vida, por lo que se debe proporcionar intervenciones integradas de Salud Mental.¹⁹

En la TB-DR existe mayor riesgo de depresión, ansiedad y/o psicosis por lo que debe priorizarse la atención integral de Salud Mental.

El personal de salud debe tener en cuenta al momento de la atención del paciente con TB los factores de riesgo más comunes asociados a la Salud Mental, tales como:

- Factores individuales: psicológicos (estrés, personalidad, traumas etc.) y biológicos (genéticos, enfermedades físicas)
- Factores familiares/comunitarios: pobreza y/o violencia
- Factores estructurales: desigualdad (estigmatización, discriminación, aislamiento y la falta de apoyo social).
- Algunos medicamentos AntiTB tienen efectos adversos psiquiátricos.¹⁹

8.10.1 Actividades para el abordaje integral en la atención del paciente, el personal de salud del primer y segundo nivel (médicos, psicólogos, enfermeras y promotores) debidamente capacitados en la temática de salud mental y TB

- **Brindar atención y evaluación psicológica obligatoria según el apartado 8.1.1.2 a todas las personas con TB.**
- Brindar consejería al inicio, seguimiento y egreso de tratamiento AntiTB.
- Referir para manejo especializado en caso de presentar algún trastorno psiquiátrico.

8.11 Atención de la TB y Trastornos Hepáticos

Los pacientes con TB-DS o TB-DR con enfermedad o daño hepático deben ser atendidos en un hospital de especialidades y su manejo debe ser multidisciplinario.

Cuando el personal médico del primer nivel u hospital básico diagnostique enfermedad hepática no relacionado al tratamiento AntiTB debe referirlo a un hospital de mayor complejidad para su manejo por el médico especialista.

8.12 Atención de la Enfermedad Pulmonar Posterior a la Tuberculosis (EPPTB)

La Enfermedad Pulmonar Posterior a Tuberculosis (EPPTB) es la evidencia de anomalía respiratoria crónica, con o sin síntomas atribuibles en parte a Tuberculosis Pulmonar previa.²⁰

Una proporción importante de estas personas curadas de TB refieren síntomas que dificultan las actividades cotidianas o laborales que afectan su calidad de vida y aumentan su riesgo de muerte.

La gravedad de las secuelas pulmonares suele estar relacionada con un retraso en el diagnóstico o el tratamiento y/o un tratamiento inadecuado/inapropiado, lo que conduce a un daño pulmonar extenso y una mayor duración del tratamiento, que es más frecuente en pacientes con TB-DR o recaídas de la TB.²⁰

La TB Pulmonar puede producir daño pulmonar irreversible de diversas formas:

Estenosis traqueobronquiales, con obstrucción de la vía aérea, Limitación crónica al flujo aéreo (EPOC), Restricción Pulmonar por cicatrices extensas, Fibrosis Pulmonar, Patrones ventilatorios mixtos obstructivos / restrictivos, Bronquiectasias y Otros.²¹

La Rehabilitación Pulmonar (RP) es fundamental para el tratamiento de las Enfermedades Respiratorias Crónicas, es un paquete integral de intervenciones diseñado y adaptado individualmente para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, que puede incluir: ejercicio, educación, nutrición, actividades de autocuidado y apoyo psicosocial. La RP mejora el estado de salud, la capacidad de ejercicio y la disnea. Se debe realizar una evaluación integral para detectar secuelas de la TB y su impacto funcional, así como sobre las intervenciones y el posible deterioro debido a la Enfermedad Pulmonar Posterior a TB.

8.12.1 Actividades del personal de salud del primer nivel (médicos, enfermeras, promotores capacitados) para realizar evaluación clínica al terminar el tratamiento AntiTB

8.12.1.1 Evaluar de manera integral a todo paciente que completen el tratamiento contra la TB para detectar EPPTB, investigar los siguientes signos y síntomas:

- Historia clínica (Antecedentes de: Asma, EPOC, Fibrosis Pulmonar, Bronquiectasia, Bronquitis Crónica, etc.)
- Tos persistente/Crónica
- Disnea de diferentes grados
- Insuficiencia Respiratoria Crónica
- Infecciones de Repetición
- Debilidad, etc.

8.12.1.2 En el caso de encontrar signos o síntomas de daño pulmonar solicitar evaluación en el segundo nivel de atención, realizar el reporte de casos de EPPTB a la RS.

8.12.2 Actividades en el segundo nivel de atención se deberá realizar lo siguiente

8.12.2.1 Realizar un conjunto de exámenes básicos que se consideran esenciales ante la sospecha clínica de la presencia de secuelas pulmonares:

- Historia clínica (Antecedentes de: Asma, EPOC, Fibrosis Pulmonar, Bronquiectasia, Bronquitis Crónica, etc.).
- Estudios de imágenes del tórax (Radiografía de tórax, TAC de Tórax)
- Pruebas de función pulmonar, incluidas espirometría, pletismografía y capacidad de difusión alveolar con monóxido de carbono.
- Prueba de Ejercicio cardiopulmonar
- Valorar otros exámenes adicionales.^{20, 21}

8.12.2.2 Evaluar la efectividad de la RP comparando la evaluación inicial y después de la rehabilitación.

8.12.2.3 Organizar el seguimiento del paciente:

- Plan educativo/conductual destinado a fomentar conductas que mejoren la salud a largo plazo.
- Entrenamiento físico al paciente y a un familiar que sea estructurado por un profesional de la Rehabilitación.
- Indicaciones de actividad física supervisada por un familiar o por cuenta propia.²¹
- Incluir un plan de seguimiento para mejorar los resultados obtenidos, organizado según criterios de viabilidad y rentabilidad, adaptado a las necesidades del paciente.
- Los pacientes con secuelas permanentes y discapacidad deben contar con el apoyo de planes de protección social siempre que sea posible, de acuerdo con el marco legal vigente. La RS apoyará con la gestión ante las instancias correspondientes.²¹

8.12.2.3 Manejo de las Infecciones de las secuelas (Bronquiectasias) en el 2do nivel de atención:

- Las Bronquiectasias post-TB son bastante frecuentes y tienden a infectarse repetidamente, produciendo clínica de tos, expectoración purulenta, hemoptisis, febrícula, etc.
- A los pacientes con estos síntomas hay que realizarles cultivos de esputo periódicos, con el objetivo de tratar lo más precozmente posible las infecciones, entre ellas las Micobacterias No Tuberculosas.
- Estos pacientes con frecuencia necesitan ciclos de antibióticos periódicos, tratamientos muy prolongados y nebulizaciones antibióticas.²¹

9. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN

9.1 Registro y notificación para la prevención y la atención de la tuberculosis.

El registro, recolección y notificación rutinaria de datos se realiza en todos los ES del primer nivel de atención (PNA) y segundo nivel de atención (SNA). **(Ver Cuadro No. 1, Cuadro No. 2 y Anexo No. 8).**

9.1.1 Nivel Local

- Recolecta, registra, notifica, procesa, analiza los datos, llena diariamente y consolida la información mensual del ES en los formularios de TB correspondientes.
- La notificación de un caso confirmado de TB debe ser de manera inmediata al nivel municipal y RS.
- Envío de los informes al nivel municipal en los primeros 5 días del mes siguiente que están reportando.

9.1.2 Nivel municipal

- Recepciona, consolida, analiza y verifica la calidad del dato y los informes consolidados de la red de servicios de salud.
- La notificación de un caso confirmado de TB debe ser de manera inmediata al nivel regional.
- El personal de salud del laboratorio municipal debe ingresar los datos en el Sistema de Vigilancia de la Salud (SVS).
- Envío de los informes al nivel regional en los primeros 10 días del mes siguiente al mes que están reportando.

9.1.3 Nivel Regional

- El Área de Gestión de la Información (AGI) a través de la Unidad de Monitoreo y Planeamiento consolida la información generada por: Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS), Laboratorio Regional de las 20 regiones de salud y envía los informes dentro de los primeros 15 días del mes siguiente a nivel central y el llenado correspondiente en el Sistema de Información Integral en Salud (SIIS).
- Consolidar y analizar la información de TB previo al envío de la misma en Equipo Multidisciplinario incluyendo el SAI y todas las Unidades que conforman el nivel Regional que están involucradas en la atención de la TB.

9.1.4 Nivel Central

- La Unidad de Gestión de la Información (UGI): Recepciona, revisa y valida la información de TB de las RS a través de la AGI.
- La UGI realiza cruce de información con UVS, LNTB y TB/PAETI.
- Realizar análisis técnicos, generar informes programáticos de TB, a partir de la recepción de la información.
- Informar a los niveles superiores de la SESAL para establecer las acciones para la toma de decisiones.

9.2 Formularios de Tuberculosis para la atención y prevención:

- Los **Formularios TB1, TB3, TB4 y TB6** son los que están ligados a la atención y el manejo del paciente con TB, (**Ver Anexo No. 1, Anexo No. 2, Anexo No. 3, Anexo No. 4**).
- La notificación debe realizarse en base a los lineamientos de vigilancia de la Salud.
- Llenar diariamente los formularios y consolidar la información mensual y trimestralmente en los ES. Esto incluye la información de los hospitales, Centros Penitenciarios y el IHSS.
- Los médicos asistenciales que atienden pacientes con caso confirmado de TB o caso presuntivo de TB deben llenar el expediente en físico y una vez esté disponible se debe llenar en el expediente electrónico único e integral (EUIS).
- En el siguiente (**Cuadro No. 5**) están descritos los formularios que se usan en la atención de Paciente caso presuntivo o confirmado de TB.

Cuadro No. 5 Formularios de Tuberculosis

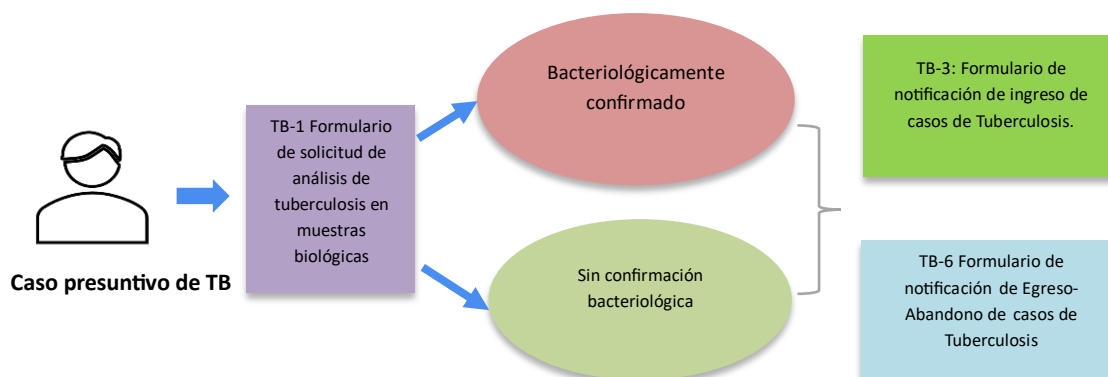
Formulario	Nombre	Instancia que llena el Formulario	Periodicidad de llenado
TB-1	Formulario de solicitud de análisis de tuberculosis en muestras biológicas.	Al solicitar examen para diagnóstico y control TB en primer y segundo nivel de atención.	Diaria, de acuerdo a captación diaria de pacientes en los ES de primer y segundo nivel de atención.
TB-3	Formulario de notificación de ingreso de casos de Tuberculosis.	Establecimiento de Salud (donde es diagnosticado o quien lo reportará y dará seguimiento al caso) incluye los hospitales que dan seguimiento a casos.	Al registrar y notificar el caso, se envía copia a nivel municipal y regional.
TB-4	Tarjeta de control de tratamiento	Establecimiento de Salud de primer y segundo nivel (donde dan seguimiento de casos)	Diariamente durante el tratamiento.

