Preguntas para responder

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

1. ¿Cuál es la utilidad de la prueba de la tuberculina para el diagnóstico de la infección tuberculosa latente?
2. ¿Qué rendimiento diagnóstico tienen las técnicas de detección de gamma-interferón (IGRA) para el diagnóstico de la infección tuberculosa latente?
3. ¿Cuáles son las características clínicas y radiológicas de la enfermedad tuberculosa pulmonar en adultos?
4. ¿Cuáles son las características clínicas y radiológicas de la enfermedad tuberculosa pulmonar en niños?
5. ¿Qué rendimiento diagnóstico tienen los distintos métodos de obtención de muestras para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en adultos y niños?
6. ¿Qué rendimiento diagnóstico tiene el examen microscópico del esputo (baciloscopia) y sus diferentes técnicas para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar?
7. ¿Qué rendimiento diagnóstico tienen el cultivo y las diferentes técnicas de detección directa del *M. tuberculosis* en el esputo para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar?
8. ¿Qué rendimiento diagnóstico tienen los métodos serológicos para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar?
9. ¿Cuáles son las características clínicas y radiológicas de la enfermedad tuberculosa extrapulmonar?
10. ¿Qué rendimiento diagnóstico tienen los diferentes métodos para el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar (pleural, meníngea, pericárdica, ganglionar, abdominal)?
11. ¿Qué rendimiento diagnóstico tienen los diferentes métodos para el diagnóstico de la resistencia a los fármacos antituberculosos?

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

12. En pacientes (adultos y niños) con tuberculosis pulmonar, ¿cuál es la duración óptima del tratamiento antituberculoso?
13. En pacientes (adultos y niños) con tuberculosis pulmonar, ¿las pautas intermitentes son tan eficaces como las pautas diarias?
14. ¿Los fármacos antituberculosos administrados en combinación a dosis fijas son tan eficaces como la administración de fármacos individuales en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar?

15. En pacientes con tuberculosis pulmonar, ¿las pautas que incluyen rifabutina son tan eficaces como las pautas con rifampicina?
16. En pacientes con tuberculosis pulmonar, ¿son eficaces los corticosteroides añadidos al tratamiento antituberculoso?
17. ¿Existen otros tratamientos, farmacológicos o no farmacológicos, que sean eficaces para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar?
18. En pacientes (adultos y niños) con tuberculosis extrapulmonar, de diferentes localizaciones, ¿cuál es la duración óptima del tratamiento?
19. En pacientes (adultos y niños) con tuberculosis extrapulmonar de diferentes localizaciones, ¿los corticosteroides añadidos al tratamiento antituberculoso reducen la mortalidad o aumentan la probabilidad de curación?
20. En pacientes con tuberculosis ósteoarticular, ¿qué beneficios ofrece la cirugía asociada al tratamiento antituberculoso?
21. En pacientes con tuberculosis pericárdica, ¿son beneficiosas las diferentes intervenciones sobre el pericardio (pericardiocentesis o pericardiectomía)?
22. En pacientes con tuberculosis pulmonar, ¿las pautas de tratamiento directamente observadas mejoran el cumplimiento del tratamiento o aumentan la probabilidad de curación respecto a los pacientes que no siguen esta estrategia?
23. En pacientes con tuberculosis, ¿qué estrategias son efectivas para aumentar la adherencia al tratamiento?
24. En pacientes con tuberculosis, el tratamiento directamente observado, ¿aumenta la adherencia, las posibilidades de curación o reduce el riesgo de resistencias al tratamiento?
25. Las personas con infección por el VIH, ¿presentan unas características y una evolución de la enfermedad tuberculosa diferentes a las personas no infectadas por este virus?
26. ¿El tratamiento de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH, presenta más recaídas en comparación con las personas no infectadas por este virus?
27. Las personas (adultos y niños) con tuberculosis e infección por el VIH, ¿se benefician de una pauta más prolongada de tratamiento antituberculoso?
28. En personas (adultos y niños) con tuberculosis e infección por el VIH que requieren tratamiento antituberculoso y antirretroviral ¿cuál es el manejo idóneo de estos tratamientos?
29. ¿Cuál es el manejo apropiado del tratamiento para la enfermedad tuberculosa en situaciones especiales (personas con disfunción hepática, disfunción renal o mujeres embarazadas)?
30. En los casos de tuberculosis multirresistente ¿el tratamiento con pautas estandarizadas es más beneficioso que el tratamiento individualizado?
31. ¿Cuál es el control idóneo de un paciente que inicia tratamiento antituberculoso?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

