V Jornada Malalties Infeccioses a l'Atenció Primària

Tuberculosi a l'Atenció Primària

Laura Clotet

Anna Ferrer

Germiap Grup Tuberculosi

Barcelona, 2 de novembre de 2026

Control de la Tuberculosi. Objectius.

1. Diagnòstic dels casos
2. Tractament complert del casos
3. Estudi de contactes dels casos TB pulmonar/respiratòria
4. Cribratge grups de risc

Cas clínic

- Dona de 21 anys estudiant universitària demana telefònica urgent per “tuberculosi” i l’administratiu l’insereix sobreafegida.
- La truquem. Ens diu que a la seva facultat algú està fent proves per que una professora ha estat diagnosticada de tuberculosi recentment.
- Què hem de preguntar-li a la noia?

Propostes d'actuació: què faríeu?

- A) Adrecem a Unitat de Tuberculosi hospitalària per que li facin l'estudi de contactes
- B) Enviem a Urgències Hospital de Referència
- C) No ens posem nerviosos...anem a buscar si la infermera té.....i iniciem un .....
- D) Cap de les anteriors, la tuberculosi no existeix en el nostre mitjà i la noia exagera

Fluxe temporal

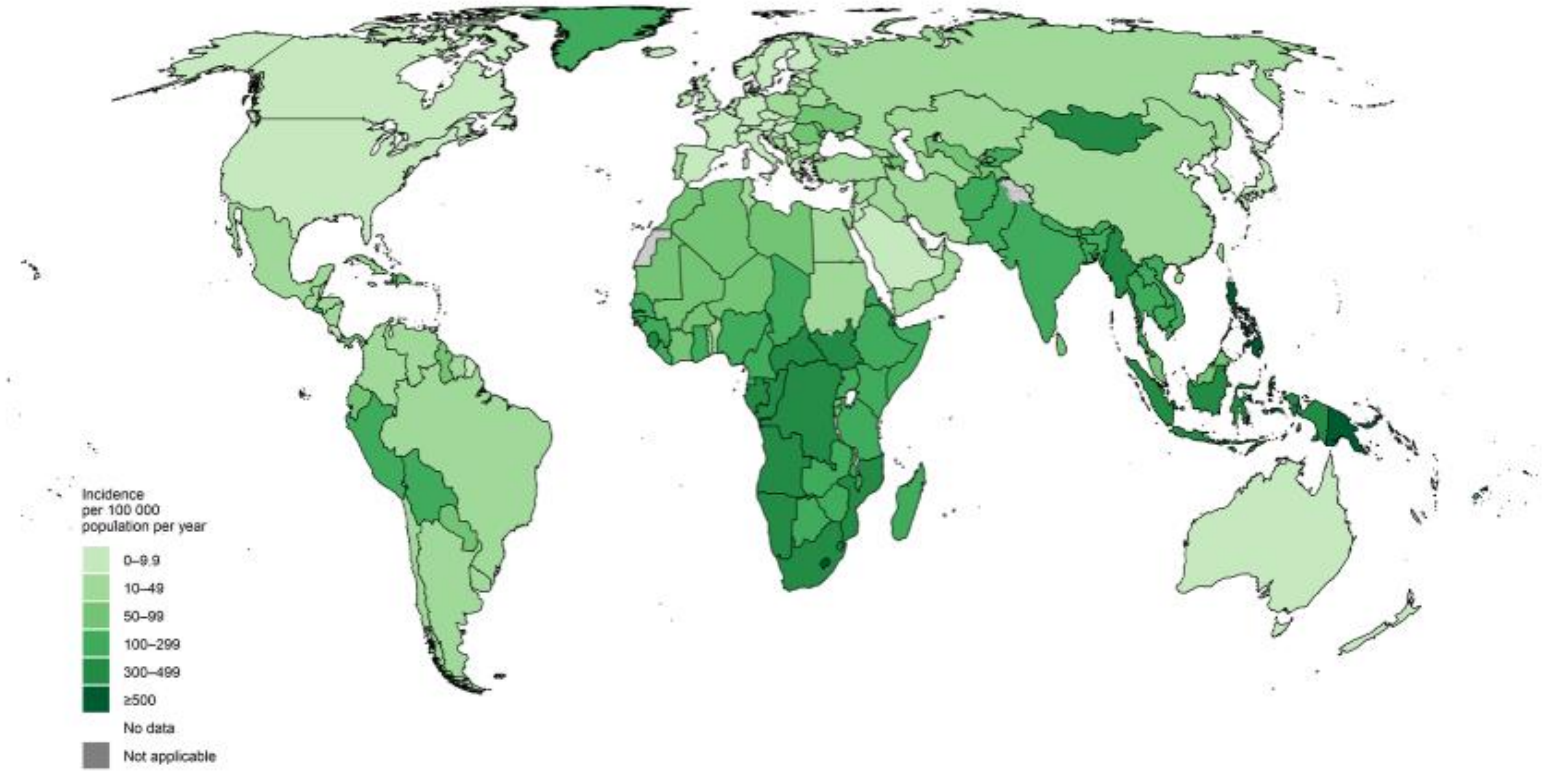
- Per decidir el moment en què s'ha d'iniciar l'estudi, s'ha de tenir en compte el període finestra, que és el temps transcorregut des que una persona s'infecta fins que es pot detectar la resposta immunitària a aquesta infecció i que, en general, es considera que són 12 setmanes.

- CAS clínic-→PT de 0 mm. Què cal fer?

Taxes d'incidència :casos nous per 10000 hab any 2024

https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025/tb-disease-burden/1-1-tb-incidence

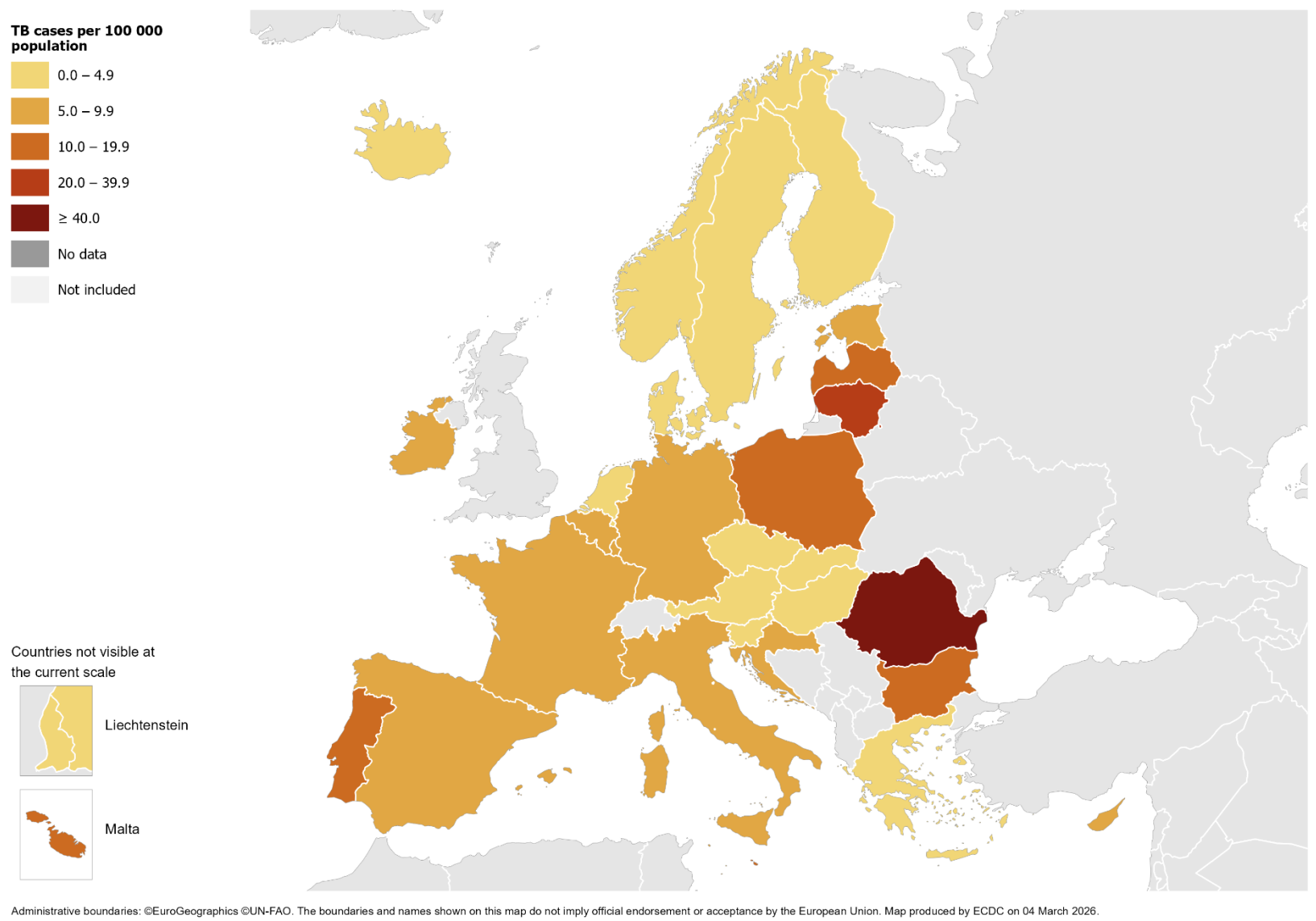
Fig. 1.1.4 Estimated TB incidence rates, 2024



TB notifications, EU/EEA, 2024

38 249 TB cases notified in all EU/EEA countries

Notification rate **8.4** per 100 000 population (range 2.1 – 46.3)



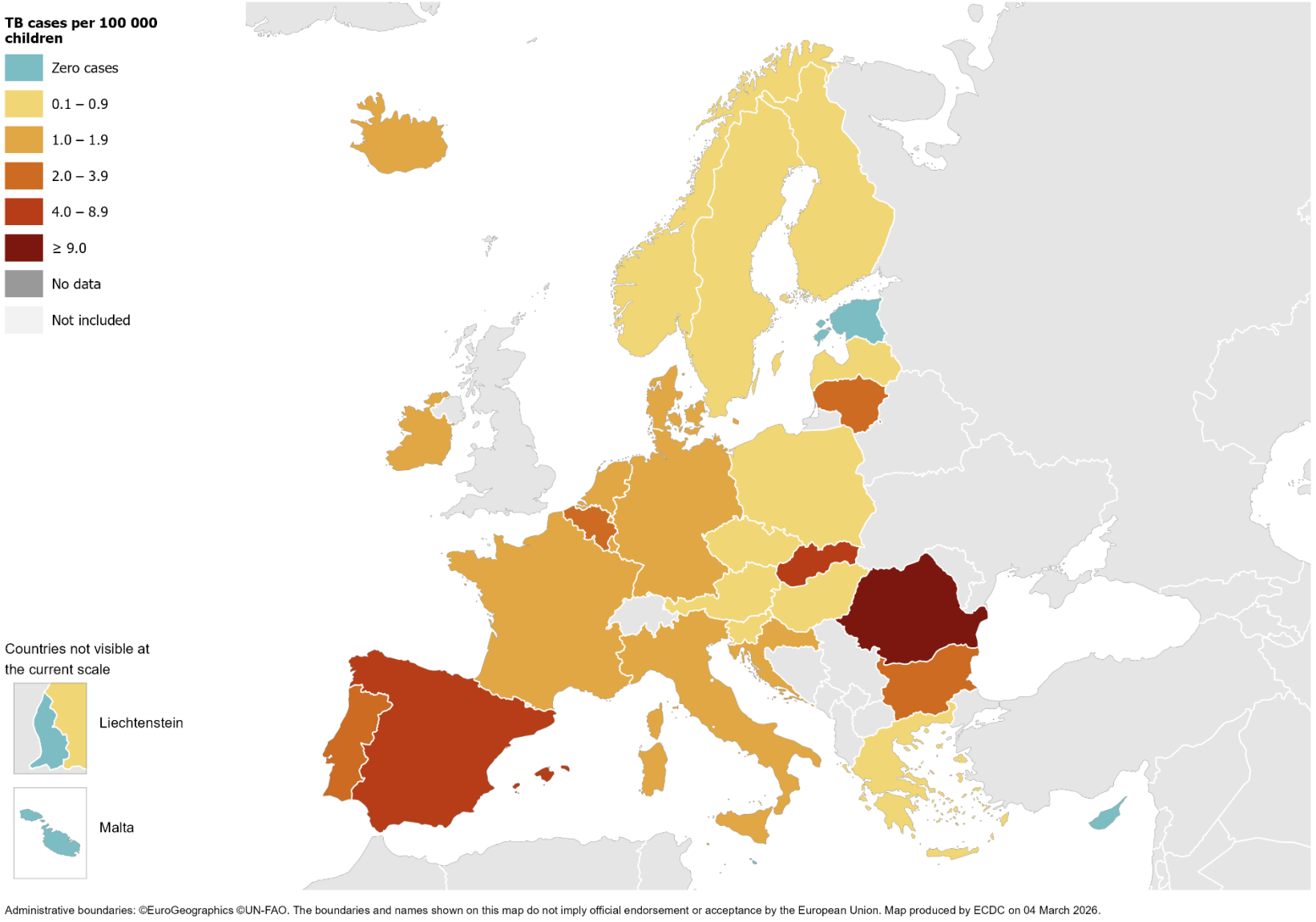
Source: ECDC/WHO (2025). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026–2024 data

TB in children under 15 years, EU/EEA, 2024

1 612 TB cases notified in children under 15 years (new and relapse cases accounted for 1 457)

4.2% of all TB cases (range 0.0–34.1%)

2.4 per 100 000 child population (range 0.0–11.0)



