

**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
EN ESTUDIOS DE CONTACTOS
DE TUBERCULOSIS
EN COLECTIVOS LABORALES**

DIRIGIDO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES EN LA
COMUNIDAD DE MADRID.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
ABREVIATURAS.....	3
CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EXPUESTAS A TUBERCULOSIS	4
ESTUDIO DE CONTACTOS EN EL MEDIO LABORAL (ECL).....	5
INFORMACIÓN DEL CASO ÍNDICE.....	5
CENSO DE LAS PERSONAS EXPUESTAS AL CASO.....	6
CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN UN ESTUDIO DE CONTACTOS EN AMBIENTE LABORAL.....	6
DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN LA SELECCIÓN DE LOS CONTACTOS.....	7
ELABORACIÓN DEL CENSO DE LAS PERSONAS EXPUESTAS AL CASO.....	8
DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE.....	9
1.a. PRUEBA DE LA TUBERCULINA (PT).....	9
1.b. TÉCNICA DEL MANTOUX.....	10
1.c. RESULTADO DE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA.....	10
1.d. REACCIONES FALSAS POSITIVAS Y FALSAS NEGATIVAS A LA PT.....	11
1.e. CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS	12
2. TÉCNICAS IN VITRO. INTERFERÓN-GAMMA RELEASE ASSAY (IGRA).....	12
PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL ECL.....	13
A. Si no dispone de PT documentada o nunca realizada.....	13
B. Si dispone de PT documentada.....	15
TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE Y QUIMOPROFILAXIS.....	16
ACTUACIONES DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.....	17
A. ESTUDIO DE CONTACTOS.....	17
B. COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES.....	18
C. LA TUBERCULOSIS COMO POSIBLE CONTINGENCIA PROFESIONAL.....	18
D. NOTIFICACIÓN A SALUD PÚBLICA.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
AUTORES.....	22
DIRECCIONES.....	22
ANEXOS.....	23
ANEXO 1 A. Datos del Caso. En Personal Grupo A.....	23
ANEXO 1 B. Datos del Caso. En Personal Grupo B.....	24
ANEXO 2A. Tabla de Contactos para ECL en Personal Grupo A.....	26
ANEXO 2B. Tabla de Contactos para ECL en Personal Grupo B.....	27

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB), es una enfermedad infecciosa cuya principal vía de transmisión es la aérea. La exposición prolongada y cercana de un paciente contagioso, puede producir tanto infección latente tuberculosa (ILT), como enfermedad tuberculosa activa; de ahí que, ante la aparición de un caso de **tuberculosis respiratoria**, será importante la realización del estudio de sus contactos.

De las pruebas utilizadas para el diagnóstico de la tuberculosis, la baciloscopia en esputo positiva indica que estamos ante un caso que puede contribuir a la transmisión de la enfermedad, en estos casos la realización del estudio de contactos será prioritaria. En cambio, el riesgo de contagio es menor cuando la presencia del bacilo en el esputo solo puede demostrarse mediante cultivo. Pese a tener una baciloscopia de esputo negativa, las formas cavitadas y la tuberculosis laríngea también son prioritarias.

Este documento tiene como objetivo detallar el procedimiento para el estudio de contactos (EC) de la tuberculosis en un centro de trabajo por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en la Comunidad de Madrid.

ABREVIATURAS

AT: Accidente de Trabajo

BCG: Bacilo de Calmette Guerin (componente de la vacuna)

EC: Estudio de Contactos

ECL: Estudio de Contactos Laboral

EP: Enfermedad Profesional

IGRA: Interferón-Gamma Release Assays

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (antes).

INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (actual)

ITL: Infección Tuberculosa Latente

PPD: Derivado Proteico Purificado

PT: Prueba de Tuberculina

RD: Real Decreto

SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

TB: Tuberculosis

TITL: Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente

UTVER: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias

UTSL: Unidad Técnica del Salud Laboral

CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EXPUESTAS A TUBERCULOSIS

La Guía Técnica del INSST, elaborada para la interpretación del Real Decreto 664/1997 (publicada en 2014), y que sirve de herramienta para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, hace la distinción de dos situaciones en las que sería de aplicación las medidas establecidas en el citado Real Decreto (RD):

- Exposición derivada de una actividad laboral con intención deliberada de utilizar o manipular un agente biológico, lo que constituye el propósito principal del trabajo. Es decir, el cultivo, la manipulación o la concentración de agentes biológicos ya sea a niveles industriales o experimentales, o con fines de investigación, comercial o terapéutico.
- Exposición derivada de una actividad laboral que no implica una intención deliberada de utilizar o de manipular un agente biológico, pero que puede conducir a la exposición. En estos casos se trata de una exposición potencial a agentes biológicos ya que la exposición es incidental al propósito principal del trabajo. Los agentes biológicos no forman parte del proceso productivo, pero pueden ir asociados al mismo debido a la naturaleza de la actividad (sanitaria, contacto con animales, etc.) o a las condiciones en que se desarrolla la actividad (temperatura, humedad, disponibilidad de nutrientes, etc.), que favorecen su proliferación.

En el anexo I del RD 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, se relaciona la lista indicativa de actividades en las que no existe intención deliberada de manipular agentes biológicos, pero en las que, dada la naturaleza de la actividad, la exposición es posible. La Guía Técnica aclara que existen otras muchas actividades, no recogidas expresamente en el anexo I, en las que la exposición a agentes biológicos es posible. Por tanto, se considerará al personal que desarrolla alguna de las actividades contenidas en la anteriormente citada Guía del INSST como potencialmente expuesto.

Atendiendo a lo anterior, en el presente texto, se clasificará como

- **GRUPO A. Personal potencialmente expuesto a este riesgo biológico:** A cualquier persona trabajadora en contacto con personas o animales con tuberculosis activa infecciosa, sobre todo pulmonar, o con muestras o derivados con capacidad infectiva. (Es decir en el Grupo A se considerarán aquellas personas en las que es de aplicación el RD 664/1997; personas en las que la exposición está derivada de la actividad y aquellas en las que la exposición es incidental al propósito principal del trabajo).
- **GRUPO B. Personal con exposición a TB que no se deriva de la propia actividad laboral.** No son de aplicación las medidas contenidas en el RD 664/1997, pero es preciso el seguimiento y control de posibles contagios en el medio laboral (por ejemplo, sarampión, TB, toxiinfecciones alimentarias en el comedor del centro de trabajo...).

ESTUDIO DE CONTACTOS EN EL MEDIO LABORAL

El EC es una parte importante en la prevención y control de la TB ya que permite estudiar, vigilar e interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad desde la identificación del caso índice.