32. ¿Cómo debe realizarse el aislamiento respiratorio de un paciente con tuberculosis y capacidad contagiante?
33. ¿Qué medidas se deben adoptar para disminuir la transmisión nosocomial de la tuberculosis?
34. ¿En qué situaciones se debe iniciar un estudio convencional de contactos?
35. ¿Cómo y en qué situaciones se realiza la prueba de la tuberculina o test de IGRA en el contexto de un estudio convencional de contactos?
36. ¿Cómo se deben valorar los resultados de la prueba de la tuberculina en el contexto de un estudio convencional de contactos?
37. ¿Se debe realizar un cribado poblacional de la infección latente?
38. ¿El tratamiento preventivo reduce el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en personas con un riesgo más elevado?
39. En personas con la inmunidad conservada, ¿qué tratamiento y qué duración son más eficaces para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa?
40. En personas con la infección por el VIH ¿qué tratamiento y qué duración son más eficaces para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa?
41. En niños, ¿qué tratamiento y qué duración son más eficaces para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa?
42. ¿Se debe realizar tratamiento para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en las mujeres embarazadas?
43. ¿Se debe realizar tratamiento para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en un recién nacido de madre con la enfermedad?
44. En los contactos de casos con tuberculosis multirresistente, ¿qué tratamiento es eficaz para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa?
45. ¿Cuál es la duración aproximada del efecto del tratamiento preventivo?
46. El tratamiento preventivo con isoniacida, ¿aumenta el riesgo de casos con resistencia a este fármaco?
47. ¿Qué pauta de tratamiento preventivo presenta un mayor cumplimiento?
48. ¿Cuál es el manejo adecuado de un paciente que presenta toxicidad hepática por isoniacida?
49. ¿Qué otros fármacos o combinaciones de fármacos son eficaces para el tratamiento de la infección latente?
50. ¿En qué casos se debe iniciar un tratamiento para prevenir la infección tuberculosa latente en las personas sanas en contacto con pacientes con tuberculosis activa?
51. ¿Cuál es la eficacia y la seguridad de la vacuna BCG en adultos y niños?
52. ¿Se debe administrar la vacuna BCG en el personal sanitario?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se ha realizado mediante el sistema propuesto por GRADE (*Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations)* (anexo 1). A continuación se incluyen las recomendaciones propuestas en esta GPC.

Diagnóstico de la tuberculosis

Diagnóstico de la infección	
FUERTE	Para el diagnóstico de infección tuberculosa latente, se recomienda la realización de la prueba de la tuberculina en todos los casos.
✓	La prueba de la tuberculina debe ser practicada por personal entrenado para evitar errores, tanto en la realización como en la lectura y puede realizarse en niños a partir de los seis meses de edad.
DÉBIL	En los casos de una prueba de la tuberculina positiva en personas que han recibido vacunación BCG previa (especialmente en los 15 años previos) o bien, si ésta ha sido negativa (en personas con inmunosupresión y en niños menores de 5 años) se debe considerar la realización de un test IGRA, como prueba complementaria.
✓	En aquellos pacientes en los que hay sospecha de que la lectura de la prueba de la tuberculina no va a ser posible, se sugiere realizar un test IGRA y una radiografía de tórax para descartar tuberculosis activa.
✓	Los tests IGRA se deben llevar a cabo en laboratorios con controles de calidad acreditados.
Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar activa	
FUERTE	Se debe sospechar clínicamente la tuberculosis pulmonar en un paciente con tos de más de dos semanas de duración, expectoración hemoptoica y fiebre de origen desconocido.
FUERTE	A todo paciente con tos persistente de más de tres semanas de duración se debe practicar una radiografía de tórax para descartar, entre otras patologías, la tuberculosis pulmonar.
DÉBIL	En los niños en contacto con un paciente bacilífero y una prueba de la tuberculina positiva con síntomas clínicos y una radiografía de tórax normal se puede considerar de manera individualizada la realización de una tomografía computarizada. En los niños en contacto con un paciente bacilífero y una prueba de la tuberculina positiva sin síntomas clínicos y una radiografía de tórax dudosa se puede considerar de manera individualizada la realización de una tomografía computarizada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