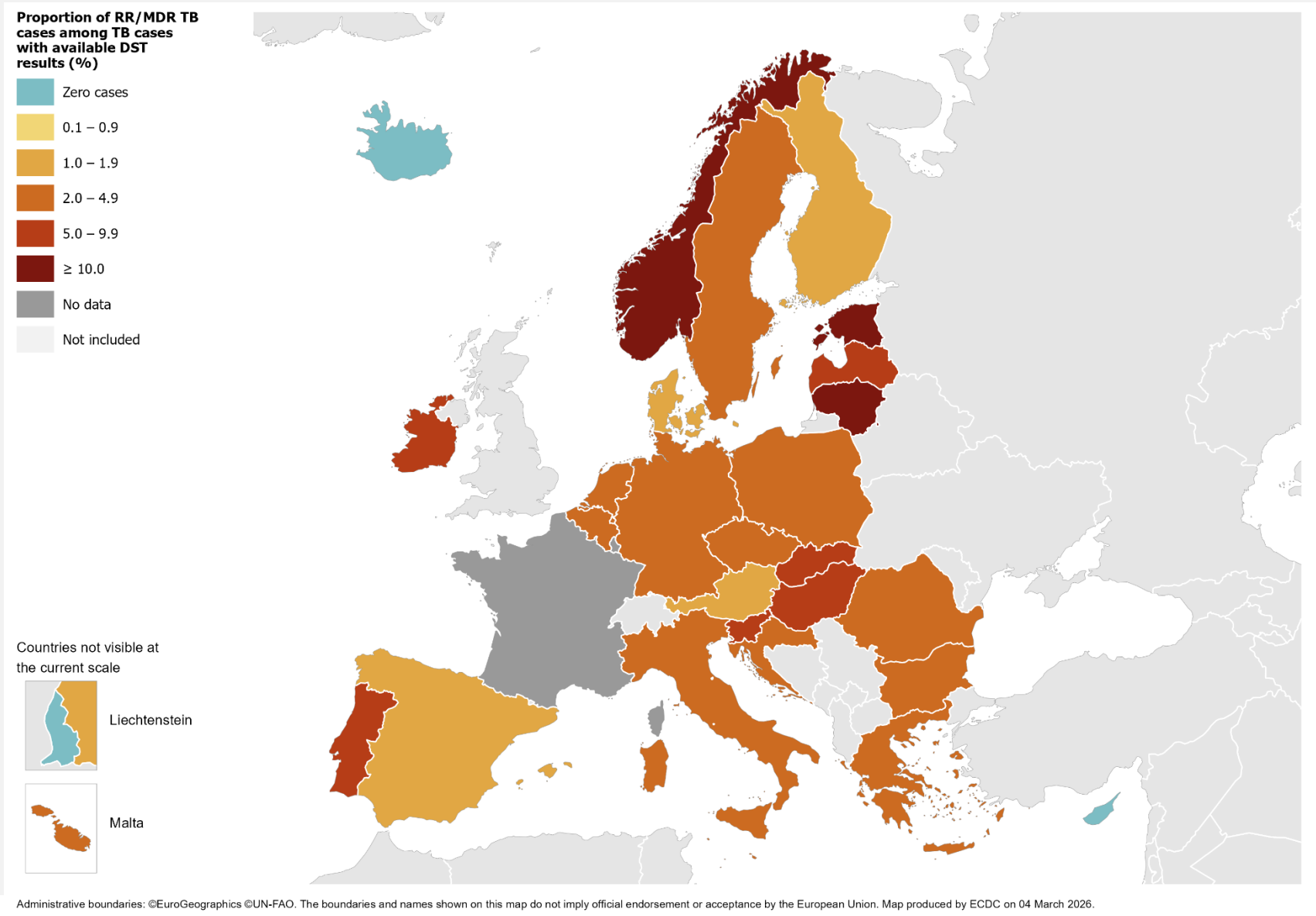
Administrative boundaries: ©EuroGeographics ©UN-FAO. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. Map produced by ECDC on 04 March 2026.

Source: ECDC/WHO (2026). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026–2024 data

RR/MDR TB# cases with available DST results, EU/EEA*, 2024

817 pulmonary RR/MDR TB cases notified by all EU/EEA countries*

4.3% of all TB cases with available DST† results had RR/MDR TB (range 0.0–17.7%, excluding France)



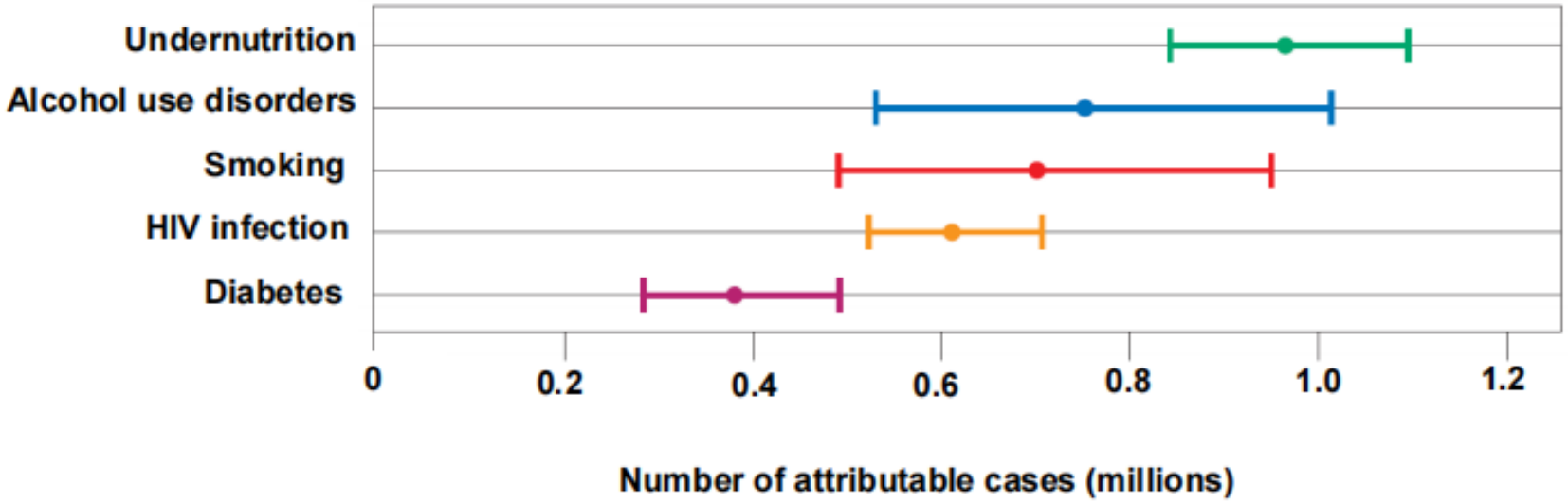
RR/MDR TB – Rifampicin resistant or multidrug resistant.
* Data from France included in the total cases notified and percentage, but not included in the range or the map, as DST results are only available for RR/MDR TB cases.
† DST – drug susceptibility test.

Source: ECDC/WHO (2026). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026–2024 data

Factors de Risc de desenvolupar una TB

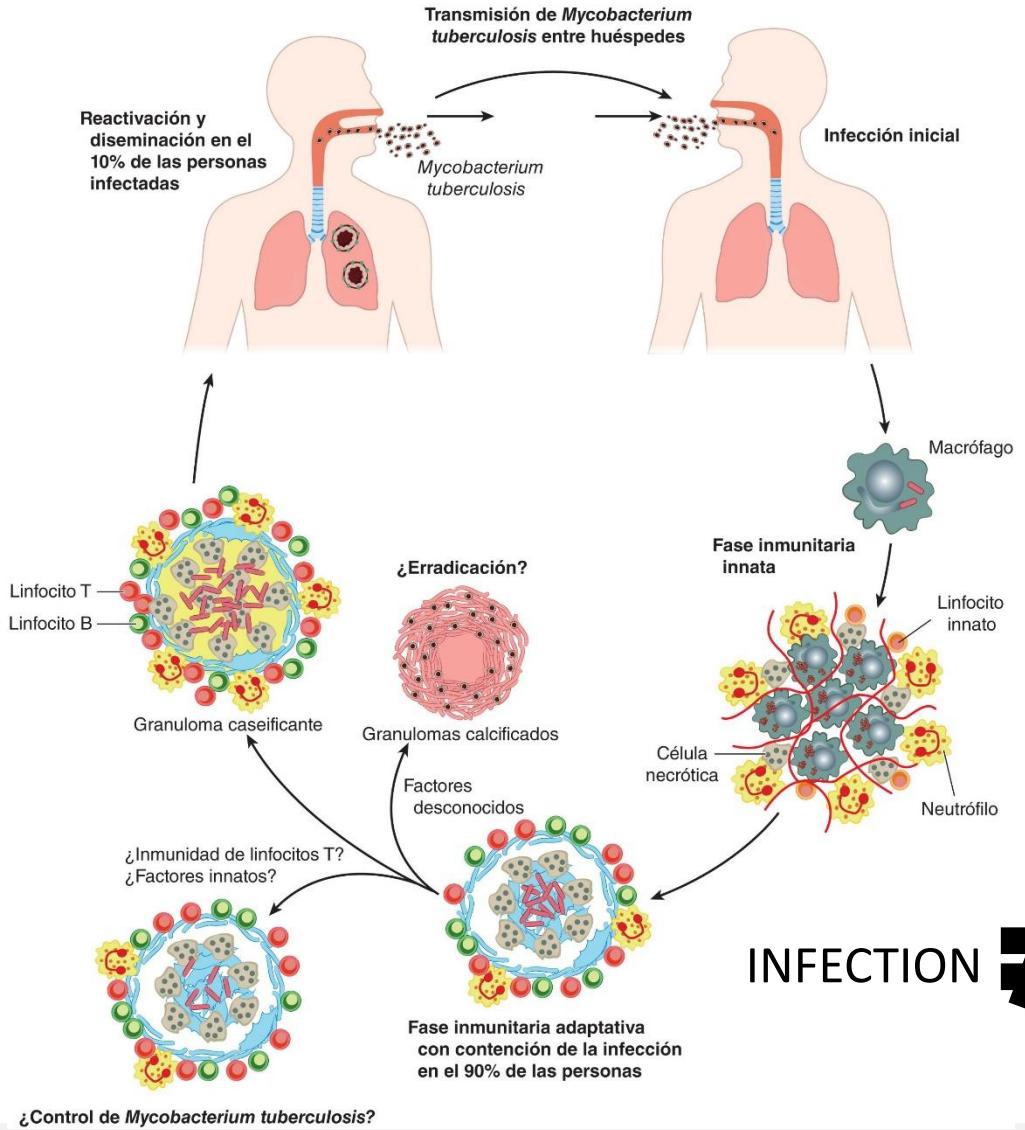
A large number of new TB cases are attributable to five risk factors:

undernutrition, alcohol use, smoking, HIV infection, diabetes



World Health Organization

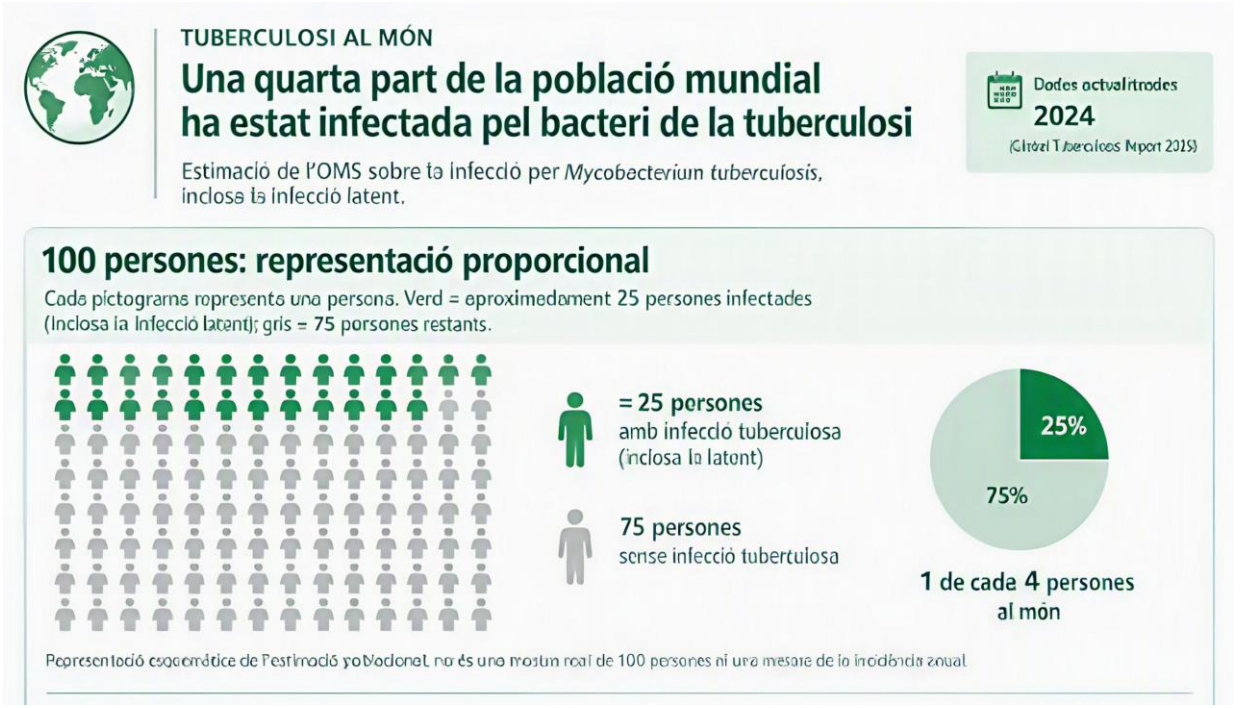
Patogènia infecció M Tuberculosis.



INFECTION ≠ DISEASE

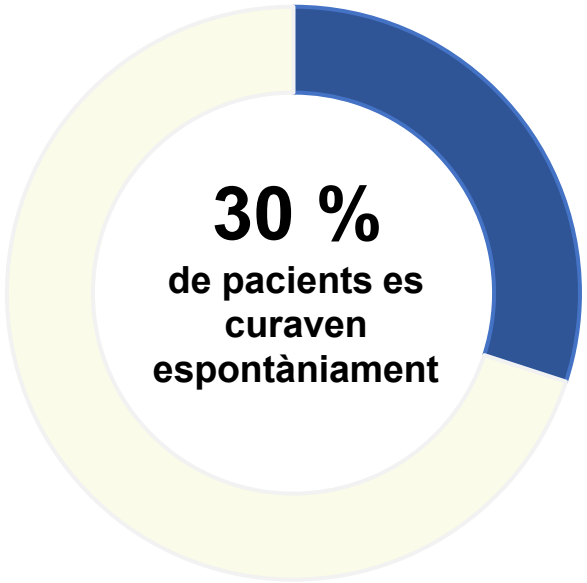
- Patogen humà estricte sense reservori mediambiental (excepte *T. Bovis*)
- Transmissió aèria fonamentalment
- **Important retràs en el seu diagnòstic per símptomes insidiosos i manca de sospita!.**

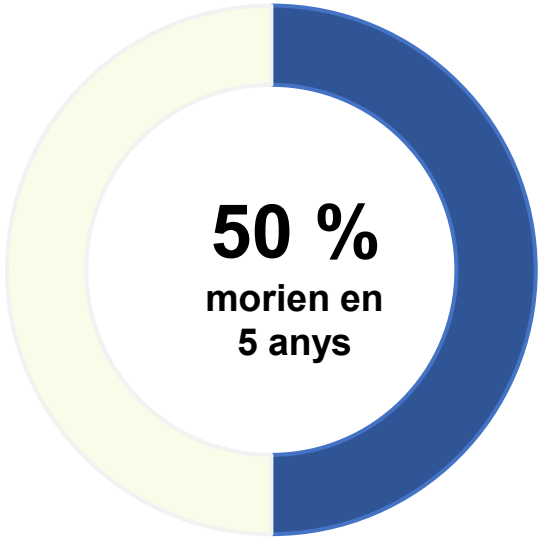
Infecció Tuberculosa

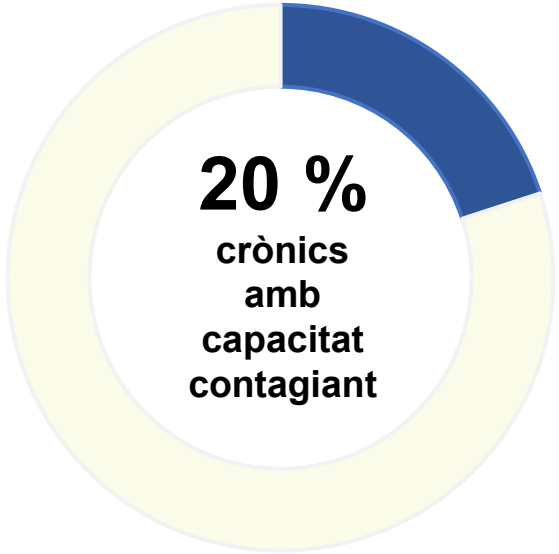


- Resposta immune persistent desencadenada per estimulació front els antígens de *Mycobacterium Tuberculosis* adquirits prèviament per l'organisme.