TB-6	Formulario de notificación de Egreso-Abandono de casos de Tuberculosis	Establecimiento de Salud	Al determinar de acuerdo a la normativa que el paciente abandono el tratamiento, se envía copia a nivel municipal y regional.
------	--	--------------------------	---

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. Componente Nacional de Tuberculosis. 2024

La ficha de notificación de caso se llena en el establecimiento que dará seguimiento al paciente y que no necesariamente fue diagnosticado. **(Ver Flujoograma No. 2)**

Flujoograma No. 2 Flujo de información en el manejo del paciente



Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. Elaborado por el Componente de Tuberculosis del Programa Nacional de Enfermedades Transmisibles Infecciosas.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Global Tuberculosis Report. World Health Organization. Geneva. 2023. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-tuberculosis-report-2023/global-tb-report-2023-factsheet.pdf?sfvrsn=f0dfc8a4_4&download=true.
2. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para el control y la eliminación de la Tuberculosis [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2022. Disponible en: 2022.06.30_NORMA-TECNICA-TUBERCULOSIS-v4.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. ISBN 978-92-75-31985-7
Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34855>
4. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: Prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis. Washington, D.C.: OPS; 2022. ISBN 978-92-75-32510-0 (PDF) Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325100>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones actualizadas sobre la vigilancia de la tuberculosis: Definiciones e indicadores clave para el seguimiento de la tuberculosis en la Región de las Américas. Washington, D.C. : OPS ; 2023. ISBN 978-92-75-32806-4 (PDF) Disponible en : <https://doi.org/10.37774/9789275328064>
6. Secretaría de Salud de Honduras. Lineamientos de referencia y respuesta del Sistema Nacional de Salud. LN23:2019. Tegucigalpa, MDC.: Secretaría de Salud de Honduras. 2019. Disponible en: salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=351.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Actualización del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2023. ISBN 978-92-75-32785-2 (PDF). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58196>
8. Secretaría de Salud de Honduras Guía del control de Infecciones de Tuberculosis, G23:2019. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud de Honduras. 2019.
9. Secretaría de Salud de Honduras. Esquema Nacional de Vacunación en Honduras. 2023.

10. Secretaría de Salud de Honduras. Manual de Consejería TB, TB-VIH y TB-DR. 2012.
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacosensible. Washington, D.C.: OPS; 2023. ISBN 978-92-75-32736-4 (PDF). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57618>
12. Caminero JA. Likelihood of generating MDR-TB and XDR-TB under adequate National Tuberculosis Programme implementation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008, 12: 869-877.
13. Linh NN, Viney K, Gegia M, et al. World Health Organization treatment outcome definitions for tuberculosis: 2021 update. *Eur Respir J* 2021; 58: 2100804 [DOI: 10.1183/13993003.00804-2021]
14. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 5: Manejo de la tuberculosis en la población infantil y adolescente. Washington, DC: OPS; 2023. ISBN 978-92-75-32693-0 (PDF). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57447>
15. Organización Panamericana de la Salud. Marco para la acción colaborativa sobre la tuberculosis y sus comorbilidades. Washington, D.C. : OPS; 2023. ISBN 978-92-75-32738-8 (PDF). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57796>
16. Ernest Yorke, et al. La relación bidireccional entre tuberculosis y diabetes. Volumen de investigación y tratamiento de la tuberculosis 2017, artículo ID 1702578, 6 páginas.
17. Secretaría de Salud de Honduras Guía de atención en Salud para la población migrante, G20:2018. Tegucigalpa, M.D.C.: Secretaría de Salud de Honduras. 2020.
18. Tabaquismo Nueva: Adaptado de The Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD) 2015. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;389(10082):1885. Epub 2017 Apr. Citado en: Nancy A Rigotti, Patterns of tobacco use. Uptodate. Com. En línea recuperado el 17 de julio del 2018 en www.uptodate.com
19. WHO. Operational handbook on tuberculosis. Module 6: Tuberculosis and comorbidities, second edition. Washington, D. C.: WHO; 2024. ISBN 978-92-4-009129-0 (electronic version) Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091290>

20. Allwood BW, et al. Post-tuberculosis lung health: perspectives from the First International Symposium. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020; 24: 820–828.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912387/>
21. Manejo de los pacientes después de curar la TB. *INT J TUBERC LUNG DIS* 2021, 25 (10): 797-813 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3461557>

11. ANEXOS

Anexo No. 1 Formulario de solicitud de análisis de Tuberculosis en muestras biológicas (TB-1)

 		SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS LABORATORIO NACIONAL DE VIGILANCIA/LABORATORIO DE TUBERCULOSIS FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANALISIS DE TUBERCULOSIS EN MUESTRAS BIOLÓGICAS TB-1			
1. Establecimiento de salud que refiere					
1.1 Nombre del EB:		1.2 Región Sanitaria:		1.3 Municipio:	
1.4 Código(EB):		1.5 Red de salud:			
1.6 Nombre y apellido del prestador de servicio que solicita pruebas:					
1.7 Teléfono y/o Celular:					
1.8 Fecha de llenado del formulario:					
1.9 Fecha de Recolección de la muestra:					
2. Datos del Paciente					
2.1 Nombres y apellidos:					
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido	
2.2 Fecha Nacimiento: / /		2.3 Edad:		2.4 M. OMI:	
2.5 Sexo: ☐ H ☐ M ☐ NI		2.6 R* Expediente:		2.7 Sexo:	
2.8 Radicación:					
2.9 Teléfono:		2.10 Ocupación:		2.11 Lugar de trabajo:	
2.12 Grupo Etnico: ☐ Mestizo ☐ Lenca ☐ Chorti ☐ Miskito ☐ Garifuna ☐ Tapan ☐ Tzotzil ☐ Tzeltal ☐ Mestizo ☐ Otro: ☐					
2.13 Dirección actual:					
3. Paciente y Grupo de riesgo de la tuberculosis					
3.1 Si paciente presenta signos o síntomas de Tuberculosis: ☐ Si ☐ No ☐					
3.2 Si paciente presenta signos o síntomas de Tuberculosis, indique la fecha de inicio de síntomas:					
☐ Tuberculosis pulmonar ☐ Tuberculosis extrapulmonar, menores de 15 años ☐ Tuberculosis extrapulmonar, mayores de 15 años ☐ Tuberculosis en el sector Salud ☐ Tuberculosis Migrante: Interno ☐ Relamado ☐ ☐ Tuberculosis mayor de 65 años ☐ Desnutrición		☐ Fracaso de tratamiento ☐ Pérdida al seguimiento ☐ Recaida / Recurrente ☐ Radiografía control paritua 2 meses o mas ☐ Control MD R, mes: ☐ Contacto TB-MG R ☐ Paciente que labora en centro penal ☐ Insuficiencia renal crónica		☐ Paciente Privado de Libertad ☐ Paciente que labora en Maquila ☐ Sospecha de TB extrapulmonar ☐ Contacto TB Sensible ☐ Enfermedades autoinmunes o Respuestas ☐ EPAC ☐ Otras Poblaciones Específicas:	
4. Tipo de Habitación					
4.1 Diagnóstico		4.2 Seguimiento		4.3 Tipo de Casa	
4.4 Diagnóstico		4.5 Seguimiento		4.6 Intestación por VIH	
5. Tipo de Muestra					
5.1 Pulmonar		5.2 Extrapulmonar			
☐ Espudo ☐ Jugal ☐ Otro:		☐ Líquido Pleural ☐ Otro:			
6. Especificar el tipo de Bacilo bacilo utilizado					
6.1 Bacilo bacilo:		6.2 Bacilo bacilo Central Tratamiento:			
6.3 Bacilo bacilo Central MD R:		6.4 Bacilo bacilo Central MD R:			
7. Resultados (uso exclusivo del personal de laboratorio)					
7.1 Calidad de la muestra recibida en el laboratorio:					
7.2 Observaciones:					
7.3 Resultados Xpert Ultra					
7.4 Resultados Xpert Ultra					
7.5 Resultados Xpert Ultra					
7.6 Resultados Xpert Ultra					
7.7 Resultados Xpert Ultra					
7.8 Resultados Xpert Ultra					
7.9 Resultados Xpert Ultra					
7.10 Resultados Xpert Ultra					
7.11 Resultados Xpert Ultra					
7.12 Resultados Xpert Ultra					
7.13 Resultados Xpert Ultra					
7.14 Resultados Xpert Ultra					
7.15 Resultados Xpert Ultra					
7.16 Resultados Xpert Ultra					
7.17 Resultados Xpert Ultra					
7.18 Resultados Xpert Ultra					
7.19 Resultados Xpert Ultra					
7.20 Resultados Xpert Ultra					
7.21 Resultados Xpert Ultra					
7.22 Resultados Xpert Ultra					
7.23 Resultados Xpert Ultra					
7.24 Resultados Xpert Ultra					
7.25 Resultados Xpert Ultra					
7.26 Resultados Xpert Ultra					
7.27 Resultados Xpert Ultra					
7.28 Resultados Xpert Ultra					
7.29 Resultados Xpert Ultra					
7.30 Resultados Xpert Ultra					
7.31 Resultados Xpert Ultra					
7.32 Resultados Xpert Ultra					
7.33 Resultados Xpert Ultra					
7.34 Resultados Xpert Ultra					
7.35 Resultados Xpert Ultra					
7.36 Resultados Xpert Ultra					
7.37 Resultados Xpert Ultra					
7.38 Resultados Xpert Ultra					
7.39 Resultados Xpert Ultra					
7.40 Resultados Xpert Ultra					
7.41 Resultados Xpert Ultra					
7.42 Resultados Xpert Ultra					
7.43 Resultados Xpert Ultra					
7.44 Resultados Xpert Ultra					
7.45 Resultados Xpert Ultra					
7.46 Resultados Xpert Ultra					
7.47 Resultados Xpert Ultra					
7.48 Resultados Xpert Ultra					
7.49 Resultados Xpert Ultra					
7.50 Resultados Xpert Ultra					
7.51 Resultados Xpert Ultra					
7.52 Resultados Xpert Ultra					
7.53 Resultados Xpert Ultra					
7.54 Resultados Xpert Ultra					
7.55 Resultados Xpert Ultra					
7.56 Resultados Xpert Ultra					
7.57 Resultados Xpert Ultra					
7.58 Resultados Xpert Ultra					
7.59 Resultados Xpert Ultra					
7.60 Resultados Xpert Ultra					
7.61 Resultados Xpert Ultra					
7.62 Resultados Xpert Ultra					
7.63 Resultados Xpert Ultra					
7.64 Resultados Xpert Ultra					
7.65 Resultados Xpert Ultra					
7.66 Resultados Xpert Ultra					
7.67 Resultados Xpert Ultra					
7.68 Resultados Xpert Ultra					
7.69 Resultados Xpert Ultra					
7.70 Resultados Xpert Ultra					
7.71 Resultados Xpert Ultra					
7.72 Resultados Xpert Ultra					
7.73 Resultados Xpert Ultra					
7.74 Resultados Xpert Ultra					
7.75 Resultados Xpert Ultra					
7.76 Resultados Xpert Ultra					
7.77 Resultados Xpert Ultra					
7.78 Resultados Xpert Ultra					
7.79 Resultados Xpert Ultra					
7.80 Resultados Xpert Ultra					
7.81 Resultados Xpert Ultra					
7.82 Resultados Xpert Ultra					
7.83 Resultados Xpert Ultra					
7.84 Resultados Xpert Ultra					
7.85 Resultados Xpert Ultra					
7.86 Resultados Xpert Ultra					
7.87 Resultados Xpert Ultra					
7.88 Resultados Xpert Ultra					
7.89 Resultados Xpert Ultra					
7.90 Resultados Xpert Ultra					
7.91 Resultados Xpert Ultra					
7.92 Resultados Xpert Ultra					
7.93 Resultados Xpert Ultra					
7.94 Resultados Xpert Ultra					
7.95 Resultados Xpert Ultra					
7.96 Resultados Xpert Ultra					
7.97 Resultados Xpert Ultra					
7.98 Resultados Xpert Ultra					
7.99 Resultados Xpert Ultra					
7.100 Resultados Xpert Ultra					

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS

LABORATORIO NACIONAL DE VIGILANCIA / LABORATORIO DE TUBERCULOSIS INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANALISIS DE TUBERCULOSIS EN MUESTRAS BIOLOGICAS TB-1

1. ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES) QUE REFIERE

1.1 Nombre del Establecimiento de Salud (ES): Anotar el nombre del Establecimiento de Salud que refiere o que solicita el examen.