La finalidad de un EC es identificar a las personas trabajadoras que sean contacto estrecho y diagnosticar, entre ellas, a aquellas recientemente infectadas o ya enfermas y proporcionar tratamiento precoz y seguimiento adecuado a cada caso. Los centros de trabajo son un lugar importante en los que realizar dichos EC Laborales (ECL) cuando una persona trabajadora es diagnosticada de TB pulmonar.

El ECL debería realizarse en todos los casos en los que esté indicado, tanto en las personas clasificadas en este documento como Grupo A, en los que la exposición al bacilo tuberculoso deriva de la actividad laboral (bien por manipulación intencionada del bacilo o exposición incidental al mismo) y en los considerados dentro del Grupo B, en los que la exposición no se deriva del propio trabajo. La diferencia radica en quién debe realizar el citado estudio, así como la consideración de la patología (EP o AT) padecida por los trabajadores afectados.

En el personal clasificado en este documento, en el grupo A, serán de aplicación todas las medidas establecidas en el RD 664/1997, y en lo referente a la vigilancia de la salud de los trabajadores se ajustará a lo establecido en el artículo 8 del citado Real Decreto 664/1997.

INFORMACIÓN DEL CASO ÍNDICE

Caso índice: es el que desencadena la realización del EC por ser el primero conocido. Puede ser el caso fuente que es el responsable de la transmisión.

El servicio médico del SPRL tendrá que notificar el caso a la Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias (UTVER) o a la Unidad Técnica de Salud Laboral (UTSL) de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la D.G. de Salud Pública, para establecer la colaboración y el apoyo correspondiente en la realización de dicho ECL. Los datos de contacto de la UTVER y la UTSL se encuentran al final del documento.

Datos del caso índice: (ANEXOS 1.A. y 1.B.)

- Datos identificativos: Nombre y dos apellidos, fecha de nacimiento, domicilio y teléfono.
- Características de la enfermedad TB: relacionadas con el diagnóstico de TB: baciloscopia y/o cultivo positivo. Otras: localización de la TB, lesiones cavitadas o extensas.
- Lugar de trabajo (nombre de la empresa, dirección y teléfono).
- Actividad que realiza el caso.
- Características de la estancia donde realiza su trabajo (tamaño, tipo de ventilación).
- Número de personas que trabajan de manera coincidente, en la misma estancia que el caso.

- Antecedentes de si hubo (fecha) o hay otros casos de tuberculosis en el mismo centro.
- En personal potencialmente expuesto a TB (Grupo A), generalmente va a tratarse de exposiciones a pacientes ingresados, y se recogerá información relacionada con: fecha de ingreso, ubicación del paciente y trayectoria en el centro sanitario (servicios o unidades por las que ha pasado), fecha del aislamiento respiratorio y del diagnóstico.

CENSO DE LAS PERSONAS EXPUESTAS AL CASO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN UN ESTUDIO DE CONTACTOS EN EL MEDIO LABORAL

Para elaborar el listado de contactos a estudiar será necesario conocer:

1º Factores relacionados con el caso índice

Cuando son conocidos por la UTVR, informará al área sanitaria del SPRL de:

- Características clínicas del caso: localización de la enfermedad, presencia o no de tos y/o expectoración, presencia de cavernas en la radiografía de tórax.
- Características microbiológicas: resultado de la baciloscopia, del cultivo, posibles resistencias antibióticas, etc.

Tal como se indicó en la introducción, es prioritario realizar un estudio de contactos en los casos de TB pulmonar con baciloscopia o cultivo de esputo positivo. Asimismo, también son prioritarias las formas cavitadas y la tuberculosis laríngea, aunque tengan una baciloscopia de esputo negativa.

- Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al inicio del tratamiento:

Se debe considerar, desde el punto de vista clínico-epidemiológico, que, a las 3 semanas desde el inicio del tratamiento, un caso podría incorporarse a su centro de trabajo, salvo que el/la Médico/a (de Familia o de otra especialidad), que atiende al paciente, valore situaciones clínicas que no recomienden la incorporación del mismo.

2º Factores relacionados con el entorno laboral

La probabilidad de infección durante la jornada laboral de los posibles contactos de un caso de TB bacilífera, es generalmente, inferior a la probabilidad de contagio en el ámbito familiar debido a variables como el tiempo de contacto, la proximidad física o el volumen de espacio compartido, aunque existen lugares de trabajo de tamaño reducido, poco ventilados que pueden asimilarse a la vida familiar (como oficinas o lugares de proporciones similares a un apartamento o vivienda familiar en donde trabajan compañeros durante largas jornadas y muy próximos físicamente).

- Tipo de relación laboral y personal con cada compañero/a de trabajo.
- Duración en horas/día de esa exposición, así como distancia al caso.
- Duración de actividades dentro del ámbito laboral, que incluye reuniones de trabajo, cursos, etc., como de tiempo libre: periodos de descanso, café, etc.

- Características del lugar donde se ha producido el contacto: condiciones físicas de ventilación y aireación, hacinamiento (en el ámbito laboral, un ejemplo sería el compartir vivienda, por ejemplo, en trabajadores temporeros), etc.
- Viajes con el caso índice en ambientes cerrados como coches, trenes, autobuses, aviones donde el tiempo sea superior a 6 horas.

3º Factores relacionados con la susceptibilidad individual del contacto

- Edad.
- Procesos asociados, sobre todo aquellos que producen inmunodepresión (tratamientos oncológicos, terapias biológicas inmunosupresoras, corticoides a altas dosis etc.).

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN LA SELECCIÓN DE LOS CONTACTOS

Contacto: es toda persona próxima (familiares, compañeros laborales, amigos íntimos, personal sanitario y sociosanitario, etc.) que mantuvo relación con un caso de TB pulmonar, que puede haber compartido de manera habitual y por un espacio de tiempo prolongado el aire con el enfermo.

Teniendo en cuenta los factores anteriores, una forma fácil de esquematizar la selección de los contactos laborales es la aplicación de “círculos concéntricos” en cada uno de los ámbitos de relación del individuo (vivienda, trabajo y centros lúdicos) (Figura 1). Se inicia el estudio por los contactos de alto riesgo (primer círculo) y se va ampliando hasta que la prevalencia de infección no supere la prevista para esa población. Los del primer círculo serán aquellas personas con una relación diaria de más de 6 horas con el/la paciente, pero teniendo en cuenta que estos tiempos pueden acortarse según los factores relacionados con el entorno y/o la susceptibilidad individual de los contactos especialmente en casos de inmunosupresión.

Los contactos del segundo círculo serán aquellos que tengan un contacto frecuente diario de menos de 6 horas; mientras que los que formen parte del tercer círculo serán los que tengan contacto esporádico con el caso índice.