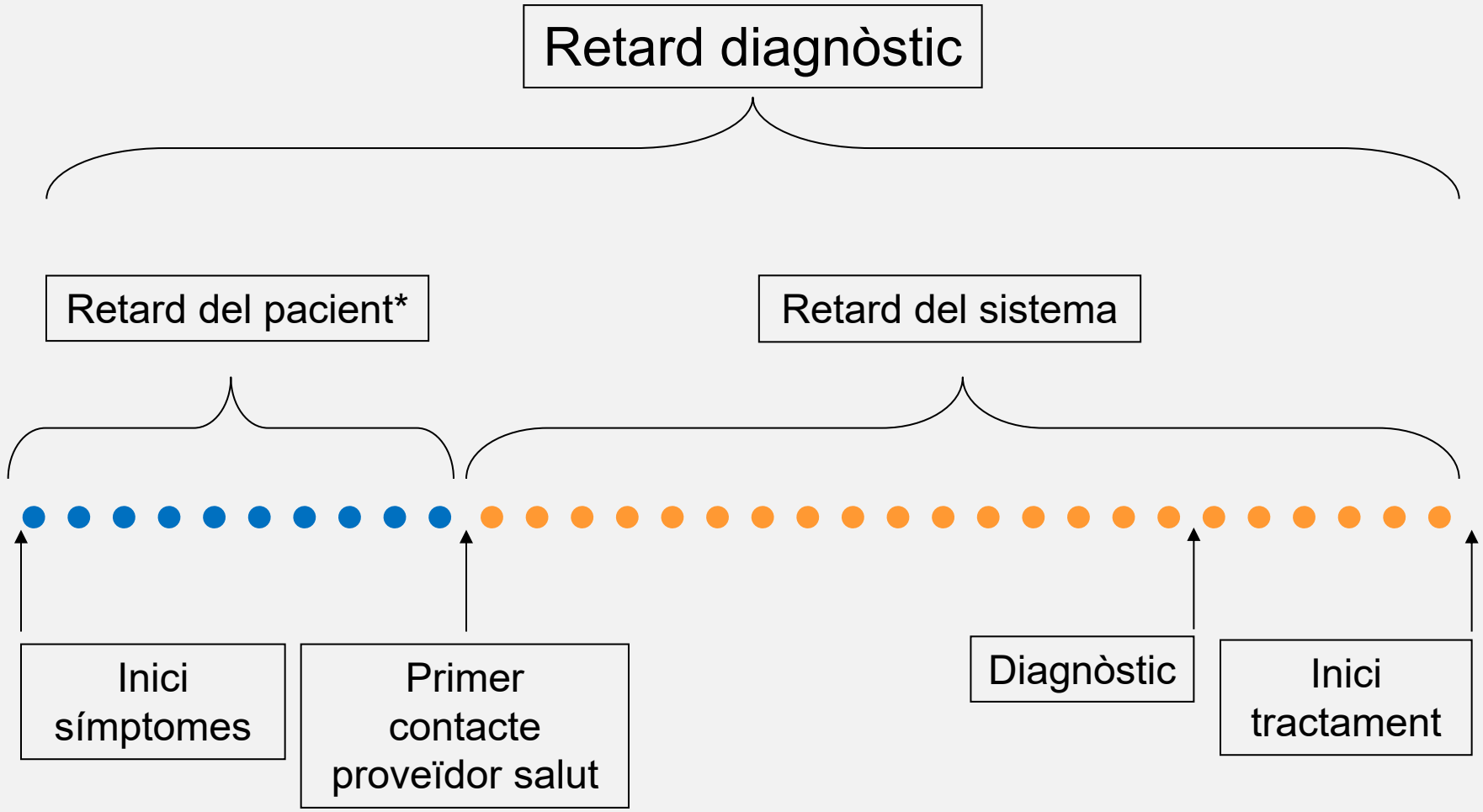
Recordatori: Evolució natural tuberculosi pulmonar



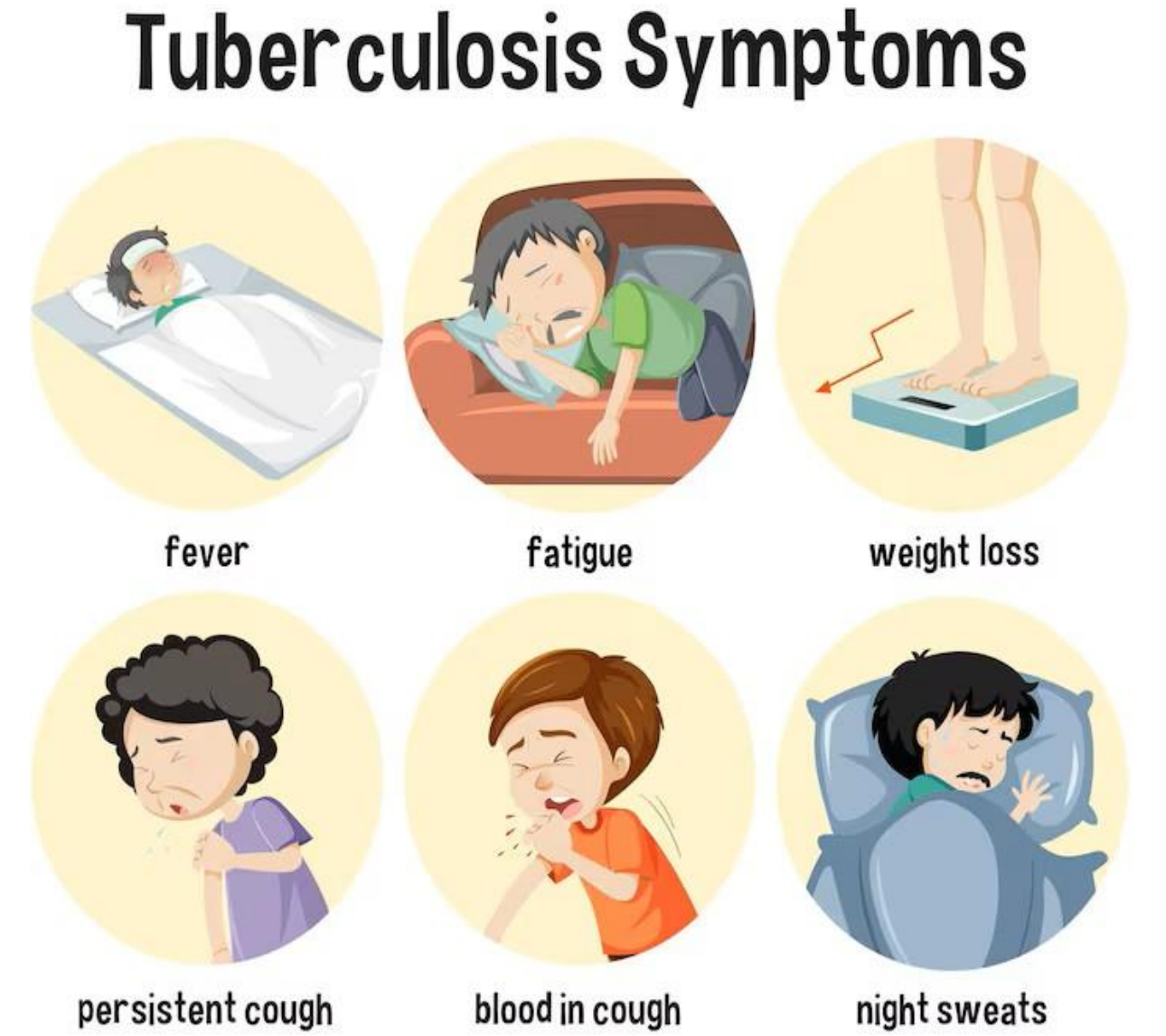




Components del retard diagnòstic



Símptomes MALALTIA tuberculosa



Algunes Rx

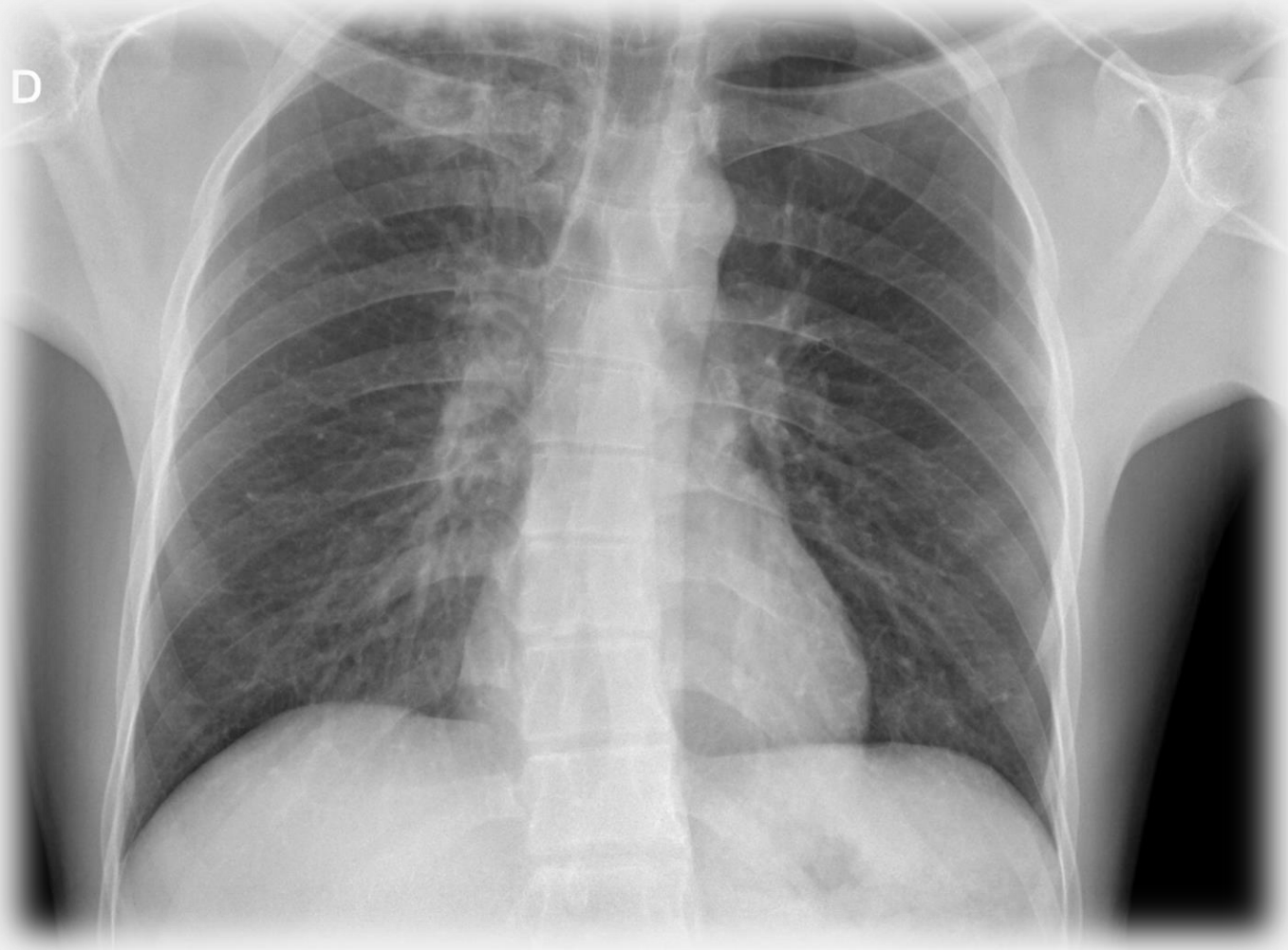
Cas 1
22/10/2023

Consulta a urgències:
Díspnea i tos de més de 2 setmanes

Radiologia segons informe:
No s'evidencien imatges patològicas ni signes radiològics de condensació pulmonar.