1.2 Región Sanitaria: Anotar la Región Sanitaria a quién corresponde el Establecimiento de Salud.

1.3 Municipio: Anotar el municipio al que pertenece el Establecimiento de Salud.

1.4 Código (ES): Anotar el código oficial que corresponde al ES, de no conocer el código, solicitarlo al director del ES.

1.5 Red de salud: Anotar la red a que pertenece geográficamente.

1.6 Nombre y apellido del prestador de servicio que solicita la prueba: Anotar nombre y apellido de la persona que solicita el examen.

1.7 Teléfono y/o celular: Anotar el número correspondiente.

1.8 Fecha del llenado del formulario: Anotar la fecha en que se solicita la prueba (Xpert ultra, Xpert XDR, baciloscopia, cultivo o pruebas de sensibilidad)

1.9 Fecha de recolección de la muestra: Anotar la fecha en que se recolecta la muestra, ya sea en el ES, hospital o laboratorio Regional.

2. DATOS DEL PACIENTE

2.1 Nombres y apellidos: Anotar de forma clara el nombre y apellidos completos del paciente.

2.2 Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento tal como se encuentra en el Documento Nacional de Identificación (DNI), acta de nacimiento o pasaporte utilice el formato día, mes, año (dd/mm/aaaa).

2.3 Edad: Anotar la edad en años cumplidos, en caso de que el paciente sea menor de 1 año, se deberá anotar los meses cumplidos, escribiendo la letra M.

2.3 Número de DNI: Anotar el número de identidad del paciente.

2.4 Sexo: Anotar con una X en el cuadro correspondiente, si es hombre o mujer.

2.5 Número de expediente: Anotar el número de expediente que tenga asignado el paciente en el establecimiento de salud u hospital.

2.6 Sala: Anotar el nombre de la sala hospitalaria en que se ingresa al paciente, cuando corresponda.

2.7 Nacionalidad: Registrar el lugar de nacimiento u origen del paciente

2.8 Teléfono: Anotar en forma clara el número de teléfono del paciente.

2.9 Ocupación: Marcar con una x la casilla correspondiente si el paciente trabaja o estudia

2.10 Lugar de trabajo: Registre el lugar de trabajo actual del paciente.

2.11 Grupo étnico: Marcar con una x el grupo étnico al que pertenece el paciente

2.12 Dirección actual: Anotar la dirección completa donde reside actualmente el paciente (Departamento, municipio, colonia, Barrio o caserío y lugar de referencia), en caso de ser área rural, anotar la aldea o caserío que corresponde.

3. FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO DE LA TUBERCULOSIS

3.1 Deberá marcar con una “X” si el paciente presenta signos o síntomas de la tuberculosis, si la respuesta es sí, indicar la fecha de inicio de los síntomas

Marcar con una “X” en la casilla correspondiente según la categoría de riesgo o grupo vulnerable del paciente, de acuerdo con la selección que se realice en este inciso son las pruebas de laboratorio que se realizarán.

4. TIPO DE SOLICITUD

4.1 Diagnóstico: Marcar con una “X” si la solicitud del paciente es para realizar el diagnóstico de la TB.

4.2 Seguimiento: Marcar con una “X” si la solicitud del paciente es para realizar el seguimiento, ejemplo (BK control 2do, 5to y 6to mes, cultivo para pacientes control MDR).

5. TIPO DE CASO

5.1 Nuevo: Marcar con una “X” si el paciente no tiene antecedentes de tratamiento contra la TB.

5.2 Previamente tratado: Marcar con una “X” si el paciente tiene antecedentes de haber recibido tratamiento durante al menos 1 mes o sea pacientes recaída, fracaso de tratamiento, pérdida al seguimiento.

6. INFECCION POR VIH

6.1 Marcar con una “X” si el paciente es seropositivo, seronegativo o desconocido. **Nota:** todo paciente con diagnóstico de tuberculosis deberá conocer su estado de VIH.

7. PRUEBAS SOLICITADAS

7.1 Xpert Ultra: Marcar con una “X” si lo que solicita es un Xpert MTB/RIF Ultra.

7.2 Xpert XDR: Marcar con una “X” si lo que solicita es un Xpert XDR.

7.3 Baciloscopia: Marcar con una “X” si lo que solicita es una baciloscopia.

7.4 Cultivo: Marcar con una “X” si lo que solicita es cultivo en medio líquido (MGIT) o cultivo en medio en sólido (Lowenstein Jensen)

7.5 Prueba de sensibilidad: Marcar con una “X” si lo que solicita es una prueba de farmacosenibilidad. Este se realiza a partir de un cultivo positivo identificado como complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

7.6 Otra (Especifique): Anotar otro método diagnóstico utilizado, si bien el Xpert Ultra es la prueba ampliamente distribuida existen en el mercado pruebas como Truenat que a futuro podrían implementarse en el país.

8. TIPO DE MUESTRA

8.1 Pulmonar: Marcar con una “X” en la casilla correspondiente la muestra pulmonar que envía (Esputo, Jugo gástrico, Heces, Lavado bronco alveolar), Nota: la muestra de heces es utilizada para el diagnóstico de la TB pulmonar en pacientes pediátricos que no puedan expectorar.

8.2 Extrapulmonar: Marcar con una “X” en la casilla correspondiente a la muestra extrapulmonar que envía (LCR, Orina, Líquido pleural), en casos de Otras especifique el tipo de muestra enviada al laboratorio.

9. ESPECIFICAR EL TIPO DE BACILOSCOPIA SOLICITADA

9.1 Baciloscopia: Marcar con una “X” si lo que solicita es una baciloscopia para primera o segunda muestra. **Nota:** de preferencia debe utilizarse la prueba Xpert Ultra como método de diagnóstico inicial de la TB.

9.2 Baciloscopia control tratamiento: Marcar con una “X” si solicita la baciloscopia control de tratamiento y marcar si corresponde al segundo, quinto o sexto mes de tratamiento.

9.3 Baciloscopia control MDR: Marcar con una “X” si solicita baciloscopia para el control de tratamiento de los pacientes con TB-DR e indicar la fecha de inicio de tratamiento y a qué mes y año corresponde la baciloscopia control.

10. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

10.1 Antecedentes previos de TB: Marcar con una “X” la casilla de antecedentes previos de TB indicando la fecha de diagnóstico por TB anterior y fecha de inicio de tratamiento,

10.2 Tratamiento actual: Marcar con una “X” la casilla de tratamiento actual, indicando la fecha de diagnóstico por TB anterior y fecha de inicio de tratamiento.

10.3 Tratamiento: Marcar con una “X” la casilla correspondiente, ya sea tratamiento de primera línea o segunda línea.

10.4 Condición de egreso: Marcar con una “X” la casilla correspondiente, ya sea tratamiento terminado, pérdida al seguimiento, aun en tratamiento, curado.

RESULTADOS (USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LABORATORIO)

11. CALIDAD DE LA MUESTRA RECIBIDA EN EL LABORATORIO

11.1 Calidad de la muestra recibida: Marcar con una “X” en la casilla que corresponda según la calidad de la muestra recibida en el laboratorio.

11.2 Observaciones: Anotar cualquier observación adicional con respecto a la muestra recibida o notificar el rechazo de la muestra. Y registrar fechas: fecha de recepción en Laboratorio de nivel local, fecha de recepción en Laboratorio Regional y/o la fecha de recepción en el Laboratorio Nacional de Tuberculosis según corresponda.

12. RESULTADO XPERT ULTRA

12.1 M. tuberculosis: Marcar con una “X” en la casilla correspondiente al resultado proporcionado por el equipo GeneXpert para MTB, en caso de ser Detectado, anotar la medida cualitativa (Trazas, muy bajo, bajo, medio, alto o muy alto).

12.2 Resistencia Rifampicina: Marcar con una “X” en la casilla correspondiente al resultado arrojado por el equipo GeneXpert.

12.3 Fecha de reporte: anotar día, mes y año, así como el nombre de la persona responsable de emitir el diagnóstico.

12.4 Observaciones: Anotar cualquier observación adicional con respecto al resultado, o solicitud de nueva muestra.

13. RESULTADO XPERT XDR

13.1 M. tuberculosis: Marcar con una “X” en la casilla correspondiente al resultado arrojado por el equipo GeneXpert para MTB.

13.2 Isoniacida (INH): Marcar con una “X” en la casilla correspondiente al resultado arrojado por el equipo GeneXpert.

13.3 Fluoroquinolona (FLQ): Marcar con una “X” en la casilla correspondiente al resultado arrojado por el equipo GeneXpert.

13.4 Fecha de reporte: anotar día, mes y año, así como el nombre de la persona responsable de emitir el diagnóstico.

13.5 Observaciones: Anotar cualquier observación adicional con respecto al resultado, o solicitud de nueva muestra.

14. RESULTADO BACILOSCOPIA

14.1 Baciloscopia 1ra muestra: Marcar con una “X” si el resultado corresponde a la baciloscopia de la primera muestra.

14.2 Baciloscopia 2da muestra: Marcar con una "X" si el resultado corresponde a la baciloscopia de la segunda muestra.

14.3 Baciloscopia control: Marcar con una "X" si el resultado corresponde a la baciloscopia control.

Nota: Marcar con una "X" en la casilla que corresponde el resultado de la baciloscopia. En caso de ser positivo anotar la positividad (1-9 colonias, +, ++, +++)

14.4 Fecha de reporte: anotar día, mes y año, así como el nombre de la persona responsable de emitir el diagnóstico.

14.5 Observaciones: Anotar cualquier observación adicional con respecto al resultado.

15. RESULTADO DEL CULTIVO

15.1 Cultivo: Marcar con una "X" en la casilla que corresponda, según el cultivo realizado (Sólido o líquido) y marcar con "X" en la casilla el resultado que corresponda: positivo, negativo o contaminado.

15.2 Identificación: Marcar con una "X" si es complejo *Mycobacterium tuberculosis* o una micobacteria no tuberculosa.

15.3 Fecha de reporte: anotar día, mes y año, así como el nombre de la persona responsable de emitir el diagnóstico.

15.4 Observaciones: Anotar cualquier observación adicional con respecto al resultado.

16. PRUEBA DE FARMACSENSIBILIDAD

16.1 Primera línea: Marcar con una "X" en la casilla que corresponda a las drogas de primera línea según el fármaco utilizado en la prueba de farmacosenibilidad: sensible, resistente, contaminada o ausencia de crecimiento.

16.2 Segunda línea: Marcar con una "X" en la casilla que corresponda a las drogas de segunda línea según el fármaco utilizado en la prueba de farmacosenibilidad: sensible, resistente, contaminada o ausencia de crecimiento.