Se estudian los contactos de cada círculo sucesivamente, si los resultados de Infección Tuberculosa Latente (ILT) sugieren una transmisión mayor de lo esperado. En el caso de detectarse algún otro caso de TB, debe de reiniciarse el estudio aplicando la misma técnica.

ELABORACIÓN DEL CENSO DE LAS PERSONAS EXPUESTAS AL CASO

La UTVÉR, con la ayuda del SPRL incluirá a los trabajadores en un círculo u otro según las características antes descritas.

Para elaborarlo, en el caso de centros del grupo A solicitará el SPRL al responsable del área donde se encuentra el caso índice, el listado del personal trabajador que ha estado en contacto directo con el mismo.

En los centros del grupo B, el SPRL solicitará al departamento de RRHH, un listado de las personas en posible contacto con el caso con TB y los datos de una persona responsable por si se precisa información adicional.

Se citará en el SPRL a los trabajadores expuestos para realizar una cuidadosa encuesta (ANEXOS 2.A. y 2.B.).

- Datos de cada contacto: Nombre y dos apellidos, fecha de nacimiento, domicilio

y teléfono.

- Historia clínica actual de posibles síntomas de TB. Datos de susceptibilidad individual (edad, enfermedades subyacentes con inmunosupresión, medicaciones de consumo actual que pudieran disminuir la inmunidad, consumo de tabaco).
- Antecedente de anteriores PT y resultados documentados, antecedente de vacuna BCG. Historia previa de TB y tratamiento. Historia previa de ITL y tratamiento.
- Tiempo de exposición: Número de horas que pasa al día con el caso, tanto laborales como extralaborales. Valorar e indicar según la actividad en que hayan tenido contacto, la frecuencia (íntimo, habitual o casual), y el momento (reciente o pasado). Se tendrá en cuenta la fecha aproximada en que el caso pudo ya estar contagiando. Se considera periodo de transmisibilidad desde tres meses antes del diagnóstico en los casos de TB pulmonar con baciloscopia de esputo positiva y un mes antes en los casos con baciloscopia negativa.
- Criterios de proximidad: Distancia habitual al caso índice en el puesto de trabajo/otros lugares.
- En el caso de profesionales expuestos laboralmente (grupo A) indicar si realizaron técnicas de mayor riesgo y especificar cuáles.
- Los contactos laborales recientes que por algún motivo no pertenezcan ya al centro de trabajo, y que no pueden ser estudiados por el área médica, se harán constar igualmente en el censo de contactos con la mayor cantidad de datos posibles (nombre y dos apellidos, fecha de nacimiento, domicilio y teléfono), y se facilitarán cuanto antes a la UTVR, con el fin de contactar con ellos.

Este censo de contactos se detallará en una ficha específica (ver modelo en Anexo 2.a y 2.b) o en formato Excel.

Con los datos de la encuesta, se clasificará a los contactos de acuerdo al esquema de los círculos concéntricos, estableciendo prioridades según la probabilidad de infección de TB y los resultados potenciales de esta infección.

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE

Existen dos formas de realizar el diagnóstico de la Infección Tuberculosa Latente (ITL), mediante la prueba de la Tuberculina (PT) o bien la técnica del Interferon-Gamma Release Assay (IGRA).

1.a. PRUEBA DE LA TUBERCULINA (PT)

La PT es el método estándar para el diagnóstico de la ITL. La forma de administración es vía intradérmica.

La PT produce una reacción retardada de hipersensibilidad a los antígenos del derivado proteico tuberculínico purificado (PPD).

Hay que tener en cuenta la existencia del periodo ventana, con una duración entre 8-12 semanas, desde la infección hasta la aparición de una reacción positiva al PPD. Por ello

si la PT es negativa, hay que repetirla entre 8 y 12 semanas después del último contacto con el caso.

La tuberculina pierde rápidamente potencia biológica por efecto de varios factores (temperatura, luz y, sobre todo, adsorción a las paredes del recipiente). Para atenuar esto, se utiliza un diluyente que contiene un detergente, el Tween 80, que actúa como antiadsorbente. En España se utiliza la tuberculina PPD-RT23 con Tween 80 a la dosis de 2 UI (0,1 ml).

Conservación:

- Debe mantenerse entre 2 y 8º C
- Nunca congelada
- No expuesta a la luz directa
- No conservar más de 24 horas frascos abiertos. Y en caso de reutilizarla, no olvidar anotar la fecha y la hora en la que se ha abierto
- No conservar en frascos semivacíos ya que pierde actividad debido al fenómeno de adsorción
- Comprobar siempre las fechas de caducidad ya que son relativamente cortas

1.b. TÉCNICA DEL MANTOUX

Para la administración de la PT la técnica normalizada por la OMS es la “Intra dermorreacción de Mantoux”.

Se realiza con una aguja intradérmica, de calibre 27 g o 0,4/12, de bisel corto y jeringa de plástico desechable, graduada en décimas de ml. Se inoculan 2 UI, es decir 0,1 ml.

La antisepsia de la zona no es imprescindible. Si se desea proceder a la limpieza de la zona de punción, se dejará secar completamente; de no hacerlo así, el uso de alcohol o derivados puede alterar el resultado.

Se realizará en la cara anterior del antebrazo y se debe escoger una zona de piel sin lesiones, cicatrices, lunares, tatuajes y lejos de las venas superficiales.

Agitar el frasco para evitar la adherencia del preparado a las paredes del vial. Es preferible cargar la jeringa inmediatamente antes de realizar la PT.

LECTURA: Para la lectura se recomienda utilizar la Técnica de SOKAL:

Se traza una línea con un bolígrafo de punta media desde el borde del antebrazo en dirección hacia la induración. La punta del bolígrafo debe deslizarse suavemente mientras se hace una tracción en la piel en dirección contraria. Se debe parar cuando la punta del bolígrafo alcanza el margen de la induración, apreciándose un aumento de la resistencia.

Se practica la misma maniobra en el lado opuesto. De esta forma, se obtienen los milímetros de la induración (diámetro) y se mide con una regla milimetrada, flexible, transparente y graduada.

Se registrará la induración (no el eritema) siempre en milímetros. Nunca se debe de anotar como “positivo” o “negativo” sino que se anotan los milímetros de induración.

La lectura se realizará preferentemente a las 72 horas de la inyección. Aspecto a tener

en cuenta a la hora de la planificación de PT, para que la lectura no coincida con días no laborables o libranzas en que la persona del ECL no pueda acudir a la lectura. Si no fuera posible, podría aceptarse el resultado a las 48 o a las 96 horas.

1.c. RESULTADO DE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA

Se considera PT Positiva una induración igual o superior a 5 mm.

En los contactos laborales no hay que tener en cuenta el antecedente vacunal. En los pacientes inmunodeprimidos, cualquier grado de induración debe considerarse como positiva.