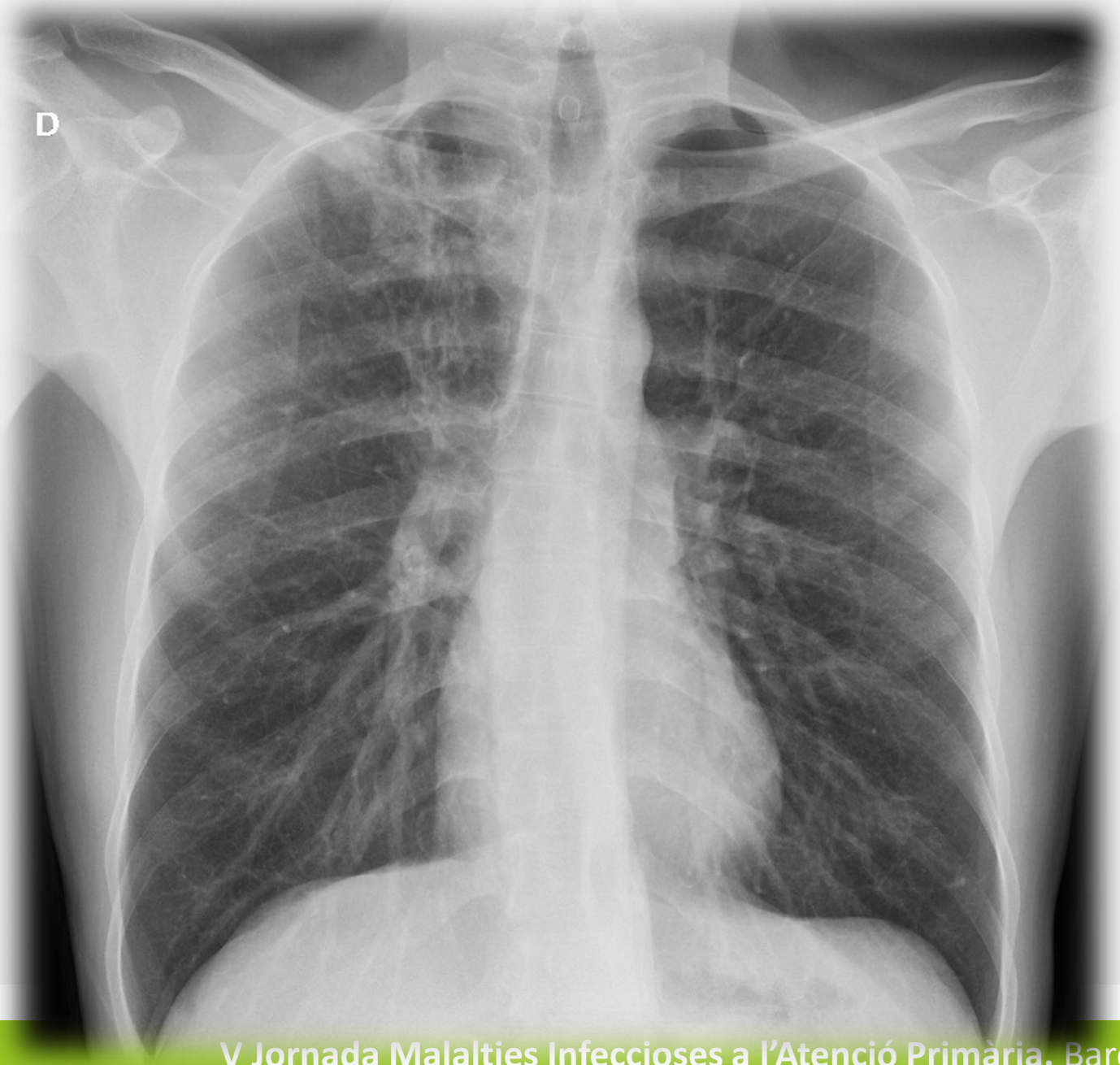
Diagnòstic: esguinç costal

Tractament: Diclofenac i Diazepam



Cas 1
12/01/2024

Rx que no veu ningú

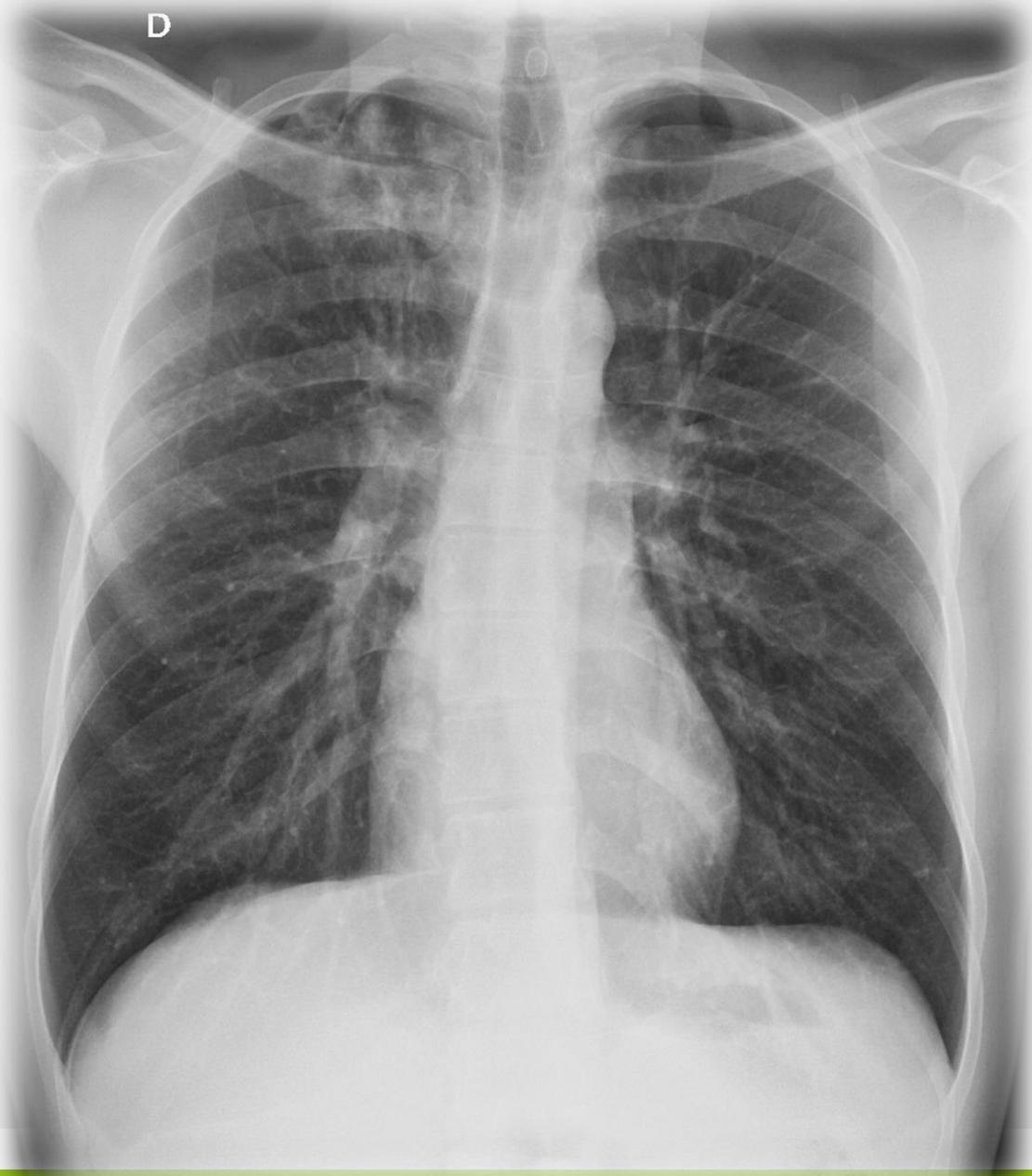


Cas 1
15/02/2024

14/02/2024. Tos i hemoptisis amb posterior pèrdua de coneixement.

Radiografia i TAC toràcic informada com condensació apical dreta.

Ingrés hospital per iniciar tract. Antituberculostàtic.



Cas 2
03/01/2023

- Dona, 25a. Origen Paraguai.
- Consulta per hemoptisis.
- Radiografia urgències: No informada per radiolèg.
- Descripció urgències: radiografia suggestiva de Neumonia
- Tractament:
- AMOXICILINA
- RESP SPIROMAX
- ACTITHIOL MUCOLITICO ANTIHISTAMINICO
- VENTOLIN



Cas 2
Control de Rx a AP. 25/01/2023

- El control de Rx d'un mes posterior al diagnòstic es va informar pel metge capçalera com a normal.
- No informe radiòleg.



Cas 2
23/05/2023

Consulta a **CUAP** per Hemoptisis

Rx tòrax informada per metge com consolidació apical dreta.

I es deriva a **urgències hospitalàries**. Resum informe urgències hospital:

Visitada a CUAP on van realitzar Rx tòrax on no van apreciar infiltrats ni condensacions, amb analítica sense anèmia pero D-Dímer de 568.

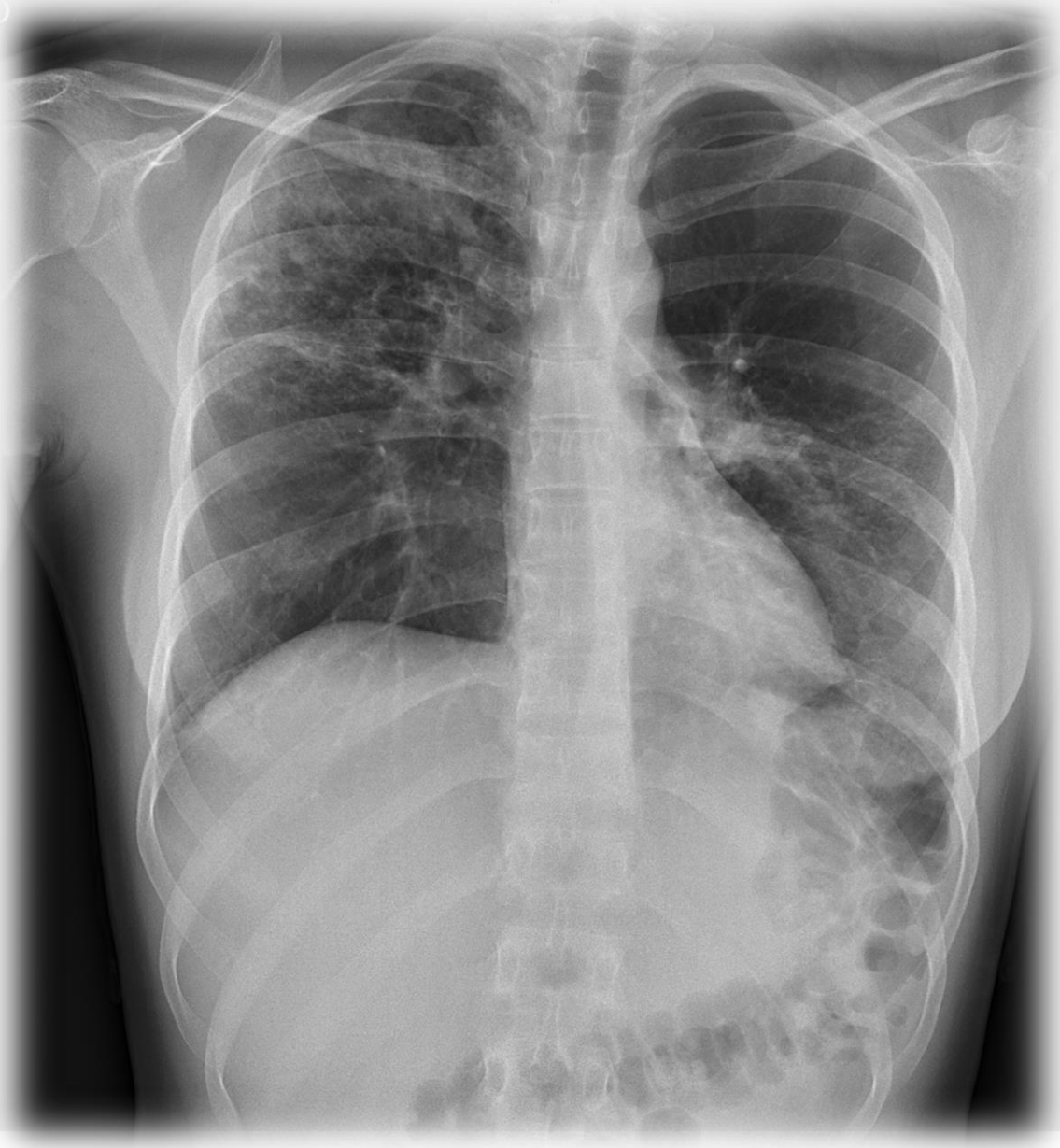
- No contactes de TBC. Episodi semblant al 01/2023 d'expectoració hemoptoica en context de pneumònia, que es va autoresoldre.
- **Tractament:** AmoxicilinaClavulànic, Codeina i Omeprazol. I pautes per consultar amb metge capçalera si persistència de la clínica



Cas 2
27/10/2023

- Consulta a urgències hospital per hemoptisis
- **RX TÒRAX:** aument de densitat a LSD i LIE

- Fàrmacs: Levofloxacino, foster, salbutamol.
- Dono normes d'alarma i reconsulta.
- Seguiment pel seu MF si precisa.

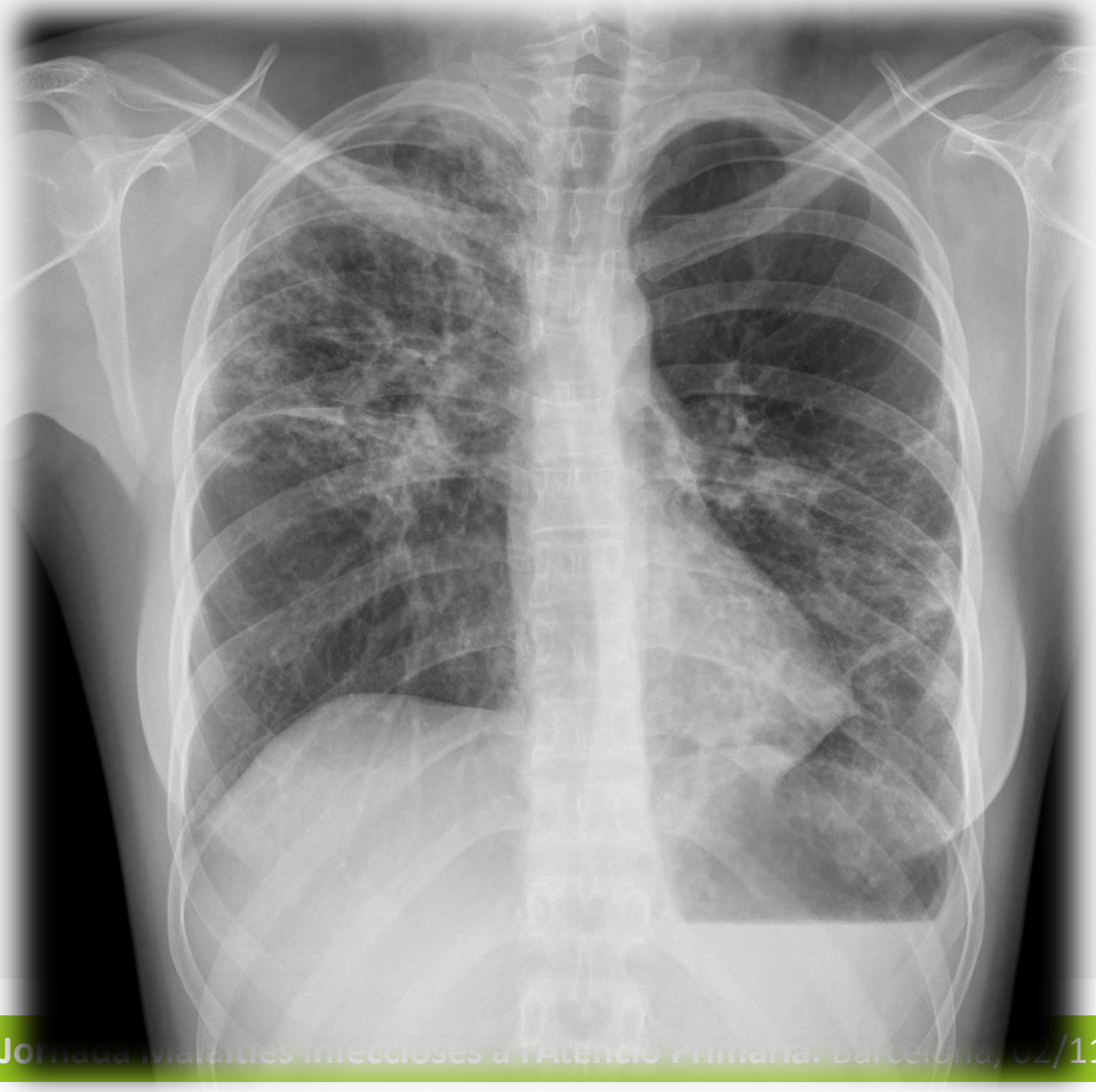


Cas 2
05/02/2024

- Consulta a CUAP per mareig i pèrdua coneixement. Acudeix traslladada pel SEM des d'estació de tren, després de presentar mareig i pèrdua de coneixement que recupera espontàniamente, sense relaxació d'esfínters .
- RX Tórax: infiltrats alveolars difusos a LSD i LII, empitjorament respecte a RX previa.