Salud
Ministerio de la Salud

PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES INFECCIOSAS
EQUIPO TÉCNICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INGRESO DE CASOS DE TUBERCULOSIS

TB-3
Ver Dic 2024

REPUBLICA DE HONDURAS

I. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

1.1 Fecha de Notificación N°: _____

1.2 Nombre Establecimiento de Salud: _____ 1.3 Código del ES: _____ 1.4 Región Sanitaria: _____

1.5 Municipio: _____ 1.6 Red de Salud: _____

1.7 Fecha de registro: ____/____/____

II. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 N° de expediente: _____

2.2 Nombre Completo: _____

Primer Nombre _____

2.3 Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ SI ☐ NO ☐

2.4 Embarazada: _____

2.5 Fecha de nacimiento: ____/____/____

2.6 Edad (años): _____ 2.7 Para menor de un año (Meses): _____

2.8 Si es menor de 5 años, recibió la vacuna de BCG?: ☐ SI ☐ NO ☐

2.9 No. DNI: _____

2.10 No. CUIT: _____

2.11 Dirección Completa (actual):

a) Departamento: _____ b) Municipio: _____ c) Aldea/Caserío: _____

d) Colonia/Barrio: _____ e) Calle/Avenida: _____ f) No. De Casa: _____

g) Teléfono Cel: _____ h) Teléfono fijo: _____

i) Otras referencias: _____

Segundo Nombre _____

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

2.12 Nacionalidad: _____ 2.13 País de residencia: _____

2.14 Trabaja: ☐ SI ☐ NO ☐ 2.15 Estudia: ☐ SI ☐ NO ☐ 2.16 Lugar de trabajo/Estudio: _____

2.17 Ocupación del paciente: _____

2.18 Grupo Étnico: _____

2.19 Cambio de dirección en los últimos 3 meses: ☐ SI ☐ NO ☐

2.20 Si la respuesta es Si, donde vive: a) Departamento: _____ b) Municipio: _____ c) Aldea/Colonia/Barrio: _____

Factores y Grupos de riesgo

2.21 El paciente vive o trabaja en alguna de las siguientes condiciones: ☐ SI ☐ No ☐ Si su respuesta es SI marcar con una X cualquiera de condiciones

Centro penitenciario ☐ Albergue temporal ☐ Fabrica/Maquila ☐ Establecimiento de Salud ☐ Batallón

Asilo ☐ Camionero ☐ Pescabucos ☐ Orfanato ☐ Guardia/ Centro educativo ☐

2.22 Paciente presenta síntomas: ☐ SI ☐ No ☐ 2.23 Si, su respuesta es SI indicar fecha inicio síntomas: ____/____/____

2.24 ¿El paciente presenta alguno de estos factores y/o pertenece a algún grupo de riesgo para Tuberculosis. (Puede seleccionar más de una opción)

Patologías que causan inmunosupresión:

VIH ☐

Diabetes Mellitus ☐

Insuficiencia Renal Crónica ☐

Desnutrición ☐

Enfermedades autoinmunes (Artritis Reumatoidea, etc.), Neoplasias (Belformas, leucemias, tumores de cabeza, cuello, etc.) ☐

Uso de fármacos inmunosupresores (Corticoides, metotrexato, anti TNF- α) ☐

Abuso de consumo de alcohol ☐

Abuso de consumo de drogas ☐

Contactos de casos con TB bacilífera (Contacto del hogar, contacto estrecho) ☐

Situación socio-económica deficiente ☐

Condiciones de hacinamiento ☐

Privados de Libertad ☐

EPDC: ☐

Migrantes: ☐ Retornado ☐ Transito ☐ Legal ☐

Grupos de Riesgo:

Contactos del hogar y contactos estrechos de personas con TB ☐

Personas Seropositivas para VIH ☐

Población Diabética ☐

Población Privada de Libertad ☐

Trabajadores de Centros Penales ☐

Trabajadores en el sector salud ☐

Población Migrante ☐

Población Pediátrica menores de 5 años ☐

Población mayor de 65 años ☐

Trabajadores de Maquilas ☐

Población étnica ☐

Fumadores ☐

III. MÉTODO DE DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS DE FARMACOSENSIBILIDAD

3.1 Xpert Utrix: _____

a) MTB Detectado ☐

b) MTB detectado Trazas ☐

c) MTB No detectado ☐

d) RIF Detectado ☐

e) RIF No Detectado ☐

f) RIF Indeterminado ☐

3.2 Xpert XDR: _____

a) INH Detectado ☐

b) INH no detectado ☐

c) INH Indeterminado ☐

d) FLO detectado ☐

e) FLO no detectado ☐

f) FLO Indeterminado ☐

3.3 Bacterioscopia: _____

a) 1 a 9 ☐

b) P+ ☐

c) P++ ☐

d) P+++ ☐

3.4 Cultivo: ☐ N° de Colonias: _____

a) Positivo ☐

b) Negativo ☐

Fecha de Diagnóstico: _____

3.5 PD: _____

3.6 Clínico: ☐ 3.6 Anatomopatología: ☐

a) Rayos X ☐ Biopsia ☐

b) PPD ☐ Autopsia ☐

c) ADA ☐

Otros: _____

3.7 Fecha de reporte POS: _____

3.8 E.S. donde se realizó el diagnóstico: _____

Público ☐ Privado ☐ IHSS ☐

IV. CONDICIÓN DEL PACIENTE

4.1 TB FARMACOSENSIBLE: ☐ 4.2 TB FARMACORESISTENTE (DR): ☐

Nuevo ☐ a. TB RR ☐

Previamente tratado ☐ b. TB MDR ☐

a. Fracaso ☐ c. TB Pre-XDR ☐

b. Pérdida de seguimiento ☐ d. TB HR ☐

Recidiva/ Recurrente ☐ e. TB LR ☐

f. TB LR ☐

Fecha inicio Tratamiento: ____/____/____

V. CLASIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS

5.1 Bacteriológicamente confirmado: _____ 5.2 Sin Confirmación Bacteriológica: _____

5.3 Pulmonar: _____ 5.4 Extrapulmonar: _____

5.5 Especifique ubicación anatómica: _____

VI. COINFECCIÓN TB/VIH

6.1 Paciente VIH Conocido? ☐ SI ☐ NO ☐

6.2 Fecha de Resultado: _____

6.3 Tratamiento con ARV ☐ SI ☐ NO ☐

6.4 Nombre del SA: _____

6.5 ¿Se realizó la prueba de VIH?: ☐ SI ☐ NO ☐

6.6 Si es No, ¿Porqué? _____

6.7 Resultado de prueba de VIH: ☐ Seropositivo ☐ Seronegativo ☐

6.8 Fecha de Resultado: _____

VII. VIOLANCIA DE CONTACTOS

7.1 a. Contacto TB Farmacosensible ☐ 7.1 b. Contacto TB-DR ☐ 7.1 c. Ninguno ☐

Tipo de contacto **Total de contactos** **0 a 2 años** **3 a 4 años** **5 a 9 años** **10 a 14 años** **15 a 17 años** **>= 18 años**

H M H M H M H M H M H M

7.2 ¿Ha recibido consejería de Tuberculosis? SI ☐ No ☐

7.3 Si su respuesta es SI, indicar la fecha de cuando se realizó la consejería: _____

VIII. NOTIFICACIÓN DE LA FICHA TB-3

Responsable del llenado de la Ficha: _____

a) Nombre completo: _____ b) Firma: _____

c) Cargo: _____ d) Tel: _____

Responsable de la revisión de la ficha en el mes inmediato superior: _____

a) Nombre completo: _____ b) Firma: _____

c) Cargo: _____ d) Tel: _____

Fecha de Revisión TB-3: _____

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
Instructivo para el llenado del Formulario de Notificación de ingresos de casos de Tuberculosis TB-3

Objetivo: Notificar los casos de TB-Sensibles, cuando este sea detectado por el personal de salud.

Responsable: La persona asignada o responsable del llenado de la ficha: Enfermera profesional, Auxiliar de Enfermería y/o Médico.

Número de copias y Destino: Llenar una original y dos copias, la original se archiva en el Establecimiento de Salud (ES), una copia en el municipio y otra al Área de Gestión de la Información AGI (Región Sanitaria) Debe de ser enviada al nivel municipal inmediatamente que se haya diagnosticado el caso.

Conservación: Mantener archivado por un periodo de 5 años como mínimo.

Instrucciones para su llenado.

Sección I. Datos Generales del Establecimiento Notificador: Esta sección permite recolectar información del ES que notifica el caso.

1.1 Ficha de notificación No.: se registra el número correlativo del caso de tuberculosis del ES.

1.2 Nombre de Establecimiento de Salud: Escriba el nombre del ES

1.3 Código del ES: Escriba el código del ES (asignado por estadística de Nivel Central).

1.4 Región Sanitaria: Registre el nombre de la Región Sanitaria que pertenece el ES.

1.5 Municipio: Registre el nombre del municipio al que pertenece el ES.

1.6 Red de Salud: Se anotará la red de salud a que pertenece según registros de la Secretaría de Salud.

1.7 Fecha de Registro: Escriba la fecha que se registra el caso y utilice el formato día, mes, año (dd/mm/aaaa).

Sección II. Identificación del Paciente: Esta sección permite registrar características particulares del caso de tuberculosis.

2.1 No. de Expediente: Registre el número asignado por estadística o archivo del ES que permita identificar al paciente.

2.2 Nombre Completo: Registre el nombre completo según la tarjeta de identidad (nombres y apellidos).

2.3 Sexo: Marque con una X la casilla correspondiente al sexo biológico del paciente (Hombre o Mujer).

2.4 Embarazada: Marque con una X la casilla si corresponde.

2.5 Fecha de Nacimiento: Registre la fecha de nacimiento tal como se encuentra en el Documento Nacional de Identificación (DNI), acta de nacimiento o pasaporte utilice el formato día, mes, año (dd/mm/aaaa).

2.6 Edad (años): Registre la edad del paciente en años cumplidos.

2.7 Para menor de un año (meses): Escriba el número entre cero y 11 meses en la casilla correspondiente.

2.8 Si es menor de 5 años, ¿Recibió la vacuna de BCG?: Registrar si recibió o no la vacuna de BCG.

2.9 No. de DNI: Registre el número del Documento Nacional de Identificación, acta de nacimiento o pasaporte del paciente.

2.10 No. CUIT: Para construir se necesita colocar las primeras dos letras del apellido del paciente, "H" o "M" del sexo, fecha nacimiento (dd/mm/aaaa), inicial del primer nombre de la madre, inicial del primer apellido de la madre. Si no tiene los datos de la madre se coloca "ÑÑ".

2.11 Dirección completa (actual): Registre el departamento, Municipio, aldea/Caserío, colonia, barrio, calle o Avenida, número de casa, teléfono celular y/o teléfono fijo y otras referencias para ubicar al paciente.

2.12 Nacionalidad: Registrar la nación de origen del paciente.

2.13 País de residencia: Registre la nación en que reside el paciente.

2.14 Trabaja: Registre la condición laboral del paciente, Si trabaja o No.

2.15 Estudia: Registre la condición del paciente, si estudia o no.

2.16 Lugar de Trabajo/estudio: Registre el nombre exacto del centro de trabajo o de estudio del paciente.

2.17 Ocupación del paciente: Registre el nombre de la ocupación del paciente.

2.18 Grupo Étnico: Marque con una X la población con la que el paciente se autoidentifica.

2.19 Cambio de dirección en los últimos tres meses: Debe colocarse la dirección anterior del paciente consignando el departamento, municipio, aldea o barrio.

2.20a) si su respuesta es Si, donde vivió: indicar la dirección en donde vivió en los últimos 3 meses (Departamento, Municipio, Aldea/Colonia/Barrio).

2.21El paciente vive o trabaja en alguna de las siguientes condiciones: Marque Si o No, si el paciente vive en alguna condición de las que se presentan a continuación.

2.22Paciente presento síntomas: Marcar con una X si el paciente presento o no síntomas.

2.23Si, su respuesta es sí indicar la fecha de inicio de síntomas: Indicar la posible fecha que el paciente inicio síntomas (dd/mm/aaaa).

2.24El paciente presenta alguno de estos factores y/o pertenece a algún grupo de riesgo para Tuberculosis: Marcar con una X a que factor de riesgo y población riesgo pertenece el paciente. En el caso de indicar que el paciente es migrante, marcar con una X si es Interno, Retornado, en tránsito o migración legal.