Conversión o viraje tuberculínico: Se produce cuando un individuo con PT conocida como negativa (< 5mm) y descartado el efecto Booster (en el personal del grupo A), pasa a positiva (> 5 mm) en un periodo máximo de 2 años. Representa la adquisición de la ITL. En un paciente no infectado, la práctica repetida de la prueba de la tuberculina no induce sensibilidad tuberculínica.

En la vigilancia de la salud periódica de profesionales del grupo A con riesgo de exposición a TB, lo que interesa es detectar la infección reciente para que el tratamiento sea eficaz; por ello, en las personas con tuberculina negativa debería repetirse esta prueba con una periodicidad determinada según el riesgo.

Efecto Booster (personal sanitario y sociosanitario):

Cuando se repite la PT con el objeto de identificar a las personas convertoras, es decir, a los recién infectados, ésta puede darnos un falso positivo reciente por el llamado “efecto de sumación o de refuerzo (efectobooster)”

Se usa en el personal laboral potencialmente expuesto a riesgo biológico, al que se realiza vigilancia periódica (como el personal sanitario y sociosanitario). Aparece como consecuencia de la atenuación de la respuesta inmunitaria a la tuberculina con el transcurso del tiempo, y por tanto la primera PT puede ser negativa. Esta primera prueba actuará como estimulante de la inmunidad celular y motivará que, si la segunda PT es positiva, se puedan catalogar algunos de los contactos como conversores, cuando no lo son. Este error se evitará practicando una PT a los 7 o 14 días de la primera; si es positiva, se considerará como un efecto booster, calificando al contacto como positivo en la primera PT. No se recomienda esta repetición en los estudios de contactos, salvo en personal expuesto a riesgo biológico que no tuviera PT previas.

1.d. REACCIONES FALSAS POSITIVAS Y FALSAS NEGATIVAS A LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA

Si la técnica es correcta y la lectura es correcta, es raro encontrar falsos positivos.

Los falsos negativos son más frecuentes.

Falsos positivos:

- Vacunados con BCG (cicatriz típica en la zona del deltoides).
- Reacciones de hipersensibilidad a los componentes del PPD.
- Hematoma o infección local.
- Infecciones por micobacterias ambientales.

Falsos negativos:

- Factores relacionados con el individuo.
 - Tuberculosis avanzadas, diseminadas y/o con afectación de serosas.
 - Determinadas infecciones: virales (VIH-Sida, sarampión, parotiditis, varicela), bacterianas (fiebre tifoidea, brucelosis, tosferina), fúngicas (blastomycosis).
 - Vacunaciones con virus vivos atenuados (triple vírica y polio).
 - Terapia inmunosupresora: corticoides y otras alteraciones metabólicas.
 - Enfermedades neoplásicas, sarcoidosis, insuficiencia renal crónica, estrés intenso, cirugía mayor, grandes quemados.
 - Recién nacidos y ancianos.
- Factores relacionados con la PT y la técnica.
 - Almacenamiento inadecuado (exposición a la luz y calor).
 - Mantener más de 30 minutos la jeringa cargada antes de inyectar.
 - Dosificación inadecuada.
 - Antígeno caducado.
 - Inyección de poco antígeno.
 - Inyección subcutánea.
 - Inyección muy superficial con pérdida de líquido al retirar la jeringa o por rotura de la vesícula cutánea.
 - Inyección próxima a áreas inflamadas y vascularizadas por las que se puede difundir la tuberculina y no quedarse localizada en el sitio de la administración.
 - Inexperiencia, error en la lectura o en su registro.

1.e. CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

No existe ninguna contraindicación, salvo lesiones cutáneas extensas que no dejan zonas indemnes para la administración de la PT. El embarazo y los procesos alérgicos no son contraindicaciones, ni tampoco el haberse sometido previamente a esta prueba, pues el PPD no induce sensibilización debido a que sus proteínas son de bajo peso molecular.

En cuanto a los efectos secundarios, son siempre de tipo local. En el lugar de la inoculación puede aparecer dolor, picor, y a veces vesiculación, linfangitis, ulceración y necrosis.

Requieren solamente asepsia elemental, y preservar la zona del sol para evitar marcas en la piel.

2. TÉCNICAS IN VITRO. INTERFERÓN-GAMMA RELEASE ASSAY (IGRA)

En los últimos años han aparecido métodos de detección de infección como los test inmunológicos in vitro en sangre, los conocidos como IGRA (Interferón-Gamma Release Assay). Con los nombres comerciales: QuantiFERON TB[®], T-SPOT TB[®]. Estas técnicas se

basan en la detección de gamma-interferón, liberado como respuesta a la estimulación de las células T sensibilizadas en sangre periférica con antígenos específicos de M. tuberculosis, y ausentes en la vacuna BCG y en micobacterias ambientales. Por lo tanto, estas técnicas discriminan los individuos infectados por M. tuberculosis de los que han recibido la vacuna antituberculosa y de los expuestos a otras micobacterias. Además, incorporan controles para detectar la anergia y excluir así los falsos negativos.

VENTAJAS frente a la PT:

- Se evita la subjetividad en la interpretación de resultados.
- Se elimina la visita de la lectura a los 3 días de la inyección.
- Mantiene la confidencialidad y
- Permite identificar a pacientes anérgicos.

Su principal **INCONVENIENTE** es su coste económico.

INDICACIONES se debe considerar la realización de un test de IGRA, como prueba complementaria:

- En las personas que han recibido la vacuna de la BCG en los quince años previos, cuando la prueba de la PT resulte positiva (mayor de 5 mm). En España se dejó de vacunar con la BCG de forma sistemática en 1980, sin embargo, en la Región de las Américas se sigue vacunando actualmente de forma sistemática.
- En casos de pacientes inmunosuprimidos, en menores de 5 años, o en personas de edad avanzada.
- Si hay disponibilidad, se puede realizar solamente el IGRA para el estudio de los contactos, pero teniendo en cuenta que, si fuera negativo, habrá que repetirlo como la PT entre 8 y 12 semanas después del último contacto con el caso.

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL ESTUDIO DE CONTACTOS EN EL MEDIO LABORAL

- I. Ante un **contacto con sintomatología** compatible con TB se descartará la enfermedad mediante radiografía de tórax y pruebas microbiológicas adecuadas (además de la PT o IGRA).
- II. Contactos **asintomáticos** y sin antecedentes de TB:

A. Si no dispone de PT documentada o nunca realizada: **REALIZAR PT (1ª)**

A.1. 1ª PT con **RESULTADO NEGATIVO**

- Contactos del primer círculo o de alto riesgo y resultado **NEGATIVO** (< 5 mm): Se repetirá PT a las 8-12 semanas del último contacto con el caso.
- En personal de grupo A se realizará nueva PT a los 7-14 días, para descartar BOOSTER.
- En contactos de alto riesgo que padecen inmunodeficiencia grave, tras la primera PT o IGRA negativa, por ser más susceptibles a desarrollar TB grave y rápidamente progresiva, se consultará con sus médicos habituales.