Es deriva a hospital.

Es realitza radiografia, TAC i broncoscòpia i es diagnostica de tuberculosi pulmonar.

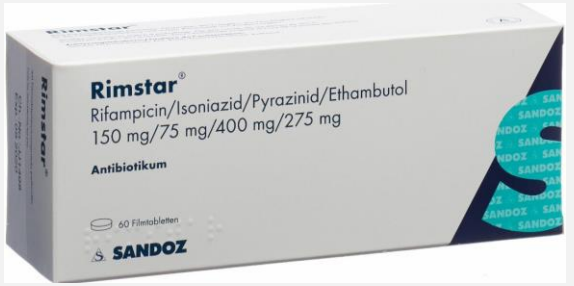


TRACTAMENT MALALTIA TUBERCULOSA

Pauta estàndard:

6 mesos de tractament

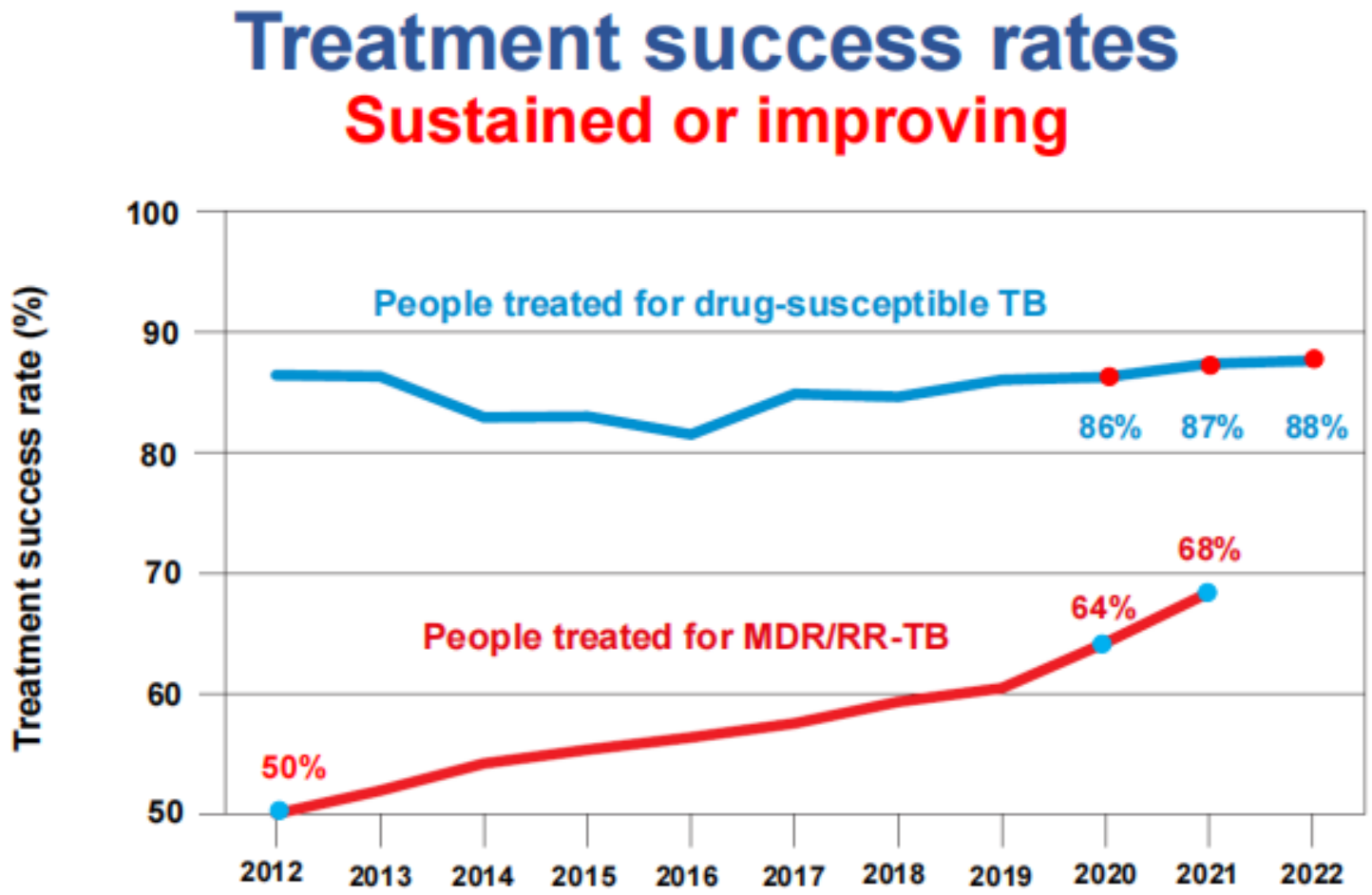
- 2 mesos: HRZE (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol)
- 4 mesos: HR





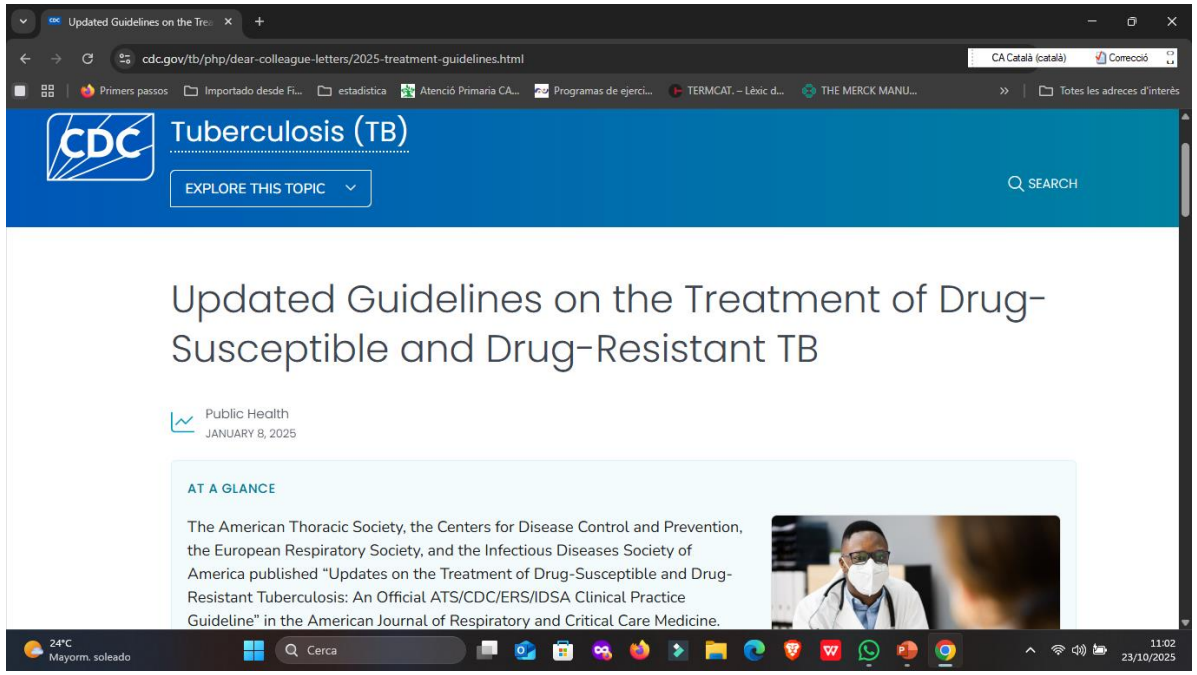
- Dosis ÚNICA, DIÀRIA, en dejú (adaptar horari a "dejú pacient")

TAXES DE CURACIO



NOVA PAUTA TT TBC PULMONAR SENSIBLE

- Tractament de TBC pulmonar sensible en 4 mesos en comptes de sis
- Dos mesos isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), moxifloxacino (M), seguits de dos mesos d'isoniazida, rifampicina, i moxifloxacino (2HPZM/2HPM) per gent major de 12 anys



A mode de resum

	INFECCIÓ	MALALTIA PULMONAR
PT / QF	Positiva	A descartar
Clínica	NO Símptomes	Símptomes compatibles: tos, expectoració, febre de predomini nocturn, pèrdua de pes.
Rx Tòrax	Sense alteracions	Qualsevol lesió pot ser TBC (no sempre cavitada)
Pot contagiar?	NO	SÍ. Microbiologia positiva++
Cal fer Estudi de Contactes?	NO	SÍ
Quin tractament cal? Quines pautes hi ha?	Tractament d'infecció latent (TITL): 3RH, 4R o 9H Afegir 6H	Tractament de tuberculosi activa farmacosensible: 2RHZE + 4RH
MDI	NO (per ara)	SÍ

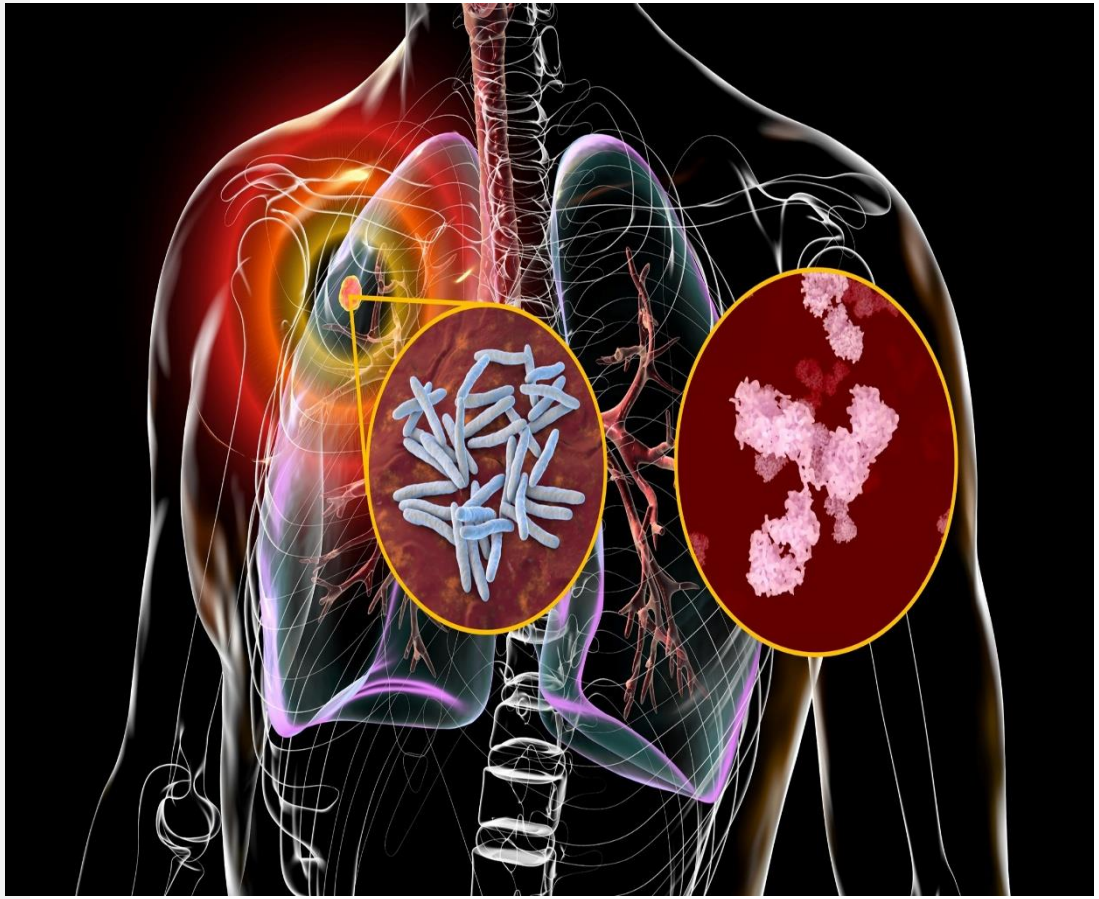
DIAGNÒSTIC D'INFECCIÓ TUBERCULOSA

Sempre amb intenció de tractar..

És prioritari detectar aquelles persones amb alt risc D'emmalaltir o de reactivar una TB antiga.

ESTUDI DE CONTACTES DE TBC RESPIRATÒRIA → SOSPITA DE TBC?? → GRUPS D'ALT RISC D'EMMALALTIR

INDICACIONS ESTUDI DE CONTACTES



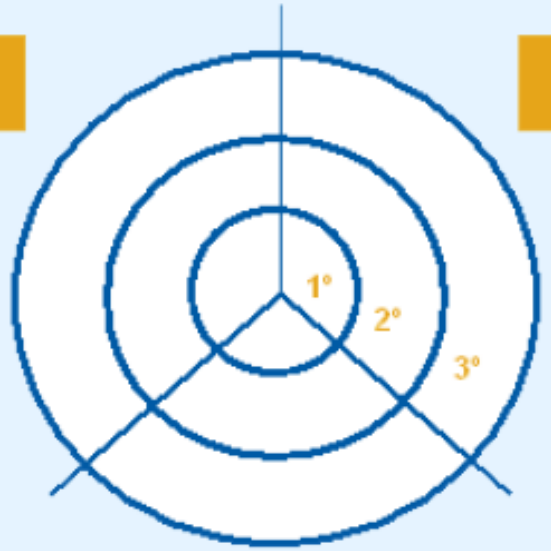
Aquesta foto de Autor desconegut està sota llicència CC BY

Qualsevol dels següents:

- Bacil.loscòpia + en mostra respiratòria
- PCR + en mostra respiratòria
- Cultiu + en mostra respiratòria
- Imatge cavitada en RX de tórax

Risc d'infecció= Hores contacte

Figura 1. ECC en TCB.