Sección III. Método de diagnóstico y pruebas de farmacosenibilidad: Marque con una X el/los métodos utilizados para el diagnóstico de tuberculosis.

3.1 Xpert Ultra

3.2 Xpert XDR:

3.3 Baciloscopia:

3.4 Cultivo:

3.5 Clínico:

3.6 Anatomopatológica

Sección IV. Condición del Paciente: Marque con una X según la condición si el paciente es: 4.1 TB- FARMACOSENSIBLE O 4.2 TB FARMACORESISTENTE.

4.1 TB-FARMACOSENSIBLE: marcar con una X, si el caso es Nuevo, Previamente tratado (Fracaso o Perdida de seguimiento) o Recaída/ Recurrente.

4.2 TB-FARMACORESISTENTE: marcar con una X, si el caso es Nuevo, Previamente tratado (Fracaso o Perdida de seguimiento) o Recaída/ Recurrente. Marcar con una X si el caso es: TB RR, TB MDR, TB PRE-XDR, TB XDR, TB Hr o TB FLQ.

TB-RR: Tuberculosis resistente a la rifampicina.

TB-DR: Tuberculosis Multidrogorresistente.

TB-Pre XDR: Tuberculosis previa a ser extremadamente resistente a los medicamentos.

TB-XDR: Tuberculosis extensamente resistente a los medicamentos

TB- Hr: Tuberculosis resistente a la Isoniazida

TB FLQ: Tuberculosis resistente a las Fluoroquinolona

Sección V. Clasificación de Tuberculosis: Marcar con una X como está clasificado en caso de TB a notificar.

5.1 Bacteriológicamente confirmado

5.2 Sin confirmación bacteriológica

5.3 Pulmonar

5.4 Extrapulmonar

5.5 Especifique localización anatómica.

Sección VI. Coinfección TB/VIH: En esta sección se indica sobre la condición serológica de VIH del paciente con tuberculosis, marque con una x la casilla correspondiente a cada pregunta, registre las fechas utilizando el formato dd/mm/aaaa. Si el paciente ya es conocido de VIH y está en tratamiento ARV consigne el nombre del SAI.

Sección VII. Vigilancia de Contactos: Consigne el tipo, totalidad de contactos por edad y sexo en la casilla correspondiente.

Sección VIII. Consejería para Tuberculosis: Marcar con una X si el caso de TB recibió o no consejería. En el caso de su respuesta sea Sí, indicar la fecha de la consejería (dd/mm/aaaa).

Sección IX. Notificación del formulario de TB3: En esta sección deberá de anotar el nombre completo, Cargo, firma y Teléfono de la persona responsable del llenado de la ficha TB-3 y el nombre completo, cargo, firma, teléfono y fecha de la revisión del TB-3 por el nivel inmediato superior.

[illegible]

[illegible][illegible]

(NO EVALUADO ())

¿Por qué?

del año 20

____ Firma y sello :

Objetivo: Vigilar en forma individual a todo paciente con tuberculosis, monitoreando sus controles de seguimiento laboratorial y esquema de tratamiento según la estrategia TDO.

Responsable: La persona asignada o responsable del seguimiento de casos de TB, de acuerdo a la estrategia de TDO: Auxiliar de enfermería, Enfermera Profesional, Médico General (ES).

Número de copias y flujo de la Información: Elaborar un original y 1 copia, una para el establecimiento de salud y una copia para el municipio.

Conservación: Mantener archivado por un periodo de 5 años como mínimo y 10 como máximo.

Datos generales del establecimiento notificador:

Región Sanitaria No: Registre el nombre de la Región Sanitaria a que pertenece el ES

Departamento: Registre el departamento según la división política del país al que pertenece el ES.

Municipio: Registre el nombre del municipio al que pertenece el ES.

E.S: Escriba el nombre del ES /localidad que notifica el caso.

Código No: Registre el código RUPS designado por la Secretaría de Salud.

Datos generales del paciente:

Nombre(s): Registre el nombre completo según Documento Nacional de Identificación (DNI) (nombres y apellidos).

Edad: Registre la edad cronológica que presente el paciente según su DNI.

No. DNI/CUIT: Registre el número de Documento Nacional de Identificación (DNI), acta de nacimiento o pasaporte del paciente o **CUIT:** Para construirlo se necesita colocar las primeras dos letras del apellido del paciente, H o M del sexo, fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa), inicial de primer nombre la madre, inicial de primer apellido de la madre, si no tiene los datos de la madre se coloca ÑÑ.

Teléfono: Registre el número de teléfono del paciente.

Dirección exacta de su domicilio: Registre la colonia, barrio, calle o Avenida, y otras referencias para ubicar el domicilio del paciente.

No. de Expediente: Registre el número asignado por estadística o archivo del ES que permita identificar al paciente.

Sección I. Resultados de laboratorio:

1.1 Xpert Ultra: Marque con una X el resultado en la casilla que corresponde

1.2 Xpert XDR: Marque con una X el resultado en la casilla que corresponde

1.3 Baciloscopia: Marque con una X el resultado en la casilla que corresponde

1.4 Cultivo: Marque con una X el resultado en la casilla que corresponde si el resultado es positivo o negativo

1.5 Otros métodos diagnósticos: Marque con una X en la casilla correspondiente en caso de utilizar otros métodos diagnósticos y especifique los estudios de imagen realizados.

Sección II. Condición del paciente: Marque con una X en la casilla correspondiente si el paciente es farmac sensible o farmac resistente y en caso de esta última marque en la casilla el tipo de resistencia.

Marque con una X en la casilla correspondiente si el paciente tiene confirmación bacteriológica o sin confirmación bacteriológica

2.1 Categoría de Ingreso: Registre a que categoría pertenece el paciente al momento de diagnosticarlo.

2.2 Ubicación anatómica: Registre si es TB pulmonar o TB Extrapulmonar y en el caso de esta última especifique la ubicación anatómica de la TB.

Sección III. Coinfección TB/VIH:

3.1 Resultado de VIH: Registre el resultado de la prueba (seropositivo/seronegativo) al igual que la fecha del resultado.

3.2 Consejería TB: Consigne la fecha en que se le brindó la consejería de tuberculosis (inicial, seguimiento y final).

3.3 Consejería VIH/SIDA: Consigne la fecha en que se le brindó la consejería de VIH (preprueba y postprueba).

3.4 Peso Inicial: Registre el peso corporal del paciente en Kg, al momento del diagnóstico.

3.5 Peso al terminar el tratamiento: Registre el peso corporal del paciente en Kg, al finalizar su tratamiento o se declare curado.

Sección IV. Control de tratamiento:

Descripción del cuadro:

4.1 Meses-Año: Registre en cada línea el mes y el año en que el paciente está tomando el tratamiento.

4.2 Peso Mensual: Registre en cada línea el peso del paciente según el mes que está tomando el tratamiento.

4.3 Días del Mes: Marque día a día del mes, si el paciente tomó su medicamento como lo sugiere la estrategia de TDO.

4.4 Tratamiento Recibido: Al finalizar el mes se deberá anotar en la casilla el total de dosis que tomó el paciente en tratamiento.

4.5 Baciloscopia de Control: Registre la fecha y resultado si le realizaron baciloscopias de control al paciente en el mes.

4.6 Cultivo: Registre la fecha y resultado si se le realizó cultivo al paciente.

4.7 Glucometría: Registre la fecha y resultado de la glucometría realizada al paciente.

Sección V. Control de Contactos: Cada una de las líneas corresponde a un conviviente debiéndose anotar el nombre y apellido completo, así como la edad, posteriormente en las siguientes columnas se determine el método diagnóstico que confirme o descarte la enfermedad, dosis de medicamento a recibir y fechas de la toma de su Tratamiento Preventivo (TPT), luego registre en la columna: **observaciones** anotar el esquema de TPT utilizado.

Sección VI. Seguimiento del caso- Visitas Domiciliarias, Referencia, Evolución y otras anotaciones:

Registre las limitantes que le impiden cumplir con las actividades que aquí se plantean y que solución propone para apoyarle.

Sección VII. Condición de egreso: Registre en la casilla que corresponde la condición que se le dio el alta al paciente.

Sección VIII. Cambio a segunda línea de tratamiento: Marque si el tratamiento del paciente pasó a drogas de segunda línea.

Sección IX. Excluido de la cohorte de tratamiento: Marque si el paciente fue excluido de la cohorte y especifique el motivo.

Sección X Fecha de Egreso: Registre el día, mes y año del egreso del paciente.

Sección XI Nombre y apellido de responsable de llenado del instrumento: Registre el nombre, cargo, teléfono, firma y sello de la persona que hizo el llenado del instrumento.

Anexo No. 4 Formulario de Notificación de Egreso- Abandono de casos de Tuberculosis (TB-6)

 SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES INFECCIOSAS EQUIPO TÉCNICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EGRESO-ABANDONO DE CASOS DE TUBERCULOSIS		TB-6 																				
I. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR																						
1.1 Nombre Establecimiento de Salud:	1.2 Código del ES:	1.3 Región Sanitaria:																				
1.4 Municipio:	1.5 Red de Salud:	1.6 Fecha de Registro:																				
II. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON TB																						
2.1 Nombre Completo																						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido																				
2.2 No. DN:																						
2.3 No. CUIT:																						
III. CONDICIÓN DEL PACIENTE																						
3.1 TB Farmacosenible (DS) ☐ 3.2 TB Farmacorresistente (DR) ☐																						
TB RR ☐ TB MDR ☐ TB Hr ☐ TB FLQ ☐ TB-PreXDR ☐ TB XDR ☐																						
3.3 Categoría de Ingreso:																						
a. Nuevo ☐ b. Previamente Tratado ☐ Fracaso terapéutico ☐ Paciente con tratamiento después de la pérdida del seguimiento ☐ Recaida/Recurrente ☐																						
3.4 Método diagnóstico																						
a. Bacteriológicamente confirmado ☐ b. sin confirmación bacteriológica ☐ 3.5 UBICACIÓN ANATÓMICA: PULMONAR ☐ EXTRAPULMONAR ☐																						
IV. NOTIFICACIÓN DE EGRESO DE CASO DE TUBERCULOSIS		V. PACIENTE TUBERCULOSO CON ABANDONO TRATAMIENTO																				
FECHA DE NOTIFICACIÓN CASO		FECHA DE EGRESO DEL CASO																				
4.1 RESULTADO DE BACILOSCOPÍA Y CULTIVO CONTROL		5.1 Donde fue diagnosticado el caso de tuberculosis: E.S.																				
a) CASO DE TB FARMACONSENSIBLE (TB-DS) ☐		5.2 Tratamiento de primera línea: FASE I ☐ FASE II ☐																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2do MES</th> <th>5to MES</th> <th>8to MES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BACILOSCOPÍA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			2do MES	5to MES	8to MES	BACILOSCOPÍA				RESULTADO				5.3 Tratamiento de segunda línea: FASE I ☐ FASE II ☐								
	2do MES	5to MES	8to MES																			
BACILOSCOPÍA																						
RESULTADO																						
b) CASO TB FARMACORRESISTENTE (TB-DR) ☐		5.4 Fecha inicio de tratamiento																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>13vo MES</th> <th>14vo MES</th> <th>15vo MES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BACILOSCOPÍA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CULTIVO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			13vo MES	14vo MES	15vo MES	BACILOSCOPÍA				RESULTADO				CULTIVO				RESULTADO				5.5 Fecha de pérdida de seguimiento/abandono
	13vo MES	14vo MES	15vo MES																			
BACILOSCOPÍA																						
RESULTADO																						
CULTIVO																						
RESULTADO																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>16vo MES</th> <th>17vo MES</th> <th>18vo MES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BACILOSCOPÍA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CULTIVO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			16vo MES	17vo MES	18vo MES	BACILOSCOPÍA				RESULTADO				CULTIVO				RESULTADO				5.6 Fecha que se reportó la pérdida de seguimiento/abandono
	16vo MES	17vo MES	18vo MES																			
BACILOSCOPÍA																						
RESULTADO																						
CULTIVO																						
RESULTADO																						
VI. CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE		5.7 Número de dosis recibidas de tratamiento:																				
Curado ☐ Tratamiento terminado ☐ Fallecido ☐ Fracaso ☐		5.8 Persona que supervisó el tratamiento: Institucional ☐ Comunitario ☐																				
Pérdida de seguimiento ☐ No evaluado ☐		Otro (Especifique):																				
		5.9 Sitio de administración del tratamiento: E.S. ☐ Otro (Especifique):																				
		5.10 ¿Cuánto tiempo tarda el paciente en llegar al E.S.: Horas Minutos																				
		5.11 Causas del abandono al tratamiento:																				
		a) Traslado a otra localidad ☐ b) Efectos secundarios al tratamiento ☐ c) Falta de recursos económicos ☐ d) Problemas familiares o sociales ☐ e) No se siente enfermo ☐ f) Desconocimiento de la importancia del tratamiento oportuno ☐ g) otras (especificar):																				
VII. NOTIFICACIÓN DE FICHA																						
Responsable del llenado de la Ficha:		Responsable de la revisión de la ficha en el nivel inmediato superior:																				
a) Nombre completo y firma:		a) Nombre completo y firma:																				
c) Cargo:		c) Cargo:																				
d) Tel:		d) Tel:																				
		Fecha de Revisión																				
Responsable de la revisión de la ficha en el nivel inmediato superior:																						
a) Nombre completo:																						
b) Firma:																						
c) Cargo:																						
d) Tel:																						
Fecha de Revisión																						