FUERTE	En los pacientes con sospecha clínica y radiológica de tuberculosis pulmonar, se deben obtener al menos tres muestras de secreción respiratoria (esputo), preferiblemente por la mañana, que se deben enviar con la mayor brevedad al laboratorio de microbiología para la realización de baciloscopia, cultivo de la muestra, identificación y pruebas de sensibilidad.
DÉBIL	En los casos en que no se pueda obtener una muestra de esputo, se recomienda la obtención de la muestra a través de la inducción de esputo o bien mediante aspirado gástrico. La fibrobroncoscopia se recomienda en aquellos casos en que los demás métodos no han sido eficaces.
✓	La sospecha clínica y radiológica de tuberculosis pulmonar es suficiente para iniciar tratamiento, sin esperar el resultado del cultivo, pero es aconsejable que las muestras de esputo se obtengan antes del inicio del mismo.
DÉBIL	Se recomienda el procesamiento por centrifugación y homogeneización química de las muestras de esputo obtenidas.
DÉBIL	Se recomienda realizar métodos de tinción clásicos además de los métodos de fluorescencia para la evaluación de la baciloscopia del esputo.
DÉBIL	Se recomienda el cultivo en métodos automatizados en medio líquido además de los métodos clásicos en medio sólido.
✓	Las técnicas de diagnóstico molecular o de bacteriófagos se deben considerar como técnicas de apoyo a las técnicas convencionales como la baciloscopia o el cultivo.
DÉBIL	En los casos de una elevada sospecha clínica, hay que considerar la realización de técnicas moleculares de detección directa de muestra conjuntamente con los métodos clásicos de cultivo.
FUERTE	Para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se recomienda no utilizar los métodos de diagnóstico serológico.
✓	Las técnicas de diagnóstico molecular se deben realizar sólo en laboratorios reconocidos y con sistemas de control de calidad acreditados.
Diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar	
✓	Es necesario un alto grado de sospecha clínica para no retardar el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar.
✓	Se debe valorar siempre la posibilidad de tuberculosis extrapulmonar en un paciente que presenta un síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso), fiebre, sudoración nocturna con signos y síntomas de afectación orgánica local y que presenta una alteración de la inmunidad o ha sufrido una tuberculosis pulmonar.

Han pasado más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

FUERTE	Se recomienda obtener, siempre que sea posible, una muestra adecuada del lugar afectado, si es necesario a través de biopsia o punción-aspiración con aguja fina, para el análisis histológico, la baciloscopia y el cultivo de la misma.
✓	Es aconsejable depositar la muestra obtenida en un recipiente seco y enviar al laboratorio la muestra para su procesamiento, con la mayor brevedad posible. No se debe guardar toda la muestra en formol dado que puede destruir los bacilos.
FUERTE	Se recomiendan distintas pruebas de imagen, dependiendo del órgano o sistema afectado, para el diagnóstico de sospecha de tuberculosis extrapulmonar. Además, se debe realizar siempre una radiografía de tórax para descartar el componente pulmonar.
FUERTE	Además del estudio microbiológico e histológico de la muestra, se recomienda realizar alguna técnica de diagnóstico rápido en aquellos casos en los que el inicio de un tratamiento deba ser precoz, como en los casos de meningitis tuberculosa o tuberculosis diseminada grave.
Diagnóstico de las resistencias a los fármacos antituberculosos	
✓	Se sugiere realizar pruebas de sensibilidad a los fármacos de primera línea en los aislamientos iniciales de todos los pacientes con tuberculosis.
DÉBIL	Se recomienda realizar inicialmente el estudio de sensibilidad con métodos de determinación rápida, que deben ser complementados con métodos clásicos o fenotípicos, en aquellos casos con un elevado riesgo de una posible resistencia a los fármacos antituberculosos como en las personas procedentes de países de alta endemia o en los retratamientos.
✓	Las pruebas de sensibilidad para los fármacos de segunda línea se deben realizar si se detecta resistencia microbiológica o se sospecha resistencia clínica a los fármacos de primera línea, como en el caso de fallo en la respuesta inicial al tratamiento o tras recaída una vez completado el mismo.
✓	Los estudios de sensibilidad se deben llevar a cabo en laboratorios con controles de calidad acreditados.

