

Impugnaciones EIR

Pregunta 145:

Bibliografía 2:

Título: PROTOCOLOS DE LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA,

Autores: RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Editorial: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad.

Año: 2015

Página: 629.

Disponible en: www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf



Madrid, junio de 2015

PROTOCOLOS DE LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ponencia de Vigilancia Epidemiológica: 9 de abril de 2015

Comisión de Salud Pública: 19 de junio de 2015

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: 23 de julio de 2015



Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Instituto de Salud Carlos III
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
Ministerio de Economía y Competitividad
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Monforte de Lemos, 5 – Pabellón 12
28029 MADRID (ESPAÑA)
Tel.: 91 822 26 12
Fax: 91 387 78 15/16

Estos protocolos están sujetos a revisión. La versión publicada en este documento corresponde a finales de mayo de 2015.

Disponible en:

Catálogo general de publicaciones oficiales:
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Publicaciones Instituto de Salud Carlos III:
<http://publicaciones.isciii.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad

N.I.P.O. en línea: 725-1401-05
N.I.P.O. libro electrónico: 725-14-00-19
Bajo Licencia Creative Commons.

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

del sistema inmunitario, o cuando la fuente de infección forma parte de una microepidemia.

Contactos próximos habituales. Son de prioridad mediana: compañeros de trabajo o colegio del caso, amigos o parientes que mantengan relación habitual con él (menor de 6 horas al día), sin que cumplan las condiciones del punto anterior.

Contactos casuales. De baja prioridad, son aquellos que sólo han mantenido una relación esporádica con el caso. La investigación debe comenzar con la identificación y estudio de los contactos íntimos o del primer círculo y si hay evidencias de transmisión entre éstos se ampliará la investigación al siguiente círculo hasta que el nivel de infección en el grupo que se estudia sea equivalente al de la comunidad.

Investigación de contactos

Una vez identificados los contactos se procederá a su estudio, que incluirá:

1. Realización de una **anamnesis**, con énfasis en la presencia de síntomas de TB, antecedentes de enfermedad tuberculosa, vacunación BCG, existencia o no de un test tuberculínico previo, antecedentes de tratamiento preventivo y presencia de factores de riesgo.

2. **Diagnóstico de la infección tuberculosa y tratamiento preventivo**

- 2.1. **Diagnóstico:** Para el diagnóstico de la infección tuberculosa se emplea la prueba de la tuberculina (PT), que consiste en la aplicación intradérmica en la superficie anterior del antebrazo (técnica de Mantoux), de 0,1 ml de tuberculina (PPD –siglas de *purified protein derivative*), haciendo la lectura a las 48-72 horas. La lectura tiene que hacerse siempre por personal entrenado, midiendo el diámetro transversal al eje mayor del antebrazo de la induración producida y registrando la lectura en milímetros. En vacunados con BCG y mayores de 55 años, así como en las personas incluidas en programas de detección de conversión tuberculínica a través de screening periódicos de infección tuberculosa, es necesario evaluar el efecto “booster”, por lo que a los que presenten un primer test negativo se les administrará un segundo test una semana más tarde, siendo este segundo resultado el que se tendrá en cuenta.

- 2.2. **Criterios para la interpretación de la prueba de la tuberculina.** En el contexto de un estudio de contactos se consideran positivas (independientemente de que la persona esté o no vacunada con BCG) las induraciones > 5 mm en VIH positivos, inmunodeprimidos, contactos íntimos de pacientes bacilíferos, personas con lesiones radiológicas sugestivas de TB antigua no tratada, así como en edad pediátrica.

La vacunación con BCG complica la interpretación de la PT porque puede producir falsos positivos, especialmente si se administró después del primer año de vida. En las personas que están vacunadas con BCG se puede considerar positiva una PT >15 mm, excepto si se encuentran en alguna de las situaciones de riesgo expuestas anteriormente. Se estima que entre 5 y 15 mm a mayor diámetro de induración, mayor es la probabilidad de que la respuesta se deba a infección tuberculosa.

En los últimos años se han desarrollado diferentes técnicas de laboratorio para el diagnóstico de la infección tuberculosa. Estas técnicas se basan