Original: Establecimiento de Salud

Copia 1: Nivel Regional

Copia 2: UNIS Nivel Central

VIGENTE: Marzo 2024

Instructivo para el llenado del Formulario de Notificación de Egreso-Abandono de casos de Tuberculosis.

Objetivo: Notificar los egresos y abandonos de los casos de TB.

Responsable: La persona asignada o responsable del llenado de la ficha: Enfermera profesional, Auxiliar de Enfermería y/o Médico General.

Número de copias y destino: Llenar una original y dos copias, la original se archiva en el Establecimiento de Salud (ES), una copia en el municipio y otra en el Área de Gestión de la Información AGI (Región Sanitaria) Debe de ser enviada al nivel municipal inmediatamente que se haya diagnosticado el caso.

Conservación: Mantener archivado por un periodo de 5 años como mínimo.

Instrucciones para su Llenado.

Sección I. Datos Generales del Establecimiento Notificador: Esta sección permite recolectar información del ES que notifica el caso.

1.1 Nombre de Establecimiento de Salud: Escriba el nombre del ES /localidad que notifica el caso.

1.2 Código del ES: Escriba el código del ES (asignado por estadística de nivel central).

1.3 Región Sanitaria: Registre el nombre de la Región Sanitaria que pertenece el ES.

1.4 Municipio: Registre el nombre del municipio al que pertenece el ES.

1.5 Red de Salud: Se anotará la red de salud a que pertenece según registros de la Secretaría de Salud.

1.6 Fecha de Registro: Escriba la fecha que se registra el caso y utilice el formato día, mes, año (dd/mm/aaaa).

Sección II. Identificación del Paciente con TB: Esta sección permite registrar características particulares del caso de tuberculosis.

2.25Nombre Completo: Registre el nombre completo según Documento Nacional de Identificación (DNI) (nombres y apellidos).

2.26No. de DNI: Registre el número del Documento Nacional de Identificación (DNI) acta de nacimiento o pasaporte del paciente.

2.27CUIT: Para construirlo se necesita colocar las primeras dos letras del apellido del paciente, H o M del sexo, fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) inicial de primer nombre la madre, inicial de primer apellido de la madre, si no tiene los datos de la madre se coloca ÑÑ.

Sección III. Condición del paciente:

3.1 Marque con una X en la casilla correspondiente si el paciente es TB Farmacosensible

3.2 Marque con una X si el paciente es TB Farmacorresistente de acuerdo a la evolución y seguimiento del paciente. En caso de ser Farmacorresistente marcar una X en la casilla correspondiente el tipo de resistencia.

3.3 Categoría de ingreso: Marque con una X en la casilla correspondiente la condición de ingreso del paciente:

- Nuevo
- Previamente tratado, en caso de esta última seleccione con una X la casilla correspondiente según la clasificación (fracaso terapéutico, paciente con tratamiento después de la pérdida de seguimiento, recaída/recurrente).

3.4 Método diagnóstico Marque con una X en la casilla correspondiente si el paciente tiene:

- Bacteriológicamente confirmado
- Sin confirmación bacteriológica

3.5 Ubicación anatómica: Marque con una X en la casilla correspondiente si es TB pulmonar o extrapulmonar

Sección IV Notificación de Egreso de caso de Tuberculosis: Registre en la casilla correspondiente, la fecha de notificación y fecha de egreso de caso utilice el formato día, mes, año (dd/mm/aaaa).

4.1 Resultado de Baciloscopias y cultivo de control:

- a) **Caso de TB farmacosensible (TB-DS):** Para los pacientes TB sensibles, consigne la fecha y el resultado de baciloscopia.
- b) **Casos TB farmacorresistente (TB-DR):** Para los pacientes Farmacorresistente (TB-DR), consigne la fecha y el resultado de baciloscopia y el cultivo de los últimos seis meses.

Sección V. Paciente Tuberculosis con abandono de tratamiento

5.1 Dónde fue diagnosticado el caso de Tuberculosis: Marque con una X si el caso fue diagnosticado en un ES y anote el lugar específico donde le diagnosticaron tuberculosis.

5.2 Tratamiento de primera línea: Marque con una X, si el paciente estaba en primera o segunda fase.

5.3 Tratamiento de segunda línea: Marque con una X, si el paciente TB-DR estaba en primera o segunda fase.

5.4 Fecha de inicio de tratamiento: Indique la fecha (dd/mm/aaaa) del tratamiento de primera o segunda línea.

5.5 Fecha de pérdida de seguimiento / abandono: Indique la fecha (dd/mm/aaaa) que el paciente abandonó el tratamiento.

5.6 Fecha que se reportó la pérdida de seguimiento / abandono: Indique la fecha (dd/mm/aaaa) que se reportó el abandono del tratamiento.

5.7 Numero de dosis recibidas de tratamiento: registre el número de dosis que recibió de tratamiento el paciente.

5.8 Personal que supervisó el tratamiento: Marque con una X, si la supervisión del tratamiento fue institucional o comunitario, y especifique en caso que sea otros.

5.9 Sitio de administración del tratamiento: Marque con una X, si el sitio de administración del tratamiento fue institucional y especifique en caso que sea otros.

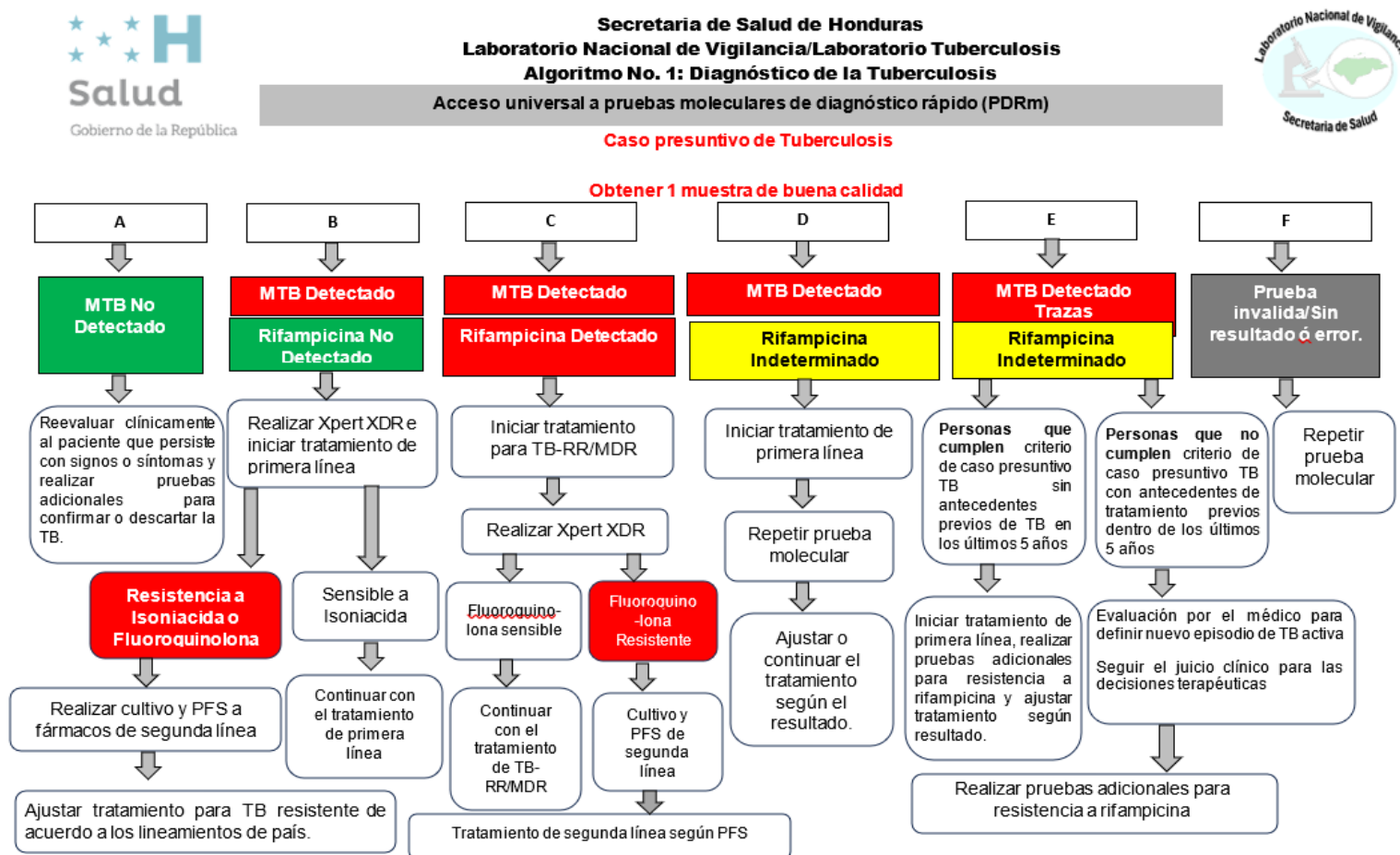
5.10 Cuánto tiempo tarda el paciente en llegar al ES: Consigne el tiempo que tarda el paciente (horas y minutos) en llegar de su casa al Establecimiento de salud.

5.11 Causas del abandono al tratamiento: Marque con una X en la casilla correspondiente la causa por la cual el paciente decidió abandonar el tratamiento y especifique en caso que sea otros.

Sección VI. Condición de egreso del paciente: Marque con una X en la casilla correspondiente la condición de egreso del paciente.

Sección VII. Notificación de ficha: Registrar el nombre completo y firma, cargo, número de teléfono (fijo o celular) del responsable del llenado de la ficha. Registrar los nombres completos y firma, cargo, teléfono (fijo o celular) y fecha de la revisión de la ficha por el responsable en el nivel inmediato superior.