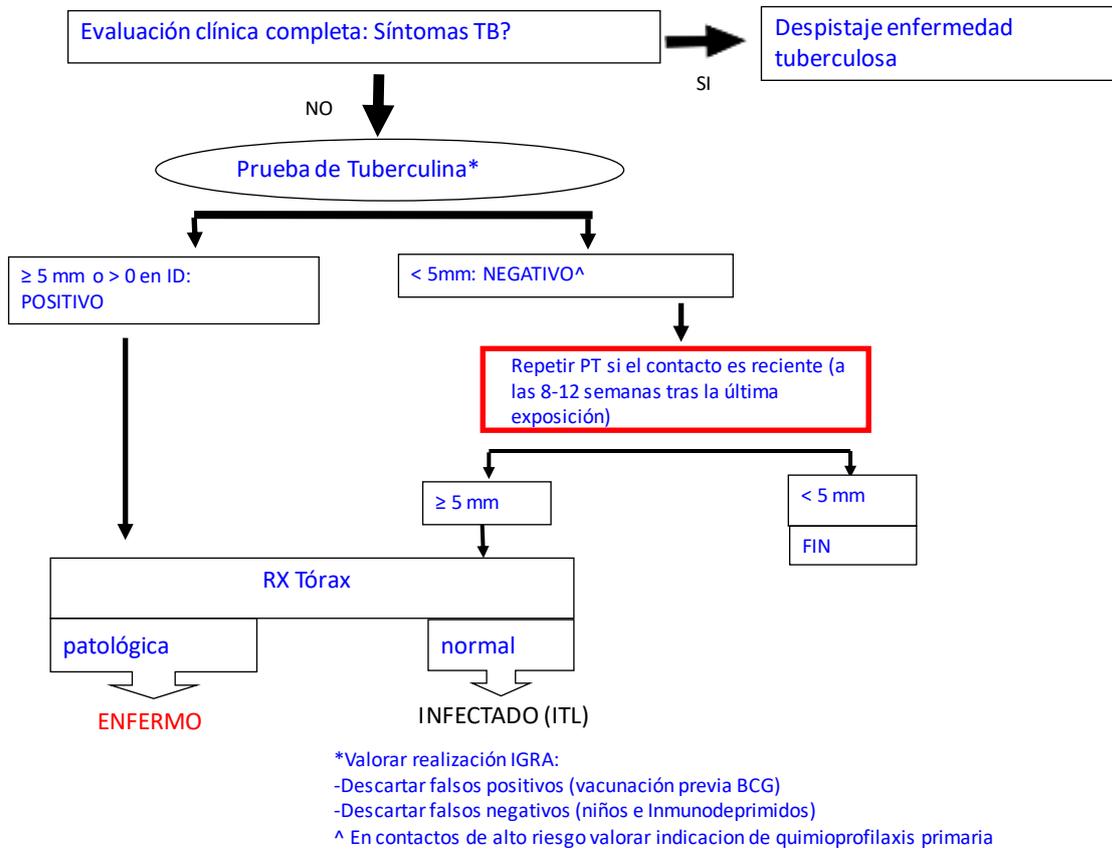
2ª PT a las 8-12 semanas

- Si continúa **negativa**: fin del estudio.
- Si ha pasado a ser **positiva** (≥ 5 mm), se considerará una conversión tuberculínica. Se tendrá que hacer una radiografía de tórax para descartar enfermedad activa y si se descarta TB, se valorará TITL. En este caso se trata de una infección reciente y es recomendable el TITL.

A.2. 1ª PT con RESULTADO POSITIVO

- Contactos del primer círculo o de alto riesgo y resultado **positivo** (≥ 5 mm): hacer una radiografía de tórax para descartar enfermedad activa. Si ésta es normal, se considera contacto infectado y se valorará el inicio de TITL. Si en la radiografía hubiera hallazgos patológicos, se procederá a hacer estudio bacteriológico y tratamiento de TB si procede.
- Ante contactos de prioridad mediana o baja con PT positiva: realizar radiografía de tórax y si se descarta enfermedad, se evaluará la administración de TITL teniendo en cuenta el riesgo individual.
- Ante contactos de casos de TB multirresistente: Es aconsejable el seguimiento por profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de la enfermedad. En general, al no existir una pauta de TITL de efectividad demostrada, es preferible la evaluación clínica y radiológica cada tres o seis meses durante dos años y que se informe exhaustivamente a estos contactos sobre los signos y síntomas de la enfermedad, para que acudan a un centro médico si éstos apareciesen.

Algoritmo para el diagnóstico de la infección y enfermedad tuberculosa



B. Si dispone de PT DOCUMENTADA

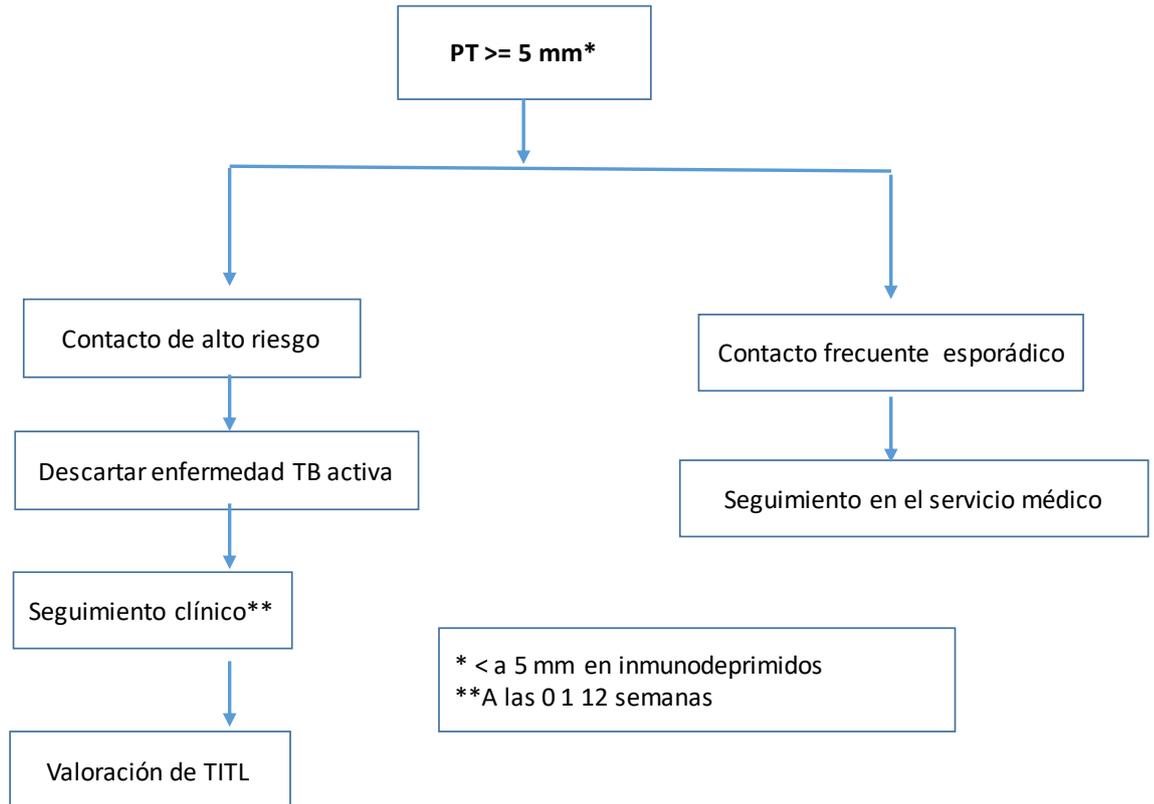
Cuando el contacto (generalmente del Grupo A) tenga PT previa/s y documentada/s, se hará lo siguiente:

B.1. Si la PT documentada es POSITIVA:

- No se realizarán más PT.
- En contactos de alto riesgo y en personal trabajador que ha realizado técnicas de riesgo en el caso índice, con antecedentes de TB previa o con PT previa positiva, se descartará directamente la enfermedad activa.
 - a) Se hará valoración clínica inicial y a las 12 semanas, y radiografía de tórax a las 12 semanas desde la última fecha de contacto con el caso. Se informará al contacto que ante síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa debe acudir al SPRL para valoración.
 - a.1) Si la radiografía de tórax descarta enfermedad TB actual, se valorará TITL.
 - a.2) Si hubiera completado con anterioridad un ciclo de TITL y la radiografía de tórax es normal finaliza el seguimiento.
 - a.3) Las personas con PT o IGRA positiva, portadores de lesiones de aspecto

residual de más de 2 cm serán valorados para TITL una vez que se obtengan baciloscopias y cultivos negativos y se documente la estabilidad de las lesiones desde un año antes. Si el estudio microbiológico es positivo se considera un caso de TB y se inicia el tratamiento.

- a.4) Se hará una valoración individualizada de TITL en contactos inmunodeprimidos y siempre en función de la intensidad y duración de la exposición. En contactos de prioridad media y baja, en personal del grupo A, el servicio médico del SPRL hará seguimiento clínico al inicio y a las 12 semanas desde la última fecha de contacto.



B.2. Si la PT documentada es NEGATIVA: Realizar PT

- Se actuará igual que lo que se ha indicado en el apartado “A. Si no dispone de PT documentada o nunca realizada” antes explicado.
- En personal de grupo A se habrá descartado BOOSTER en la PT previa, por lo que no será necesario realizarlo.

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE

El objetivo es evitar que una persona con infección (PT >= 5 mm y/o IGRA positivo) desarrolle enfermedad clínicamente activa.

Indicación:

- Infección reciente: contactos estrechos con enfermos tuberculosos con baciloscopias positivas o cavernas en la radiografía y convertores en los dos

últimos años con radiografía de tórax normal, siempre que no presente contraindicación al tratamiento.

- Lesiones residuales en la radiografía de tórax que no han recibido tratamiento previo.
- Trabajadores especialmente sensibles a infección TB y/o progresión a enfermedad TB.

Pueden contraindicar el TITL: la existencia de enfermedad hepática, consumo nocivo o adicción al alcohol o hipersensibilidad a los fármacos a utilizar. También es mejor no comenzar si no lo va a seguir correctamente.

Habitualmente tiene una duración de seis meses con Isoniacida.

La recomendación más extendida de TITL es la utilización de Isoniacida, pero en casos de hipersensibilidad a la Isoniacida o cuando la cepa del caso índice sea resistente se plantearán otras pautas de quimioprofilaxis. También se puede administrar una pauta de tres meses con Isoniacida y Rifampicina.

ACTUACIONES DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Tal como establece el Art. 3.1. del *Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención (SPRL)* refiere que la actividad sanitaria de los mismos, incluirá:

- Apartado b) Estudiar cuando se tenga conocimiento de ello, las enfermedades susceptibles de estar relacionadas con el trabajo...
- Apartado c) Comunicar las enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales, tal y como establece el Art. 5 del Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social...
- Apartado j) Colaborar con las autoridades sanitarias en las labores de vigilancia epidemiológica, provisión y mantenimiento de los sistemas de información sanitaria en Salud Laboral...

En consecuencia, para dar cumplimiento de los apartados de este artículo, los SPRL tendrán las siguientes actuaciones.

A. ESTUDIO DE CONTACTOS

- I. En el grupo A debido a que existe riesgo laboral de exposición a la TB, deberá hacerlo el SPRL Propio o Mancomunado o la unidad de vigilancia de la salud del SPRL Ajeno. Completará los Anexos 1.A. y 2.A. y realizará el estudio de ITL o TB, remitiendo a la mutua para tratamiento por contingencia profesional o asumiéndolo si es autoaseguradora.
- II. En el grupo B, dado que se trata de empresas dedicadas a actividades sin exposición laboral reconocida a agentes biológicos, el SPRL a cargo deberá

realizar la primera fase de elaboración del censo de los contactos. Completará los anexos 1. B. y 2.B. y remitirá esta información a la entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social.

La entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social se encargará del estudio para descartar ITL o TB y su tratamiento -cuando proceda-, al tratarse de un accidente de trabajo.

B. COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES

La empresa principal (o el SPRL de esta) deberá informar a los/las responsables de los SPRL de las empresas contratadas cuyos trabajadores hayan podido tener contacto directo con el caso índice, para que realicen el ECL correspondiente y faciliten la información a la entidad colaboradora o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

C. LA TUBERCULOSIS COMO POSIBLE CONTINGENCIA PROFESIONAL

I. PERSONAL CON ACTIVIDAD DEL GRUPO A

En el Anexo II del *Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo*, figura el *Mycobacterium tuberculosis*, como agente biológico del grupo 3 (capaz de originar enfermedad grave, con riesgo de propagación a otras personas y con profilaxis o tratamiento eficaz).