Tratamiento de la tuberculosis

Tratamiento de la enfermedad tuberculosa pulmonar	
✓	Las personas diagnosticadas de tuberculosis pulmonar deben ser tratadas y controladas por facultativos y personal sanitario con suficiente experiencia en el manejo de esta patología.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

FUERTE	Se recomienda tratar la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar no tratada previamente con una pauta corta de seis meses de duración, consistente en una fase inicial de dos meses de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, y una fase de mantenimiento de cuatro meses con isoniacida y rifampicina.
DÉBIL	Existen otras pautas igualmente recomendadas para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
DÉBIL	Se recomienda prolongar la duración del tratamiento hasta nueve meses en los pacientes con tuberculosis pulmonar cavitada y persistencia del cultivo positivo al finalizar la fase inicial (dos meses) de tratamiento.
✓	Se debe valorar la correcta adherencia al tratamiento si tras finalizar la fase inicial del tratamiento (dos meses) se detecta un cultivo positivo.
FUERTE	Se recomiendan las mismas pautas que en la población adulta (a las dosis adecuadas) en el tratamiento inicial de la tuberculosis en niños, si no hay contraindicaciones específicas.
DÉBIL	En niños y adultos, se puede considerar el tratamiento intermitente (tres veces a la semana) durante la fase de mantenimiento si se hace directamente observado, y si el cultivo a los dos meses de tratamiento es negativo.
FUERTE	Se recomienda no tratar con pautas intermitentes de dos veces a la semana.
DÉBIL	En personas adultas, se recomienda el tratamiento con las combinaciones a dosis fijas de fármacos antituberculosos actualmente comercializadas, con el objetivo de reducir la aparición de resistencias y el número diario de medicaciones.
DÉBIL	La rifabutina es una opción razonable si no se tolera la rifampicina o existe riesgo importante de interacciones con otros fármacos, especialmente los antirretrovirales.
DÉBIL	En ciertos casos de formas extensas de tuberculosis se puede plantear el tratamiento adyuvante con corticosteroides.
FUERTE	No se recomienda el tratamiento con otras terapias adyuvantes al tratamiento antituberculoso como las dietas ricas en vitaminas u oligoelementos, inmunoterapia o radiación con láser.
✓	Se debe realizar un seguimiento estrecho de la aparición de hepatotoxicidad, en los pacientes en tratamiento antituberculoso, especialmente con enfermedad hepática conocida.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento de la enfermedad tuberculosa extrapulmonar	
FUERTE	Las pautas (fármacos y duración) de tratamiento de los pacientes con afectación tuberculosa **pleural, ganglionar, ósea, vertebral o pericárdica** no debe diferir de las pautas de tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
DÉBIL	No se recomienda tratar con corticosteroides a todos los pacientes con afectación tuberculosa **pleural**.
DÉBIL	En la tuberculosis pleural, se debe considerar el tratamiento con corticosteroides con el objetivo de obtener una mejoría rápida de la sintomatología.
FUERTE	Se recomienda no practicar la cirugía de forma rutinaria en todos pacientes con **tuberculosis ósea**.
DÉBIL	En los pacientes con afectación **tuberculosa vertebral**, se debe considerar la cirugía correctora u ortopédica en los casos que existe un riesgo elevado de lesión medular o inestabilidad de la columna con el fin de conseguir una estabilización mecánica.
DÉBIL	En función de la evolución clinicorradiológica de los pacientes con **tuberculosis ósteoarticular**, se puede considerar una pauta más prolongada, de hasta nueve meses de duración.
FUERTE	Los pacientes con **meningitis tuberculosa** deben seguir una pauta más prolongada, de hasta doce meses de duración.
FUERTE	En los pacientes con **meningitis tuberculosa** estadio II y III, se recomienda el tratamiento adyuvante con corticosteroides durante la fase inicial (prednisolona 60 mg/día durante cuatro semanas).
DÉBIL	En los niños con **meningitis tuberculosa**, se recomienda el tratamiento adyuvante con corticosteroides durante la fase inicial (prednisolona 60 mg/día durante cuatro semanas).
DÉBIL	En los niños con **meningitis tuberculosa** e hidrocefalia se debe considerar la colocación de una derivación ventricular.
FUERTE	En los pacientes con **tuberculosis pericárdica**, se recomienda el tratamiento adyuvante con corticosteroides durante la fase inicial (prednisolona 60 mg/día durante cuatro semanas).
FUERTE	Se recomienda no practicar pericardiocentesis de forma rutinaria en los pacientes con **pericarditis tuberculosa** que presentan algún grado de efusión pericárdica.