Anexo No. 5 Algoritmo Diagnóstico de la Tuberculosis



Explicativo del Algoritmo para el Diagnóstico de la TB



SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS Laboratorio Nacional de Vigilancia/Laboratorio Tuberculosis Algoritmo de Diagnóstico de la Tuberculosis



El manejo eficaz de la TB está determinado por un diagnóstico rápido, la pronta detección de la farmacorresistencia y el inicio oportuno de un esquema efectivo de tratamiento. Esto requiere un acceso a pruebas rápidas y precisas, tanto para la detección de TB, como de sensibilidad a los fármacos, para todos los pacientes con TB¹. Por tanto, las pruebas de diagnóstico rápido molecular “PDRm” como el Xpert MTB/RIF Ultra o el Truenat MTB plus son las pruebas recomendadas para el diagnóstico inicial de la TB y Xpert MTB/XDR como prueba de farmacosenibilidad “PFS” molecular en el país.

El presente algoritmo está estructurado en una serie de pasos secuenciales que guiarán al personal de salud en el proceso de diagnóstico de la TB. A continuación, se describe la estructura del algoritmo.

1. Caso Presuntivo de TB:

- El algoritmo comienza con un paciente que se considera un "caso presuntivo de TB". Esto significa que el paciente presenta signos o síntomas que sugieren que podría tener tuberculosis.
- **Obtener una muestra de buena calidad**, entendiendo por buena calidad aquella muestra que contiene aproximadamente de **3 a 5 ml**, es generalmente **espesa y mucoide**. Puede ser fluida con partículas de material purulento. El **color es variable** (blanco, amarillento y hasta verdoso). **A veces son sanguinolentas**, en caso de requerir una nueva muestra para complementar las pruebas el laboratorio realizará la solicitud de nueva muestra.

2. Realización de la prueba molecular:

- Las muestras se envían a un laboratorio que cuente con equipo Gene Xpert para realizar la PDRm la cual detecta la presencia del Complejo *Mycobacterium Tuberculosis* “MTB”, y la resistencia a Rifampicina “Rif”.
- Una vez realizada la PDRm el algoritmo se divide en diferentes incisos según los resultados de la prueba molécula;
A. **MTB NO DETECTADO:** No se detectó ADN de MTB en la muestra analizada.

- B. **MTB DETECTADO/ RIFAMPICINA NO DETECTADO:** Se detecto ADN de MTB y **no se** detecta resistencia a Rif, en todos los casos que el resultado sea Detectado Bajo, Medio o Alto debe realizarse una prueba Xpert XDR para determinar la resistencia o no a la isoniacida.
- C. **MTB DETECTADO/ RIFAMPICINA DETECTADO:** Se detecto ADN de MTB y detecta resistencia a Rif, en todos los casos que el resultado sea Detectado Bajo, Medio o Alto debe realizarse una prueba Xpert XDR para determinar la resistencia o no a la isoniacida, fluoroquinolonas y se debe realizar un cultivo para realizar las PFS restantes (bedaquilina, linezolid y Pretomanid).
- D. **MTB DETECTADO RIFAMPICINA INDETERMINADA:** Se ha detectado ADN de MTB, la resistencia a Rif no puede determinarse por lo que se requieren pruebas adicionales para determinar la resistencia a la Rif. El análisis de las curvas de fusión y, en algunos casos, el cultivo/PSF y la secuenciación son necesarios para una evaluación completa.
- E. **MTB DETECTADO TRAZAS/ RIF INDETERMINADO:** Se ha Detectado una cantidad muy pequeña de ADN de MTB en la muestra, pero no es suficiente para determinar si la bacteria es resistente a la Rif. En estos casos el médico o el personal de salud capacitado en el manejo de la TB debe evaluar los antecedentes previos de TB, ya que en los pacientes con antecedentes de TB en los últimos 5 años o cuyo tratamiento de la TB se completó hace menos de 5 años, los resultados que detectan trazas en la prueba Xpert Ultra pueden ser positivos, no por causa de una TB activa sino por la presencia de bacilos no viables.
En estos casos no se recomienda repetir la prueba la Xpert Ultra ya que el cultivo y las PFS puede ser útil para detectar la TB y la farmacoresistencia. Es importante mencionar que las decisiones clínicas deben tomarse con toda la información disponible.
- F. **PRUEBA INVALIDAD/SIN RESULTADO O ERROR:** Si el resultado de la prueba es inválida o ERROR, se debe repetir la PDRm.

Usos del Cultivo

- **Método de diagnóstico**

La TB puede ser un desafío diagnóstico, especialmente en casos de TB extrapulmonar y TB pediátrica, donde la cantidad de bacilos suele ser baja (paucibacilar). En estas situaciones, la combinación de la prueba Xpert Ultra y el cultivo ofrece ventajas significativas para un diagnóstico preciso y oportuno. Por lo antes expuesto el cultivo se realizará en simultaneo con la prueba molecular rápida únicamente en las siguientes poblaciones de riesgo; sospecha TB extrapulmonar, población pediátrica. El resto de las poblaciones de riesgo o casos presuntivos se realizará únicamente la prueba molecular rápida como diagnóstico inicial.

- **Seguimiento al tratamiento y realización de PSF**

En los casos donde el paciente no responde al tratamiento, es decir BK de control de tratamiento positiva al 2, 5 y 6 mes y pacientes antes tratados se deberá realizar el cultivo y las pruebas moleculares rápidas (Xpert Ultra y XDR) en simultaneo esto con el objetivo de determinar la resistencia o no a los fármacos de primera y segunda línea.^{17, 26}

El seguimiento de los casos TB-DR se realizará con cultivos y BK, tal y como lo indica el Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en Honduras.

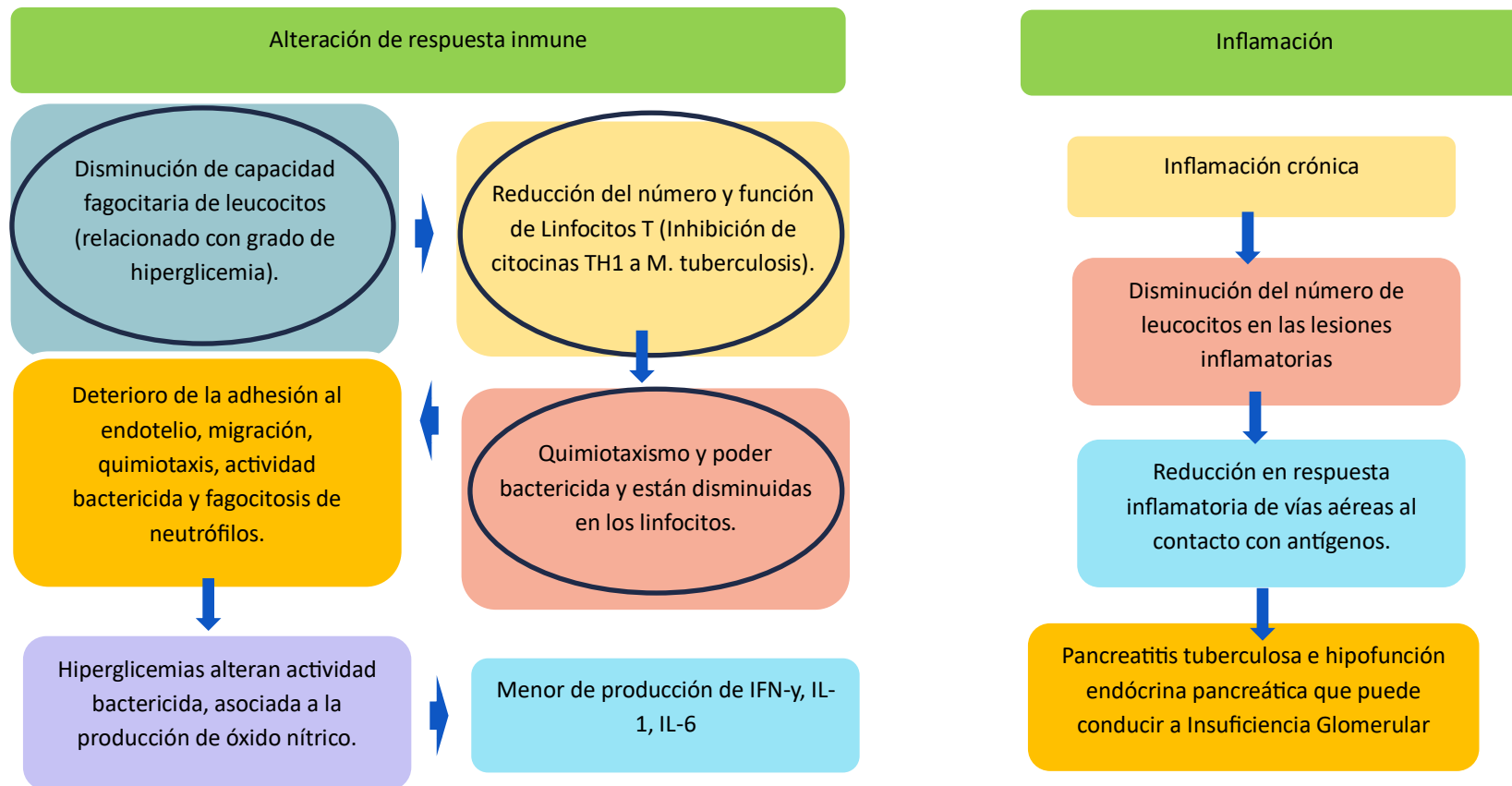
Anexo No. 6 Actividades de atención para los pacientes TB-DR

Comité Nacional de Evaluación en TB-DR (CONE/TB-DR)	Servicio de hospitalización y seguimiento de pacientes TB-DR del INCP	Equipos técnicos de las Regiones Sanitarias (CORE/TB-DR)	Establecimientos de Salud
CONE/TB-DR es un grupo de profesionales con experiencia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis resistente a los medicamentos. Está integrado por especialistas en diversas áreas de la medicina como neumólogos, infectólogos, internistas, pediatras, enfermeras profesionales, microbiólogos, psicólogos, salubristas, epidemiólogos, farmacéuticos y otros. Opera en el Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), pero su alcance es a nivel nacional. El comité después de haber analizado la información obtenida en la historia clínica del paciente y resultados bacteriológicos toma la decisión sobre el esquema de tratamiento y seguimiento de paciente. También propone estrategias, políticas y recomendaciones basadas en evidencia científica para la prevención y control de la TB-DR, con el objetivo de influir en las políticas de salud pública y la gestión de medicamentos, insumos y equipos.	Es un servicio del INCP que cuenta con personal médico especializado, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y estudiantes de medicina y enfermería en rotación de grado y postgrado. El médico a cargo del servicio de atención a pacientes TB-DR es miembro del CONE/TB-DR, realiza la evaluación clínica inicial y de seguimiento clínico-laboratorio de los pacientes con TB-DR presuntiva o confirmada durante su hospitalización siendo además responsable del manejo de la documentación que se utiliza para el monitoreo y supervisión intrahospitalaria del caso. Así mismo es responsable de mantener adecuada comunicación y coordinación con el personal del ES y la red de servicios que le dará atención y seguimiento ambulatorio al paciente.	El Comité Regional para la prevención y atención de la TB-DR debe estar integrado por el jefe Regional, enlace regional de TB, un epidemiólogo regional, microbiólogo regional, jefe de RISS, encargado de medicamentos de la región, directores de hospitales, Médico Salubrista, Médicos Especialistas de los Hospitales, Médicos del SAI de Hospitales, un psicólogo y un trabajador social y el médico o enfermera del establecimiento de salud y hospital regional que maneja el caso. Las funciones del CORE TB/MDR incluyen todas las acciones necesarias para garantizar un servicio de calidad, llevar a cabo la vigilancia epidemiológica, supervisar, monitorear y evaluar los planes de prevención y manejo de la TB-DR en la región correspondiente.	Detectar posibles casos de TB drogoresistente, especialmente entre grupos de personas en riesgo de TB-DR: pacientes con fracasos en el tratamiento, con tratamiento después de pérdida al seguimiento: recaídas, pacientes con baciloscopia positiva al finalizar el segundo mes de tratamiento para TB sensible, contactos de TB-DR, pacientes con síntomas sugestivos de TB o TB confirmada que viven con VIH, personas privadas de libertad, migrantes, personal de salud, diabéticos. Debe evaluar a cualquier persona que presente tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna u otros signos y síntomas sugestivos de tuberculosis, y solicitarle muestras para estudios moleculares (Xpert Ultra o Xpert/XDR) o para cultivo/PFS según sea necesario. Elaborar expedientes y mantener la documentación necesaria para el manejo de la TB-DR, utilizando los formularios correspondientes. Mantener una comunicación constante con la persona enlace regional de TB y CONE/TB-DR para realizar interconsultas sobre casos presuntivos de TB-DR, seguimiento de casos, pacientes con problemas de adherencia, fracasos en el tratamiento y reacciones adversas a fármacos antituberculosos.