El *Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*, en su Anexo 1 recoge el listado de enfermedades profesionales, entre las que están aquellas causadas por agentes biológicos. La tuberculosis se considerará una ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) cuando la persona enferma realice alguna de las actividades reflejadas en este RD, al estimarse la existencia de riesgo relacionado con la exposición a dicho agente biológico durante el trabajo.

Así pues, los SPRL de empresas que tengan personal del grupo A, deberán tener en cuenta que, cuando alguna persona del centro laboral presente una TB o una ITL tras viraje tuberculínico (EP en Periodo de Observación) como consecuencia de una exposición en el trabajo, tendrá la consideración de Contingencia Profesional. Deberán notificar la sospecha de enfermedad profesional en virtud del artículo 5 del ya mencionado RD 1299/2006, a la entidad gestora o a la mutua colaboradora con la Seguridad Social para que se encargue del tratamiento y seguimiento, y también se notificará a la UTSL de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Desde la entidad gestora o la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, se procederá a la emisión de los partes de enfermedad profesional en el sistema informático CEPROSS

en los casos que se determinen (EP de certeza en TB confirmada, EP en periodo de observación en caso de ITL tras viraje tuberculínico).

II. PERSONAL NO INCLUIDO EN ACTIVIDAD DEL GRUPO A

Por otra parte, si la persona afectada de TB trabaja en una empresa no dedicada a las actividades incluidas en el Real Decreto 664/1997, resulta fundamental también el estudio de los contactos laborales, porque de producirse el contagio de TB en éstos, en el lugar de trabajo, podría ser considerado un ACCIDENTE DE TRABAJO (Art. 156 del Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social).

El servicio médico del SPRL deberá comunicar a la mutua colaboradora con la Seguridad Social, que se ha producido una exposición laboral de TB y facilitará los datos que disponga del caso índice (el contacto con la persona que informó de la TB) así como, el censo de contactos para que se realice (cuando proceda), tanto el estudio de ITL y TB, como el tratamiento, según tengan establecida la gestión de los AT.

Desde la empresa se emitirá en el sistema Delt@ el correspondiente parte de accidente de trabajo sin baja, de aquellos trabajadores que una vez clasificados como “contactos”, tengan ITL. En el caso de encontrarse alguna persona con TB, se tendrá que valorar si es previa al contacto o es por contagio con el caso índice con el estudio oportuno.

D. NOTIFICACIÓN A SALUD PÚBLICA

El personal médico del SPRL a cargo del personal afectado por este procedimiento, deberá hacer las siguientes notificaciones a Salud Pública:

NOTIFICACIÓN DE CASO: Según se indica en el Artículo 2 de la ORDEN/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las **Enfermedades de Declaración Obligatoria**, a las Situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): “Todos los médicos en ejercicio en la Comunidad de Madrid, tanto del sector público como privado, están obligados a declarar, ajustándose a las modalidades de notificación reguladas para cada caso.” Esto incluye a los profesionales sanitarios de los SPRL que en el supuesto de detectar alguna de las enfermedades (EDO) incluidas en la lista de declaración obligatoria (entre las que se encuentra la tuberculosis), vienen asimismo obligados a ponerlo en conocimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

NOTIFICACIÓN DE CONTACTOS: El censo y resultado del estudio de contactos se detallará en la ficha editada para tal fin (ver modelo en Anexo 2.B.). Una de las copias del Anexo 2.B. se enviará a la UTVR, una vez realizadas las pruebas. Posteriormente se notificará también la finalización de la QP en aquellos contactos en los que se hubiese indicado.

En los ECL de personal del Grupo A realizados por el SPRL, los resultados encontrados se compartirán con el Servicio de Medicina Preventiva del mismo centro, y si no hubiera servicio de Medicina Preventiva, se enviarán los Anexos 1.A. y 2.A. a la UTVR.

BIBLIOGRAFIA

1. BOE. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos[online]. Boletín Oficial del Estado núm. 124, de 24 de mayo de 1997. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-11144-consolidado.pdf> (acceso 09/10/2023)
2. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Madrid, mayo 2014. NIPO (online): 272-14-040-7. ISBN: 978-84-7425-813-4. Disponible en https://www.insst.es/documents/94886/96076/agen_bio.pdf/f2f4067d-d489-4186-b5cd-994abd1505d9 (acceso 09/10/2023)
3. Zellweger JP, Sotgiu G, Corradi M, Durando P. The diagnosis of latent tuberculosis infection (LTBI): currently available tests, future developments, and perspectives to eliminate tuberculosis (TB). *Med Lav.* 2020 Jun 26;111(3):170-183.
4. Fortún J, Navas E. Latent tuberculosis infection: approach and therapeutic schemes. *Rev Esp Quimioter.* 2022 Oct;35 Suppl 3(Suppl 3):94-96.
5. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, Moreno S, Ruiz-Manzano J. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis [Consensus document on the diagnosis, treatment and prevention of tuberculosis]. *Arch Bronconeumol.* 2010 May;46(5):255-74.
6. Jonas DE, Riley SR, Lee LC, Coffey CP, Wang SH, Asher GN, Berry AM, Williams N, Balio C, Voisin CE, Kahwati LC. Screening for Latent Tuberculosis Infection in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2023 May 2;329(17):1495-1509.
7. Carranza C, Pedraza-Sanchez S, de Oyarzabal-Mendez E, Torres M. Diagnosis for Latent Tuberculosis Infection: New Alternatives. *Front Immunol.* 2020 Sep 10;11:2006.
8. Domínguez J, Latorre I, Santin M. Diagnosis and therapeutic approach of latent tuberculosis infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed).* 2018 May;36(5):302-311. English, Spanish.
9. Web de la Comunidad de Madrid
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tuberculosis>
10. Protocolo de vigilancia de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Web de la CM
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/protocolo_de_vigilancia_tuberculosis_cm_2023.pdf
11. Rodríguez de la Pinta ML, Maestre Naranjo M, Pérez Zapata A. Prevención y Control de la Tuberculosis en Trabajadores del Ámbito Sanitario. Monografía. Julio 2009. Madrid. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

(ENMT). Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación.