DÉBIL	En los pacientes con **pericarditis tuberculosa**, se puede considerar la pericardiocentesis evacuadora en aquellos casos que exista riesgo de taponamiento pericárdico o compromiso funcional.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Supervisión del tratamiento	
✓	La responsabilidad del éxito del tratamiento debe ser compartida entre los profesionales sanitarios a cargo de los pacientes y las autoridades sanitarias que aportan los medios necesarios.
✓	En todo paciente con tuberculosis que inicia tratamiento antituberculoso, se debe valorar el grado de adherencia potencial al tratamiento y realizar un seguimiento de la misma.
✓	Se debe motivar al paciente y destacar la importancia de conseguir una adherencia completa al tratamiento, tanto de la infección como de la tuberculosis activa.
✓	Las diferentes estrategias para incrementar la adherencia deben ser individualizadas en cada caso y consensuadas con el paciente.
FUERTE	No se recomienda la aplicación generalizada de la terapia directamente observada en todos los pacientes que reciben tratamiento para la tuberculosis.
FUERTE	Se recomiendan pautas directamente observadas en ciertas situaciones como en pacientes indigentes, sin domicilio fijo, con una sospecha importante de bajo cumplimiento, con historia previa de bajo cumplimiento o en niños.
FUERTE	Se recomiendan diferentes estrategias para incrementar la adherencia como las cartas de recordatorio, llamadas telefónicas, las intervenciones educativas o las visitas a domicilio.
Tratamiento en grupos especiales	
✓	El manejo terapéutico de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH lo debe llevar a cabo un especialista en ambas infecciones.
DÉBIL	En los pacientes adultos y niños con infección por el VIH y tuberculosis pulmonar no tratada previamente, se recomienda una pauta de seis meses de duración con isoniacida y rifampicina y suplementada los dos primeros meses por pirazinamida y etambutol.
FUERTE	En las pautas de tratamiento de pacientes con tuberculosis e infección por el VIH, se recomienda mantener la rifampicina, siempre que sea posible.
✓	La introducción del tratamiento antirretroviral en un paciente que recibe tratamiento antituberculoso debe valorarse individualmente atendiendo al estado inmunológico y con el objetivo de evitar interacciones entre los tratamientos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	En los pacientes con infección por el VIH y > 350 linfocitos CD4 se sugiere realizar primero el tratamiento antituberculoso e introducir, una vez completado, el tratamiento antirretroviral.
✓	En los pacientes con infección por el VIH y entre 200 y 350 linfocitos CD4, se sugiere introducir el tratamiento antirretroviral tras los dos primeros meses de tratamiento antituberculoso.
✓	En los pacientes con infección por el VIH y < 200 CD4 se sugiere introducir el tratamiento antirretroviral entre las dos y ocho semanas del inicio del tratamiento antituberculoso, si éste presenta una correcta tolerancia.
✓	En los niños, es razonable introducir el tratamiento antirretroviral entre las dos y ocho semanas del inicio del tratamiento antituberculoso, valorando individualmente el estado inmunológico del paciente y la conveniencia del tratamiento conjunto. En caso de gravedad pueden iniciarse ambas terapias simultáneamente.
DÉBIL	Se recomienda la sustitución de la rifampicina por la rifabutina en una pauta antituberculosa de 18 meses si existe un elevado riesgo elevado de interacciones o con el tratamiento antirretroviral.
✓	El manejo de los pacientes con enfermedad hepática crónica debe realizarlo un especialista, sobre todo si se encuentra en fases clínicas evolucionadas.
✓	Se debe disponer de una analítica con la función hepática antes de iniciar el tratamiento antituberculoso y repetirla regularmente, sobre todo en aquellos pacientes con un consumo crónico de alcohol, en tratamiento con otros fármacos hepatotóxicos, con infección crónica por virus de la hepatitis o por el VIH o con una enfermedad hepática conocida.
✓	La estreptomicina y el etambutol requieren de ajustes de dosis en los pacientes con insuficiencia renal.
✓	En la mayoría de los casos, se sugiere realizar un tratamiento antituberculoso estándar en las mujeres embarazadas.
Principios generales del tratamiento de casos resistentes	
✓	El manejo de un paciente con tuberculosis multirresistente debe realizarlo un especialista.
✓	Las pautas de tratamiento de tuberculosis multirresistente deben constar de al menos cuatro fármacos a los que el paciente no ha mostrado ser resistente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