			Proporcionar tratamiento siguiendo las indicaciones del CONE/TB-DR o CORE/TB-DR, con supervisión estricta durante la fase ambulatoria, asegurando un adecuado seguimiento y registro. Realizar un seguimiento riguroso a los pacientes con TB-DR en tratamiento con drogas de segunda línea, solicitando muestras mensuales de baciloscopía y cultivos mensuales y coordinando el seguimiento de los resultados con el responsable regional, supervisando y apoyando su evaluación trimestral en el INCP. Diagnosticar y referir a un nivel de atención de mayor complejidad a pacientes con reacciones adversas a fármacos antituberculosos moderadas a severas o en situaciones que impidan el cumplimiento del tratamiento ambulatorio. Diagnosticar, manejar y notificar las reacciones adversas a fármacos antituberculosos leves. Registrar, evaluar, controlar trimestralmente y diagnosticar a los contactos de pacientes con TB-DR.
--	--	--	---

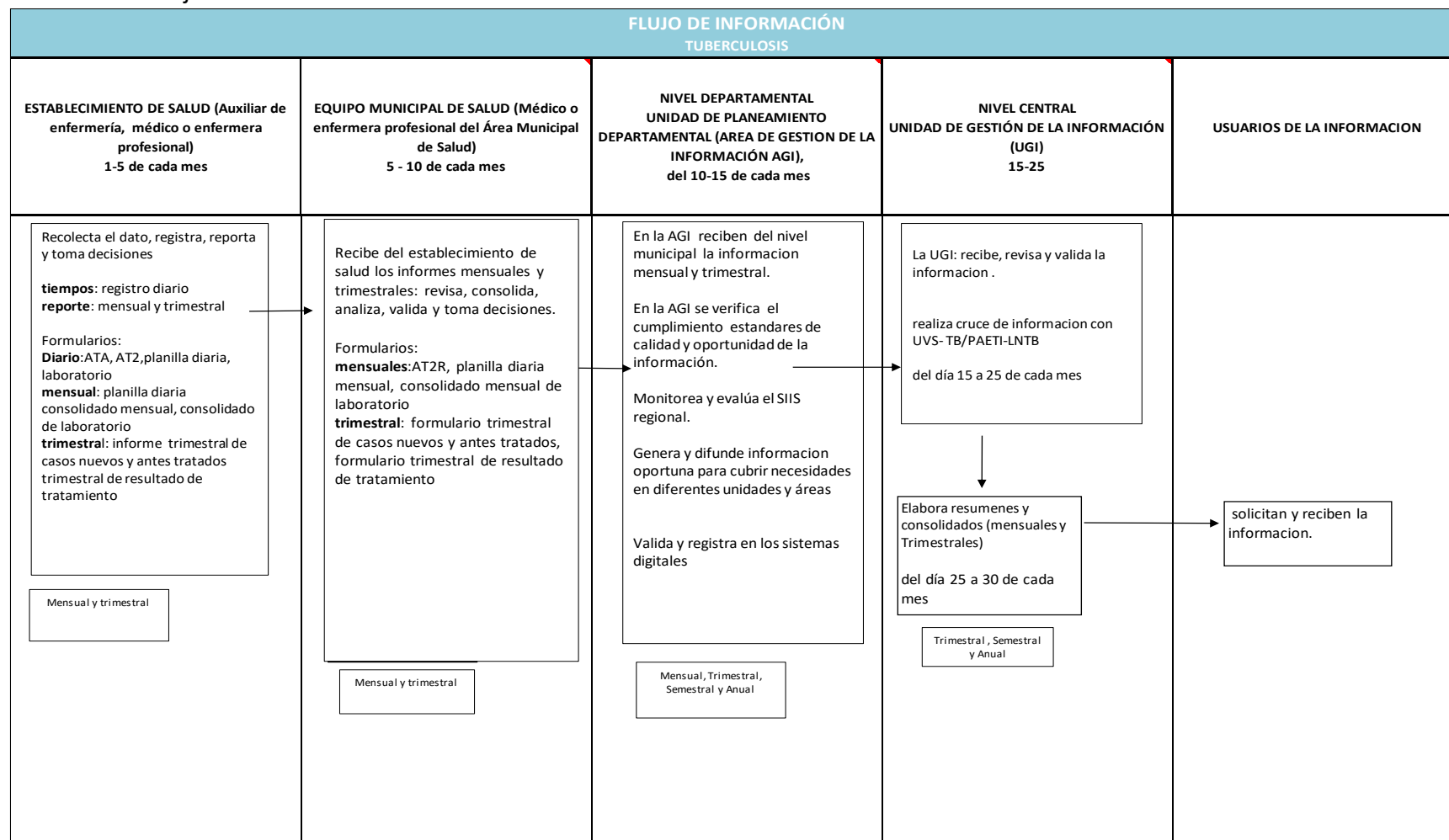
Fuente: Elaborado por el Componente de Tuberculosis de PAETI.

Anexo No. 7 Patogénesis de Diabetes mellitus y su relación con la TB



Fuente: Adoptado de Ernest Yorke et al. La relación bidireccional entre tuberculosis y diabetes. Volumen de investigación y tratamiento de la tuberculosis. 2017.¹⁶

Anexo No. 8 Flujo de información de Tuberculosis



Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. Elaborado por el Componente de Tuberculosis del Programa Nacional de Atención a Enfermedades Transmisibles Infecciosas. 2025

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

COORDINACIÓN

Dra. Any Villeda	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Dr. José Nicolás	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Lic. Bessy Elvir	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Dra. Silvia Bucardo	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI

CONDUCCIÓN TÉCNICA METODOLÓGICA

Dra. Gabriela Barahona	Técnico Normativo, SESAL/DGN/DAP
Dra. Anneli Banegas	Técnico Normativo, SESAL/DGN/DAP

EQUIPO DESARROLLADOR

Dra. Odalys García	Jefe del Programa de Atención a Enfermedades Transmisibles Infecciosas, SESAL/DGRP/PAETI
Dra. Ismenia Pavón	Coordinadora Nacional de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Dra. Sandra Lorenzana	Asistente del Programa de Atención a Enfermedades Transmisibles Infecciosas, SESAL/DGRP/PAETI
Dra. Cándida Verderame	Asistente de la Dirección General de Riesgos Poblacionales, SESAL/DGRP
Lic. Valeria Pinoth	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Dra. Jenny Hernández	Enlace de Tuberculosis, SESAL/UVS
Dr. Cesar Zelaya	Jefe del Laboratorio Nacional de Tuberculosis, SESAL
Lic. Banya Canales	Enlace de Tuberculosis, SESAL/DGRISS/DSPNA
Dra. Vivian Alvarado	Enlace de Tuberculosis, SESAL/DGRISS/DSSNA

ASISTENCIA TÉCNICA Y FINANCIERA

Dra. Aida Soto	Consultora Nacional Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS Honduras
Lic. Liliam Padilla	Oficial técnico VIH/TB, Global Communities
Dra. Guilmeda Ramos	Oficial técnico VIH/TB, Global Communities

APOYO LOGÍSTICO

Dra. Aida Soto	Consultora Nacional Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS Honduras
Dra. Guilmeda Ramos	Oficial técnico VIH/TB, Global Communities
Lic. Ivonne Padilla	Oficial técnico VIH/TB, Global Communities
Lic. Graciela Hernández	Técnico de la Coordinación Nacional de Subvenciones

EQUIPO DE VALIDACIÓN

Dra. Aida Soto	Consultora Nacional de Enfermedades Transmisibles OPS/OMS Honduras
Dr. Orlando Maldonado	Médico Internista, jefe de la Sala de Neumología B de INCP/ SESAL
Dra. Dulce Henríquez	Médico Asistencial de la Sala de Neumología B del Instituto Nacional Cardiopulmonar
Lic. Belinda Montejo	Coordinadora Nacional de Servicios Ambulatorios IHSS
Dr. Laura Giacamán	Médico epidemióloga, jefa de área de Epidemiología del INADI.
MSc. Petrona Mejía	Coordinadora Programa TB/VIH, HE/ SESAL
Dra. Karol Zuniga	Coordinadora de la sección de vigilancia de la salud del Instituto Nacional Penitenciario
Dra. Guilmeda Ramos	Oficial técnico VIH/TB, Global Communities
Lic. Liliam Padilla	Oficial técnico VIH/TB, Global Communities
Dr. Engels Banegas	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Abg. Maynor Ochoa	Técnico de Tuberculosis, SESAL/DGRP/PAETI
Dra. Rosangela Tejada	Enlace de Tuberculosis, SESAL/ULMIE
Dra. Miriam Pineda	Enlace Tuberculosis, SESAL/DGVMN/DFV
Lic. Nancy Rivera	Enlace Tuberculosis, SESAL/DGVMN
Dra. María Meléndez	Enlace de Tuberculosis UVS/ SESAL
Dra. Jessenia Flores	Microbióloga del Laboratorio Nacional de Tuberculosis SESAL

Lic. Elizabeth Sánchez	Enlace de Tuberculosis, RS Francisco Morazán/SESAL
Lic. Maribel Bejarano	Enlace Tuberculosis. RS Islas de la Bahía /SESAL
Dra. Suyapa Domínguez	Punto Focal de Tuberculosis de la RS Yoro/SESAL
Lic. Fátima Domínguez	Punto Focal de Tuberculosis de la RS La Paz/SESAL
Lic. Blanca Cruz	Punto Focal de Tuberculosis de la RS Olanchito/SESAL
Lic. Dalsy Chávez	Punto Focal de Tuberculosis de la RS Metropolitana de San Pedro Sula/SESAL
Lic. Sandra Jaqueline Ayala	Técnico de Unidad de Vigilancia de la Salud RS Copan /SESAL
Lic. Leyla Mejía	Punto Focal de Tuberculosis de la RS Atlántida/SESAL
Lic. Arelys Girón	Punto Focal de Tuberculosis de la RS Cortés/SESAL
Dra. Sindy Portillo	Medico asistencial del UAPS de Yahurabila RS Gracias a Dios/SESAL.
Dr. Edgardo Redondo	Medico Asistencial del primer nivel de atención Jutiapa, Atlántida/SESAL
Dra. Katherine Laínez	Medico asistencial de CIS José Inés Rápalo de Villanueva Cortes/SESAL
Dra. María Cruz	Microbiólogo del Centro Penitenciario de Ilima, Santa Barbara INP
Dr. Fabian Palacios	Medico Asistencial de la Oficina Sanitaria Internacional de Corinto, RS Cortés/SESAL
Lic. Gina Gómez	Psicólogo Asistencial del Instituto Nacional Cardiopulmonar

AGRADECIMIENTO

La actualización del presente **“Manual para la prevención y atención de la Tuberculosis en Honduras”** ha sido posible gracias a la valiosa cooperación técnica y financiera del **Fondo Mundial**, por medio de su receptor en Honduras, **Global Communities**, así como del fundamental apoyo técnico de la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**.



**Global
Communities**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
Región de las Américas