Disponible en

<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-46db82522e> (acceso 09/10/2023)

12. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a agentes biológicos. Diciembre de 2001. Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. ISBN: 84-7670-616-2 NIPO: 351-01-061-7. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm> (acceso 09/10/2023)
13. Rodríguez Bayarri MJ, Madrid San Martín F: Prevención y control de la tuberculosis en el medio laboral. Arch Prev Riesgos Labor 2008; 11 (1): 27-35.
14. Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, marzo 2019. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/PlanTB2019.pdf> (acceso 09/10/2023)
15. BOE. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención [online]. Boletín Oficial del Estado núm. 158, de 4 de julio de 2011. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/06/17/843/con> (acceso 09/10/2023)
16. BOE. Real Decreto 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales. Boletín Oficial del Estado núm. 27, de 31 de enero de 2004. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rd/2004/01/30/171/con> (acceso 25/10/2023)
17. BOCM. Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las Situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección Por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid núm. 18, de 22 de enero de 1997. Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/SaludPublica/Esplnformativos/Control%20de%20Alimentos%20y%20Aguas/capitulos/documentos%20legales/9-1997-PDF.pdf> (acceso 25/10/2023)
18. BOE. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro [online]. Boletín Oficial del Estado núm. 302, de 19 de diciembre de 2006. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/11/10/1299/con> (acceso 09/10/2023)

AUTORES

- Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias (UTVER)
 - Jesús Sánchez Díaz
 - Elena Rodríguez Baena
 - Lourdes Oliva Iñiguez
- Unidad Técnica de Salud Laboral (UTSL)
 - María Fernanda González Gómez
 - Dolores Insausti Macarrón
- Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (IRSST)
 - Miguel Ángel Blanco Sanz (Área de Asesoramiento Preventivo y Control de Daños de Salud)
 - Concepción Parrilla Laso (UT de Enfermedades Profesionales)

DIRECCIONES

Dirección General de Salud Pública

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública:

- **Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias**

Correo-e: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org

Teléfono 913700888

Responsable Elena Rodríguez Baena

- **Unidad Técnica de Salud Laboral**

Correo-e: isp.s.laboral@salud.madrid.org

Teléfono 913702024 (administración)

Responsable María Fernanda González Gómez

ANEXOS:

ANEXO 1 A. Datos del Caso
Estudio de Contactos de Tuberculosis en Personal Grupo A

CASO INDICE: Trabajador Paciente

Fecha apertura: / /

Nombre y Apellidos:

Nº Hª:

Fecha nacimiento: / / Edad:

Fecha de Ingreso:

Fecha de Alta:

Ubicación del paciente:

Actual Servicio: Planta: Hab. Edificio:

Supervisor/a: teléfono:

Profesional médico responsable del paciente: teléfono:

¿Ubicaciones previas? No Si , Detallar:

Fecha de inicio del aislamiento respiratorio: / /

Fecha conocimiento del caso: / /

Informados por:

Responsables del ECL en el SPRL:

CLINICA Y TRATAMIENTO

TB PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Mantoux: Fecha: / / Lectura

Baciloscopias 1ª Fecha: / / Resultado:

Cultivo: 2ª Fecha: / / Resultado

Cultivo: 3ª Fecha: / / Resultado Cultivo:

Rx Tórax:

Otras:

ANEXO 1 B. Datos del Caso

Estudio de Contactos de Tuberculosis en Personal Grupo B

CASO INDICE TRABAJADOR:

Responsables del ECL en el SPRL:

Fecha apertura: / /

Nombre y Apellidos:

Fecha nacimiento: / / Edad:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Informados por:

Fecha de inicio del aislamiento: / /

Fecha conocimiento del caso: / /

Fecha del diagnóstico:

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TB:

Baciloscopia Resultado:

Cultivo Resultado:

Localización de la TB:

Pulmonar

Laringea

Otras, Detallar:

Cavitada No Si

Profesional médico responsable del paciente:

teléfono:

Otras:

DATOS LABORALES:

Nombre de la empresa:

Dirección:

Teléfono:

Actividad que realiza el caso:

Detalles del puesto de trabajo:

Proximidad a otras personas en el lugar de trabajo:

Características de la estancia donde realiza su trabajo:

Tamaño: medidas aproximadas

Tipo de ventilación:

Número de personas que trabajan en la misma estancia que el caso:

¿Hubo otros casos de TB en el mismo centro? (fecha)

¿Hay otros casos de tuberculosis en el mismo centro? (fecha)

ANEXO 2A

Tabla de Contactos para ECL en Personal Grupo A

Listado con datos de identificación de cada contacto laboral

Trabajador/a (Código de identificación DNI/NIE o Código Interno)

Nombre y dos apellidos:

Lugar de trabajo actual: Servicio: Planta: Hab. Edificio:

Teléfono del trabajo:

Teléfono personal:

Trabajador/a (*)	Nombre y dos apellidos	Servicio	Planta	Hab.	Edificio	Teléfono del trabajo	Teléfono personal

(*) Código de identificación DNI/NIE o Código Interno

Datos de la exposición y clínicos de cada contacto:

Trabajador/a (*)	Categoría	Tipo de contacto y actividades de > riesgo	Clínica	BCG	Fecha Mantoux previo y lectura	Mantoux inicial. Fecha y resultado	Mantoux 8-12 semanas	Rx Tórax Fecha y resultado

(*) Código de identificación DNI/NIE o Código Interno

Al hacer vigilancia de la salud periódica, el SPRL tendrá historia clínica.

ANEXO 2B

Tabla de Contactos para ECL en Personal Grupo B

Listado con datos de identificación de cada contacto laboral

Datos de los contactos:

Listado con datos de identificación de cada trabajador.

Código de identificación (DNI/NIE):

Nombre y dos apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono del trabajo:

Teléfono personal:

Empresa	Trabajador (DNI/NIE)	Nombre y dos apellidos	Teléfono del trabajo	Teléfono personal	Fecha de nacimiento	Actividad laboral	Tiempo exposición (*)	Proximidad (**)

(*) Número de horas con el caso/jornada laboral y extralaboral

(**) Distancia habitual

- Tiempo de exposición: Número de horas que pasa al día con el caso, tanto laborales como extralaborales. Valorar e indicar según la actividad **en** que hayan tenido contacto, - la frecuencia: íntimo, habitual o casual, y - el momento: reciente o pasado. Se tendrá en cuenta la fecha aproximada de inicio de los síntomas, en que pudo ya estar contagiando.
- Criterios de proximidad: Distancia habitual al caso índice en el puesto de trabajo/otros lugares.

Incluir los contactos recientes que ya no estén en la empresa, con información para localizarlos y notificar a Salud Pública en cuanto se sepa.

Datos de la exposición y clínicos de cada contacto:

Trabajador (*)	Tipo de contacto	Fecha último contacto	Clínica Si/No	BCG	Antecedentes TB, Otros	PT inicial. Fecha y resultado	PT 8-12 semanas	Rx Tórax Fecha y resultado

(*) DNI/NIE

- Historia clínica actual de posibles síntomas de TB. Datos de susceptibilidad individual (edad, enfermedades subyacentes con inmunosupresión, medicaciones de consumo actual que pudieran disminuir la inmunidad, consumo de tabaco).
- Antecedente de anteriores PT y resultados documentados, antecedente de vacuna BCG. Historia previa de TB y tratamiento. Historia previa de ITL y tratamiento.