FUERTE	En los pacientes con tuberculosis multirresistentes, se recomienda una duración mínima del tratamiento de 18 meses, siguiendo una pauta de tratamiento directamente observado.
✓	Un paciente con tuberculosis multirresistente puede considerarse curado si ha completado el primer año de tratamiento y presenta al menos cinco cultivos negativos (recogidos mensualmente).
FUERTE	Se recomienda realizar el estudio de sensibilidad en los casos de retratamiento.
✓	En los pacientes que abandonan el tratamiento durante menos de un mes con un seguimiento completo, se sugiere reiniciar el tratamiento hasta completar la pauta.
✓	En los pacientes que abandonan el tratamiento durante más de un mes o con una baciloscopia positiva durante la interrupción, se sugiere iniciar de nuevo la pauta desde el inicio.
Seguimiento del paciente	
✓	Si se dispone de la experiencia y de los medios suficientes, el tratamiento, el control y el aislamiento de la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar puede realizarse a nivel de atención primaria.
✓	Existen una serie de condiciones clínicas en las que se aconseja un seguimiento específico por atención especializada e incluso ingreso hospitalario.
✓	Es importante conocer los centros especializados de referencia de cada zona donde se debe dirigir el paciente en caso de estar indicado.
✓	El seguimiento de las personas que inician tratamiento para la tuberculosis debe consistir en un seguimiento clínico, analítico y microbiológico en las dos primeras semanas para posteriormente realizar un seguimiento clínico mensual, analítico y bacteriológico cada dos meses y el control radiológico y bacteriológico al finalizar del tratamiento.
✓	En los casos con alteraciones analíticas, cultivos positivos tras el segundo mes, si se sospecha alguna complicación o en niños el seguimiento clínico debe ser aún más estrecho.
✓	En los pacientes que presentan valores de los enzimas hepáticos cinco veces superiores a los valores normales, o con signos y síntomas de colestasis, se debe interrumpir toda medicación con potencial hepatotóxico y realizar un estrecho seguimiento para valorar su reintroducción o el cambio por pautas con fármacos no hepatotóxicos.
DÉBIL	En la mayoría de los pacientes no se recomienda el seguimiento clínico tras haber completado correctamente el tratamiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Prevención de la tuberculosis