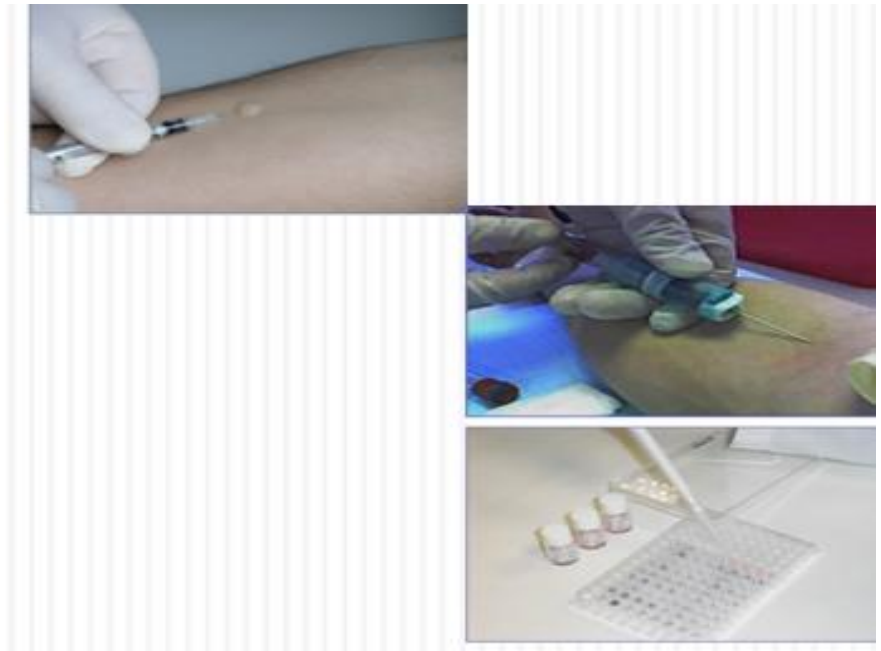


Contacto
1º círculo: Contacto íntimo: diario > 6 h 2º círculo: Contacto frecuente: diario < 6 h 3º círculo: Contacto esporádico: no diario

Clasificación de los contactos, según el sistema de círculos concéntricos y el lugar.

INFECCIÓ TUBERCULOSA LATENT: PROVES PER DETECCIO ITL

Prova de la Tuberculina PT



Prova de la tuberculina (PT) I Prova d'alliberament
D' interferó gamma (IGRA).

Prova alliberament Interferó Gamma IGRAs (Quantiferon®)

Diagnòstic infecció tuberculosa



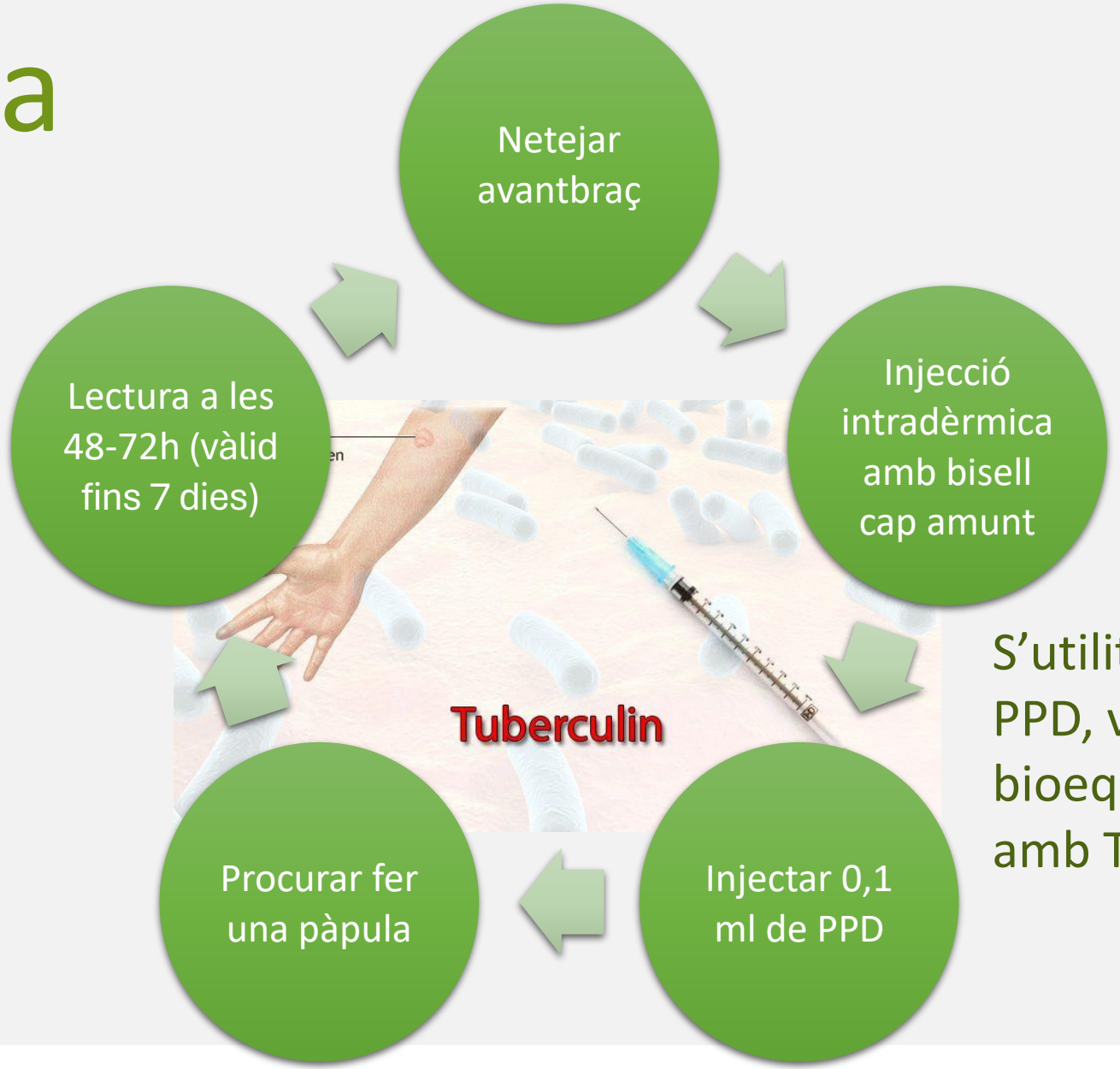
Intadermoreacció de Mantoux feta amb PPD

NO té contraindicacions
Si + previ:NO FER

Si -:es pot repetir (no sensibilitza)
Registrar en mm !!

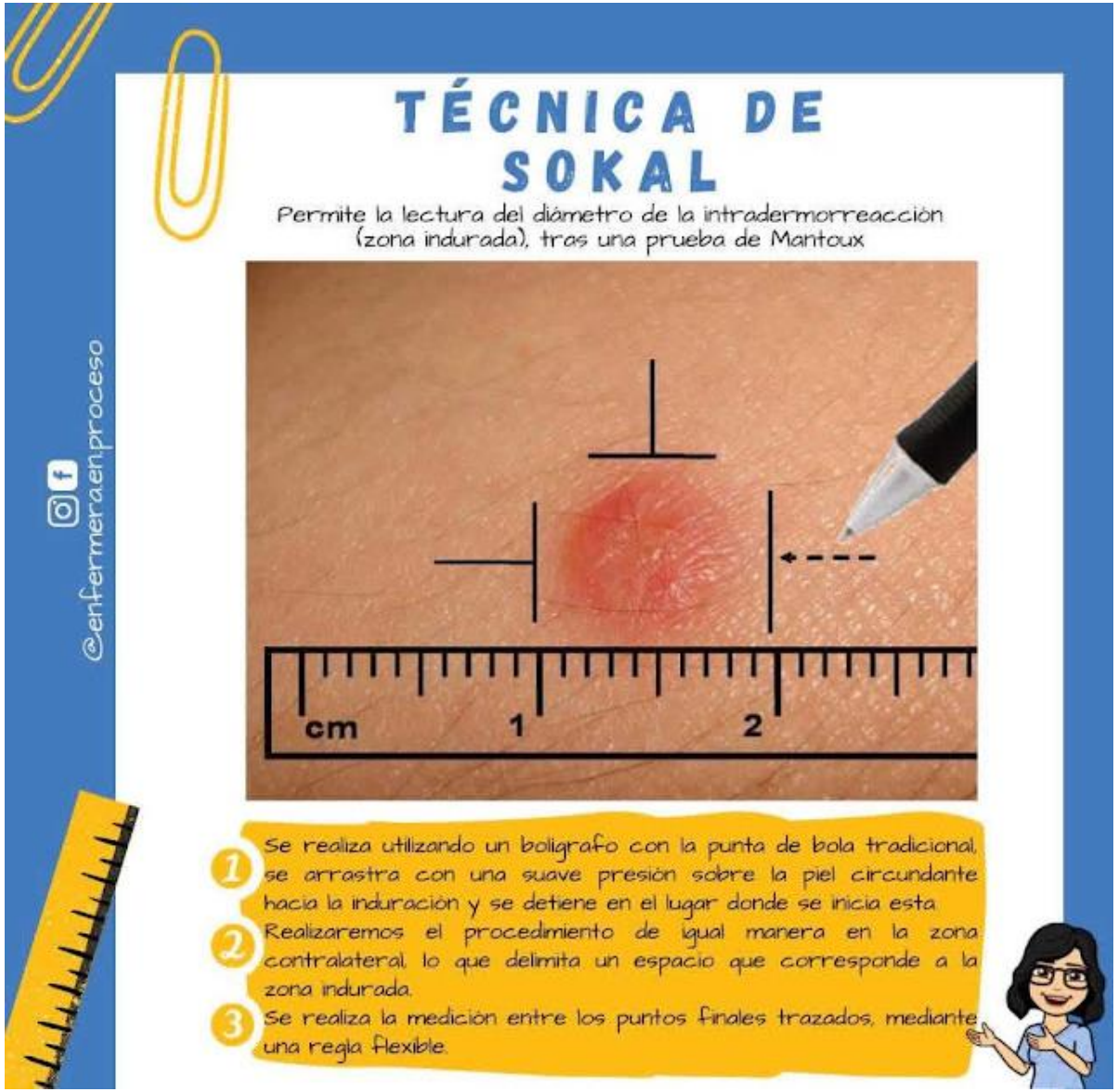
Tècnica

- PT

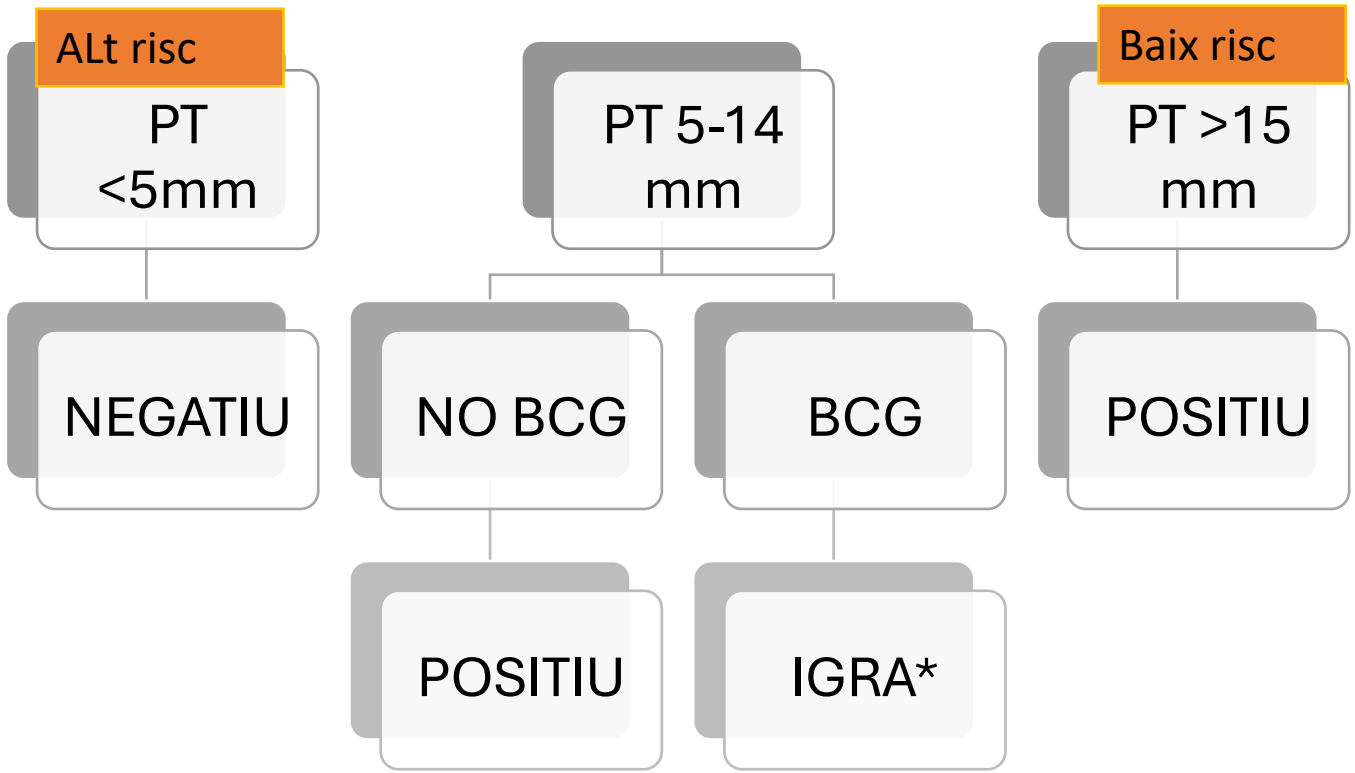


S'utilitzen 2 UT de tuberculina PPD, varietat RT 23 o bioequivalent, i un diluent amb Tween 80

Tècnica Sokal

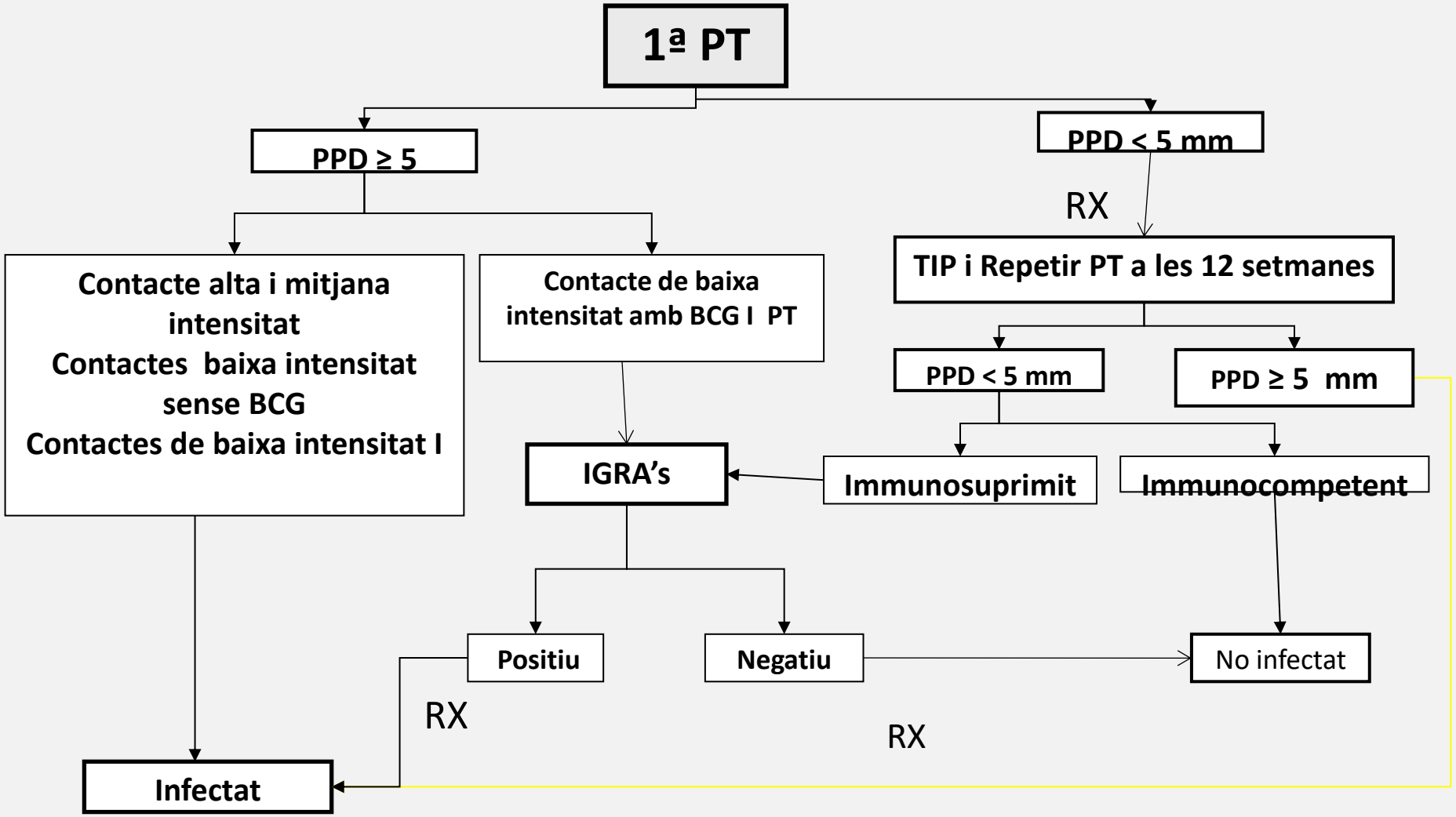


Algoritme de lectura. Seqüencial.



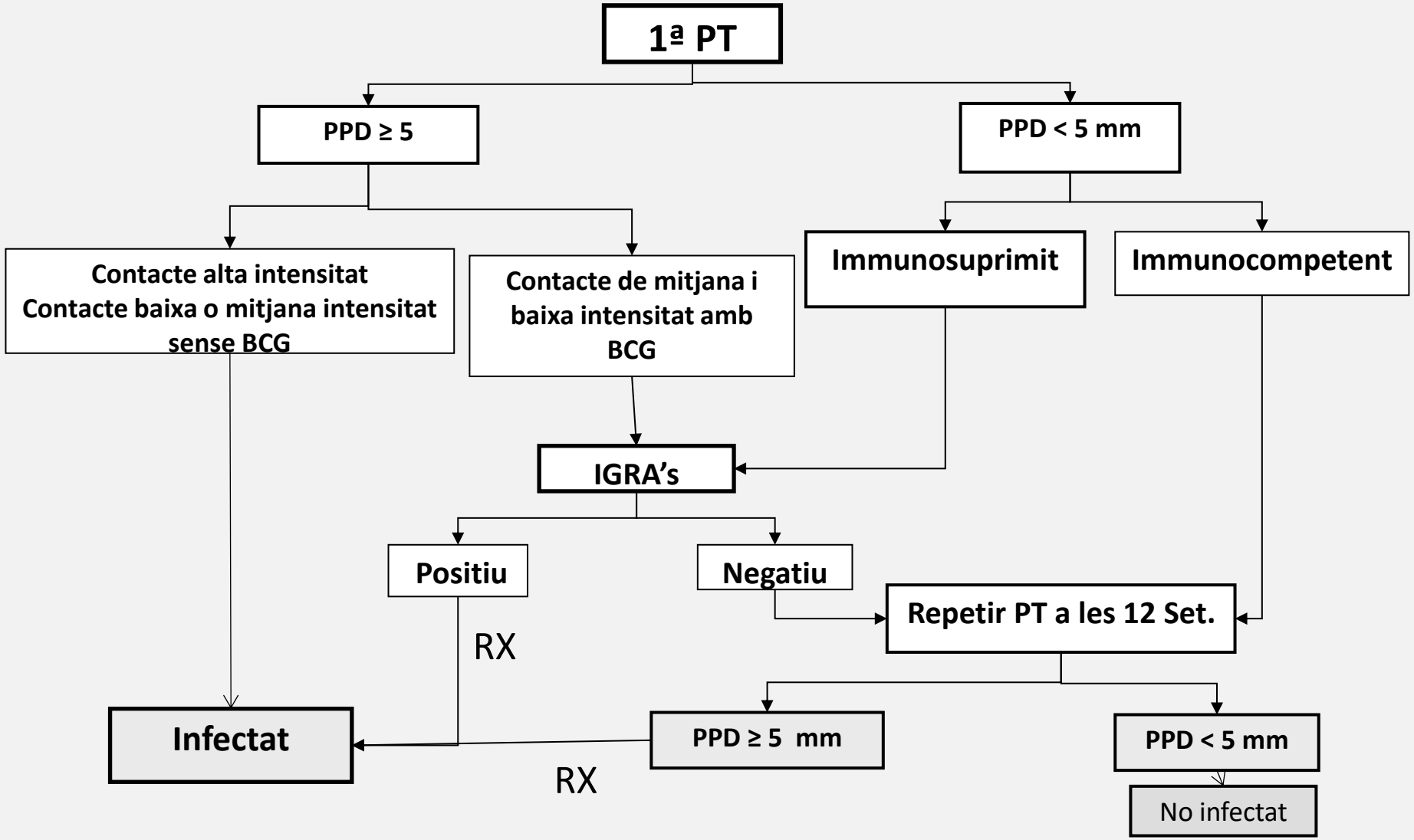
- **Cap de les dues proves diferencia infecció de malaltia tuberculosa ni medeix la capacitat de progressió a malaltia d'un infectat**

ALGORITME EC PER NENS MENORS DE 5 ANYS



RX: Cal realitzar radiografia de tòrax.
Si és normal seguir algoritme, si no ho és derivar a pneumòleg.

ALGORITME EC PER NENS MAJORS DE 5 ANYS I ADULTS



RX: Cal realitzar radiografia de tòrax. Si és normal seguir l'algoritme, si no ho és cal derivar al pneumòleg.

Tractament de la infecció tuberculosa

Isoniazida: 6 o **9 mesos** (6H – 9H)



La pauta de 6-9H és opció alternativa excepte en VIH i embaràs.

Isoniazida més rifampicina durant 3 mesos (3RH)



La pauta de 3RH és més hepatotòxica. És la més curta

Rifampicina sola durant 4 mesos (4R)





Situacions especials TIT: VIH i embaràs

VIH

- Isoniazida: cal fer pautes de 9 mesos com a mínim (9H)
- Rifampicina: pautes de 4 a 6 mesos (4-6R)
- Rifampicina i isoniazida: pauta de 3 mesos (3HR)

Embaràs i lactància: pautes amb INH. NO és teratògena. També es pot fer servir durant la lactancia.

- Contraindicacions absolutes
  - TB activa
  - Hepatopatia aguda o greu
  - Antecedent d'hipersensibilitat o toxicitat per anti-TB
  - Impossibilitat de fer-ne un seguiment
  - Probable incompliment
- Contraindicacions relatives:
  - TIT o tractament de la malaltia anteriors. En alguns casos de reinfecció i, sobretot, si hi ha immunosupressió, cal realitzar un nou tractament.

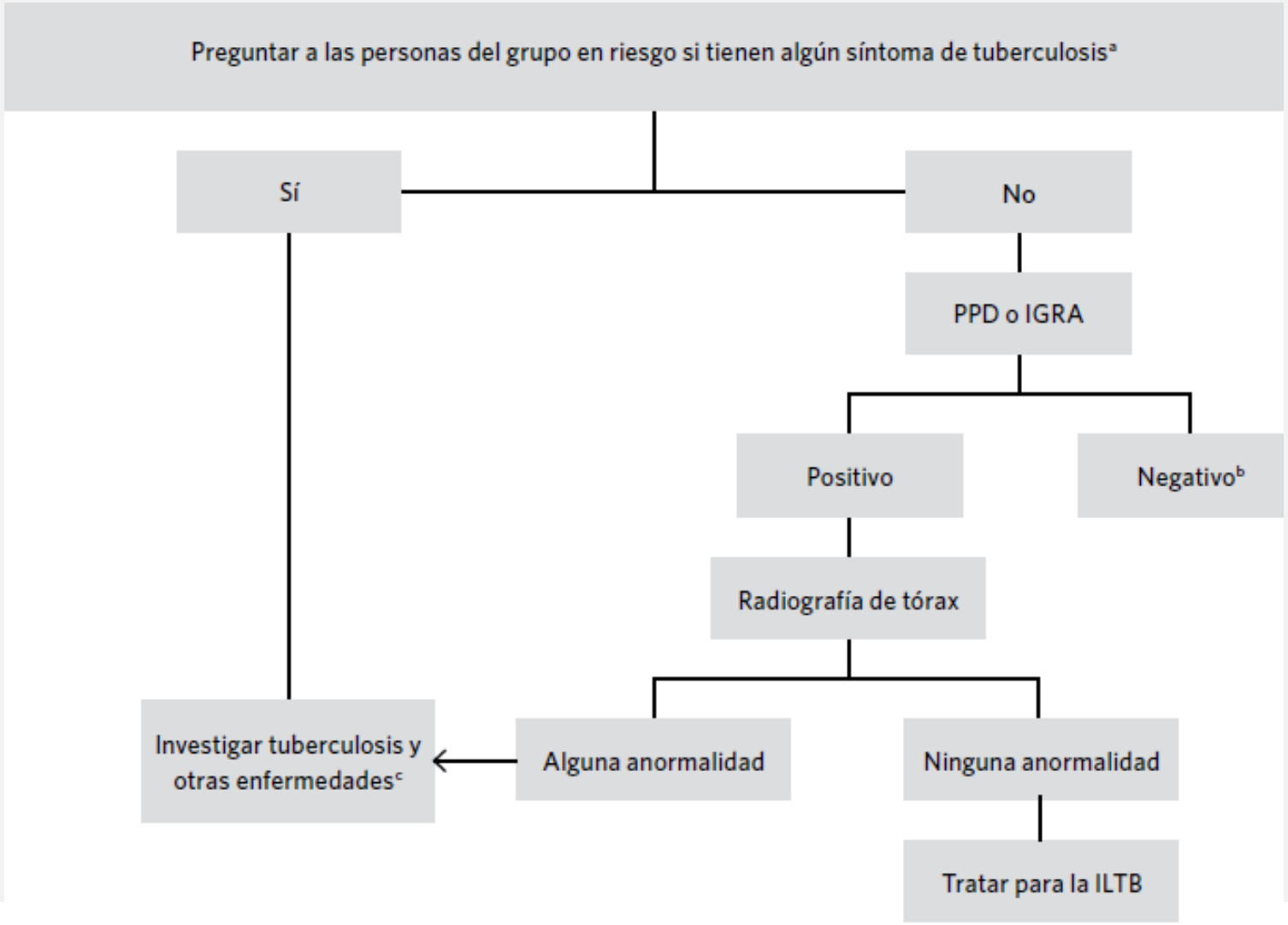
Interaccions principals

- Evitar alcohol durant el tractament i fer controls analítics més freqüentment. Cal valorar la pauta menys hepatotòxica.
- Preguntar quins medicaments pren:
  - https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker
  - https://www.hiv-druginteractions.org/
    - Si pren anticonceptius→ mètode barrera fins un mes després finalitzar tractament

CRIBRATGE GRUPS DE RISC

INFECCIÓ TUBERCULOSA :

ALGORITMES PER DESCARTAR TB ACTIVA



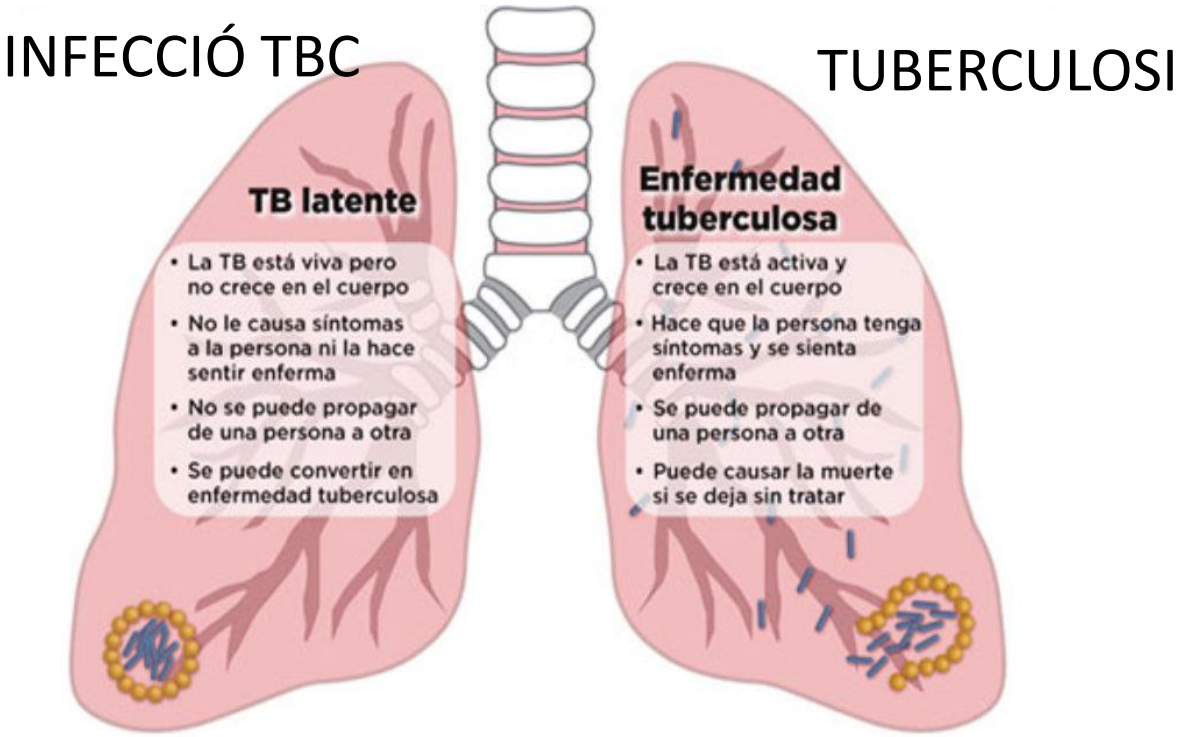
Infecció tuberculosa:grups de risc OMS

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el cribado de la infección tuberculosa latente en los países desarrollados con baja incidencia de casos de tuberculosis (<10 casos x 10^5 habitantes).