Medidas de aislamiento	
FUERTE	Los pacientes con tuberculosis pulmonar o laríngea deben permanecer en aislamiento respiratorio, mientras se sospeche capacidad contagiante.
DÉBIL	Se puede realizar el aislamiento respiratorio en el domicilio siempre que sea posible, excepto en los casos de enfermedad grave o con complicaciones.
✓	Todo centro sanitario debe disponer de una serie de medidas (organizativas y estructurales) orientadas a disminuir la transmisión nosocomial de la tuberculosis.
✓	De forma complementaria a estas medidas, los pacientes con tuberculosis, en los que se sospeche capacidad contagiante, deben usar una mascarilla quirúrgica mientras estén en zonas comunes de los centros sanitarios.
✓	El personal sanitario que trabaje en áreas de riesgo debe realizarse una prueba de la tuberculina en el momento de la incorporación laboral y periódicamente si la prueba es negativa.
Estudio convencional de contactos	
FUERTE	Se recomienda iniciar precozmente un estudio de contactos ante el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, pleural o laríngea, siendo prioritario en las formas más contagiosas como formas pulmonares cavitadas y/o con baciloscopia de esputo positiva.
✓	El estudio de contactos debe constar de una historia clínica, la prueba de la tuberculina a los contactos de **prioridad alta y media** y una radiografía de tórax a los positivos a la prueba de tuberculina para descartar enfermedad.
✓	En el contexto de un estudio de contactos, se considerará que la prueba de la tuberculina es positiva cuando presente una induración ≥ 5 mm, independientemente del antecedente de haber recibido la vacuna BCG.
✓	Se debe repetir la prueba de la tuberculina, sólo si ésta ha sido negativa y han transcurrido menos de ocho semanas del último contacto.
DÉBIL	Se recomienda un test IGRA, como complemento a la prueba de la tuberculina si ésta ha sido positiva en personas que han recibido vacunación con BCG previa (especialmente en los 15 años previos); o bien, si ha sido negativa en personas con algún tipo de inmunosupresión y en niños menores de 5 años.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento de la infección tuberculosa latente	
FUERTE	Se recomienda no practicar la prueba de la tuberculina en la población con un bajo riesgo de infección para el cribado de la infección tuberculosa latente.
FUERTE	En la mayoría de las personas inmunocompetentes con una prueba de la tuberculina positiva se recomienda administrar isoniacida un mínimo de seis meses para la prevención de la tuberculosis.
FUERTE	En las personas con una prueba de la tuberculina positiva y un alto riesgo de desarrollar una tuberculosis se recomienda administrar nueve meses de isoniacida.
FUERTE	Para la prevención de la tuberculosis se recomienda no emplear la pauta de 12 meses de duración.
FUERTE	En las personas inmunocompetentes se recomienda no emplear la rifampicina junto con pirazinamida por su elevada toxicidad.
DÉBIL	Pautas alternativas como la combinación de rifampicina e isoniacida (tres meses) o la rifampicina sola (cuatro meses) también se recomiendan para la prevención de la tuberculosis.
DÉBIL	Ante una posible resistencia a la isoniacida en el caso índice, se recomienda el tratamiento de los contactos con rifampicina durante cuatro meses.
FUERTE	En las personas con una prueba de la tuberculina positiva e infección por el VIH se recomienda administrar isoniacida durante un mínimo de nueve meses para la prevención de la tuberculosis.
DÉBIL	En las personas con una prueba de la tuberculina positiva e infección por el VIH, la combinación de rifampicina e isoniacida (3 meses) también se recomienda para la prevención de la tuberculosis.
DÉBIL	En los pacientes con una prueba de la tuberculina positiva e infección por el VIH puede considerarse la combinación de rifampicina y pirazinamida (dos meses).
DÉBIL	En niños y adolescentes con una prueba de la tuberculina positiva, se recomienda el tratamiento, a las dosis adecuadas, con alguna de las pautas utilizadas habitualmente en adultos para la prevención de la tuberculosis.
✓	En los lactantes nacidos de madre con tuberculosis pulmonar y con una baciloscopia positiva, se sugiere la profilaxis con isoniacida durante seis meses además del uso de mascarilla hasta que la madre deje de ser contagiosa o la separación del recién nacido si se sospecha el desarrollo de resistencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	En las mujeres embarazadas, independientemente de la edad gestacional con tuberculina positiva reciente (menos de dos años) tras contacto con paciente bacilífero se sugiere administrar isoniacida con suplementos de vitamina B6.
DÉBIL	Se recomienda no iniciar el tratamiento de la infección latente en los contactos de los enfermos con tuberculosis multirresistente.
✓	Se debe tomar una actitud activa para valorar y estimular la adherencia durante todo el tratamiento. En los casos de tratamiento con pautas intermitentes se debería adoptar una estrategia de observación directa de la toma de medicación.
✓	Se debe realizar un seguimiento analítico cada dos meses de la función hepática en las personas que reciben tratamiento de infección tuberculosa latente, sobre todo con isoniacida.
DÉBIL	Se recomienda la profilaxis primaria con isoniacida (300 mg/día o 5 mg/kg/día) durante ocho a doce semanas en niños con una edad inferior a 5 años, personas con la infección por VIH o con alteración del sistema inmunitario que han tenido contacto con pacientes con capacidad contagiosa.
Vacunación	
FUERTE	En nuestro entorno, se recomienda no administrar la vacuna BCG de forma sistemática.
✓	Se sugiere la vacunación BCG en personal sanitario o en el que, existiendo un alto riesgo de transmisión de tuberculosis multirresistente las otras estrategias de control no pueden ser implantadas o han fracasado.
✓	No se debe administrar la vacuna BCG en personas que ya están infectadas.
✓	No debe descartarse el diagnóstico de tuberculosis en una persona vacunada que presente clínica sugestiva de dicha enfermedad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.