Grupo A Realizar el cribado sistemático	– Personas infectadas por VIH. – Adultos y niños en contacto con pacientes con TB pulmonar. – Pacientes que inician terapia biológica. – Pacientes en terapia renal sustitutiva. – Personas que van a recibir trasplantes de órganos o hemáticos. – Pacientes con silicosis.
Grupo B Considerar cribado sistemático basado en la epidemiología local y los recursos disponibles	– Reclusos en las cárceles. – Personal sanitario. – Inmigrantes de países con alta carga de TB. – Personas sin techo. – Consumidores de drogas ilegales.
Grupo C No realizar cribado sistemático	– Diabéticos. – Personas con consumo de riesgo de alcohol. – Fumadores. – Personas con peso insuficiente.

Grups de risc

Recomanacions per al cribratge de la infecció tuberculosa latent a Catalunya 2023



Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; 16/5/2023

https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9629

1. Personas inmunosuprimidas

	Personas infectadas por VIH 	Personas que inician terapias biológicas 	Personas en terapia renal sustitutiva (diálisis) 	Personas que deben someterse a un trasplante de órganos 
Justificación	El VIH ↑ riesgo de TB, y la TB ↑ la replicación viral y determina un > riesgo de progresión de la enfermedad. El alto riesgo de TB junto con los beneficios del TITL, justifican la detección en personas con VIH.	El cribrado sistemático i tto de la ITL, ha demostrado eficacia para reducir la incidencia de la TB activa asociada a terapias biológicas (TerBiol).	Se recomienda el cribrado y tratamiento sistemático de las personas en diálisis.	La incidencia de TB en los receptores de órganos es mayor que en la población general. El riesgo depende del tipo de trasplante (más alto, en el trasplante de pulmón) y la prevalencia de la ITL en la población.
A quien cribar	Todos los pacientes con infección por VIH (adultos, adolescentes y niños).	Todas las personas que necesiten recibir TerBiol, independientemente del tipo tto. En casos que no se detecte infección, sólo repetir si hay una exposición de riesgo en el curso del tto.	A todas las personas en terapia renal substitutiva.	A todos los pacientes que tienen que someterse a trasplante de órganos.
Método	Adultos: IGRA (QFT-Plus y T-SPOT.TB) Pacientes pediátricos: IGRA y PT para ↑rendimiento de la prueba dx ITL	Adultos: IGRA (QFT-Plus y T-SPOT.TB) Pacientes pediátricos: IGRA y PT para ↑rendimiento de la prueba dx ITL	IGRA (QFT-Plus y T-SPOT.TB)	IGRA (QFT-Plus y T-SPOT.TB) Pacientes pediátricos: IGRA y PT para ↑rendimiento de la prueba dx ITL
¿Dónde?	Unidades clínicas especializadas (VIH o TB	En unidades clínicas especializadas , unidades de TB o equivalentes	en clínicas especializadas – unidades de TB o equivalentes	En clínicas especializadas, unidades de TB o equivalentes

2. Personas con vulnerabilidad social

	Personas que consumen drogas 	Personas sin hogar 
Justificación	Según las últimas recomendaciones de la OMS, de 2020, la detección sistemática de la enfermedad de TB activa y de la ITL en personas con factores de riesgo estructurales es una prioridad en los países de baja incidencia y debe plantearse teniendo en cuenta los recursos y la epidemiología local. Los factores de riesgo estructurales incluyen pobreza, desnutrición, problemas de vivienda, inmigración, así como dificultades de acceso a la atención sanitaria y condicionan un mayor riesgo de progresión de ITL en TB activa, así como peor resultados del tratamiento de la TB activa. Los factores de riesgo estructurales no se excluyen mutuamente ni excluyen otros criterios clínicos (infección VIH, diabetes, consumo de drogas, alcoholismo) ya menudo interaccionan y agravan mutuamente	
A quien cribar	A las personas que llegan a la Red de atención a las drogodependencias, dentro de la atención clínica habitual, deben seguir descartándose la enfermedad tuberculosa, según los protocolos. Lo mismo deberá hacerse en los dispositivos de reducción de daños (REDAN).	El cribrado de TB activa se tendría que realizar a todas las personas sin hogar.
Método	Cualquiera de las pruebas disponibles (PT o IGRA). Se debe valorar el uso de IGRA en personas vacunadas de BCG y inmunodeprimidos con PT negativa	Cualquiera de las pruebas disponibles (PT o IGRA). Se debe valorar el uso de IGRA en personas vacunadas de BCG y inmunodeprimidos con PT negativa
¿Dónde?	En el CAS o el dispositivo de REDAN	Coordinar los servicios de salud pública, comedor social y centro asistencial donde se realiza el seguimiento

3. Personas en centros residenciales

	Internos en prisión	Centros de menores	Comunidades terapéuticas/centros residenciales de drogodependencia
Justificación	El cribado de la TB en la admisión a la prisión es una práctica habitual. Se estima que la prevalencia de ITL en internos de Cataluña y el resto del estado es 40-50%.	En estos centros ingresan personas con más posibilidades de estar infectadas (por ejm. inmigrantes recientes, procedentes de países con altas incidencias de TB, niños y adolescentes autóctonos, procedentes de entornos sociales vulnerables donde el riesgo de ITL podría ser >)	Las comunidades terapéuticas para personas con adicciones, son servicios de acogimiento residencial que, con carácter transitorio, y procurando un régimen de autogestión, proporcionan la acogida, la atención y la vida comunitaria para facilitar la integración social.
A quien cribar	Todos los ingresados en prisión que previamente no hayan sido diagnosticados de ITL o enfermedad tuberculosa.	Todos los nuevos ingresos que no estén cribados en un centro previo o no esté registrado. Tanto autóctonos como inmigrantes. También es necesario realizar cribado de los profesionales que trabajan	A las personas que consumen drogas (PQCD) y que tengan que ingresar en las comunidades terapéuticas o en los centros residenciales de drogodependencias se les tendrá que descartar la TB activa previamente, según los protocolos habituales.
Método	La prueba recomendada es la PT. En vacunados con BCG con PT positiva, se podría valorar el uso de IGRA	La prueba recomendada es la PT. En vacunados con BCG con PT positiva, se podría valorar el uso de IGRA	El cribado se puede realizar con alguna de las pruebas disponibles, la PT o los IGRA.Valorar el uso de los IGRA en personas vacunadas con BCG y en inmunodeprimidos con PT negativa.
¿Dónde?	Servicios médicos penitenciarios durante el reconocimiento del ingreso, que se hace en las primeras 24 horas de estancia en prisión.	La PT si es posible debería realizarse en el mismo centro. En caso contrario o si hay sospecha de TB, o si es necesario iniciar un tratamiento preventivo de ITL, será necesaria la derivación al centro de atención primaria.	El cribado de la ITL deberá realizarse previamente al ingreso o durante los primeros días del mismo siguiendo los protocolos habituales o en el centro de tratamiento por el servicio médico del mismo.

4. Inmigrantes recientes

	Inmigrantes recientes 
Justificación	Se considera que las personas inmigradas tienen un riesgo elevado de TB por la posibilidad de reactivación de la infección tuberculosa latente (ITL) adquirida en su país de origen, por los viajes frecuentes a zonas de alta incidencia y por la transmisión a las comunidades de inmigrantes de los países receptores. Otros estudios han demostrado que una proporción importante de los inmigrantes también se infectan y desarrollan la enfermedad en el país de acogida.
A quien cribar	Dado el riesgo superior de desarrollar TB debería ofrecerse la detección de la ITL a todas las personas inmigradas, priorizando a los menores de 35 años, con cinco o menos años de residencia procedentes de países con alta incidencia de la enfermedad (incidencia > 100 casos por 100.000 habitantes) (78-80). También se incluye en esta recomendación el cribado de las personas procedentes de Marruecos. También se tendrán que cribar todas las personas que regresen de un viaje de larga duración (más de un año) a alguno de estos países de alta incidencia.
Método	Actualmente, la prueba recomendada sería la prueba del interferón gamma (IGRA) o la prueba de tuberculina.
¿Dónde?	El ámbito de aplicación para normalizar el cribado debería ser la atención primaria con una estrategia oportunista aprovechando el primer contacto de la persona inmigrada con el sistema sanitario independientemente del motivo de consulta

Indicació de detecció oportunista	Interpretació de la prova de cribratge	Indicació de TITL*
Arribada ≤ 5 anys de país d'alta incidència i <35 anys: tots		
Nens <5 anys no vacunats amb BCG o estat vacunal desconegut	PT≥5 mm	Si
Persones ≥ 5 anys no vacunat BCG o estat vacunal desconegut	PT≥ 10mm	Sí
Vacunat BCG	PT<10mm	No
	Si PT≥ 10mm realitzar IGRA	Sí, si Positiu a IGRA No, si IGRA negatiu

Tractament de la infecció tuberculosa

Isoniazida: 6 o **9 mesos** (6H – 9H)



La pauta de 6-9H és opció alternativa excepte en VIH i embaràs.

Isoniazida més rifampicina durant 3 mesos (3RH)



La pauta de 3RH és més hepatotòxica. És la més curta

Rifampicina sola durant 4 mesos (4R)





Tríptic

https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1478

Què és la tuberculosi?



Visualitza

- Català (388.8Kb)
- Castellà (389.2Kb)
- Francès (388.4Kb)
- Anglès (386.1Kb)
- Àrab (539.8Kb)
- Romanès (389.4Kb)
- Urdú (525.6Kb)

Resum
Aquest díptic pretén donar informació bàsica sobre la tuberculosi.

Paraules clau
Tuberculosi

Citació recomanada
Què és la tuberculosi? [díptic]. Barcelona: Departament de Salut; 2006.

Audiència
Ciutadania

Aquest element apareix a les col·leccions següents
DS - Material de divulgació [593]

Cas per comentar entre tots

- Familia original de la India. Porten 1 any a Catalunya
- Actualment a consulta: mare, 5 fills, pare I parella de la filla gran
- Fa 2 anys el pare va presentar una TB pulmonar I va fer tractament 4 mesos. Dos fills van fer tractament 3 mesos.
- Actualment 2 nens 8 I 10 anys amb clínica respiratòria I febre nocturna

Moltes gràcies per la vostra atenció

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Fenomen de Booster

- Freqüent en gent > 50 anys i/o vacunats de BCG a la infància
  - Resposta immune disminuïda
- Primera PT negativa -→solució:repetir als 7 DIES
- NO CAL REPETIR PT ALS 7 DIES EN ESTUDI DE CONTACTES

Tractament de la infecció tuberculosa

Taula 8. Dosis recomanades de fàrmacs per al tractament de la infecció tuberculosa latent (TITL) (33)

Pauta terapèutica	Dosi adults i nens >= 12 anys	Dosi nens < 12 anys	Dosi màxima
Isoniazida sola, diària durant 6 o 9 mesos	5 mg/Kg/dia	10 mg/Kg/dia (rang, 7-15 mg)	300 mg
Rifampicina sola, diària durant 4 mesos	10 mg/Kg/dia	15 mg/Kg/dia (rang, 10-20 mg)	600 mg
Isoniazida i Rifampicina, diària durant 3-4 mesos	Isoniazida: 5 mg/Kg/dia Rifampicina: 10 mg/Kg/dia 15 mg (rang, 10-20 mg)	Isoniazida: 10 mg/Kg/dia (rang, 7-15 mg) Rifampicina: 15 mg/Kg/dia (rang, 10-20 mg)	Isoniazida, 300 mg Rifampicina, 600 mg

Diagnòstic infecció tuberculosa

Taula 4. Interpretació del resultat de la prova de la tuberculina en grup de risc (18,19)

PT ≥ 5 mm es considera POSITIVA
1. Pacients infectats pel VIH. 2. Contactes propers de persones amb TB pulmonar o laríngia. 3. Nens < 5 anys no vacunats prèviament amb BCG i que provenen de països amb alta incidència. 4. Si té feta una radiografia de tòrax, presència de canvis fibròtics indicatius de TB prèvia. 5. Persones receptores de trasplantaments d'òrgans. 6. Persones immunodeprimides per altres causes: p. ex, reben dosis equivalents a ≥ 15 mg/dia de prednisona durant un mes o més, persones que inicien teràpia biològica. 7. Persones amb malaltia renal avançada.

Diagnòstic infecció tuberculosa

PT ≥ 10mm es considera POSITIVA

1. Immigrants procedents de zones d'alta prevalença de TB en els darrers 5 anys.
2. Persones que s'injecten drogues.
3. Residents i empleats en llocs on es congreguen situacions d'alt risc: institucions sanitàries amb exposició a TB, personal de laboratori de microbiologia, presons, albergs o refugis per a persones sense llar, centres de deshabituació de toxicòmans, cooperants i militars en zones d'alta endèmia tuberculosa.
4. Persones amb factors de risc per a la TB diferents als de la infecció pel VIH.
5. Pacients amb condicions clíniques com: silicosi, diabetis, insuficiència renal crònica en teràpia renal substitutiva, malalties hematològiques –leucèmies i limfomes–, altres tumors malignes –carcinoma de cap, coll o pulmó–, pèrdua de pes superior al 10% del pes ideal, gastrectomia, *bypass* jejú-ileal, malaltia celíaca.
6. Nens < 15 anys (tret dels provinents de països amb alta incidència no vacunats amb BCG).