PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A LA TUBERCULOSIS EN DISPOSITIVOS Y CENTROS DE ACOGIDA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

27.10.2026

Este documento está acordado por el Comité Técnico de Coordinación de Salud Pública ante la Crisis Humanitaria de Ceuta.

Este protocolo se encuentra en continua revisión según aparezcan nuevas evidencias.

1. Objetivo y ámbito de aplicación

El presente protocolo establece pautas básicas, homogéneas y de fácil aplicación para la detección precoz y actuación ante casos de tuberculosis (en adelante TB) en dispositivos, centros de acogida y centros sanitarios de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Está dirigido principalmente a trabajadores/as y voluntarios/as de los dispositivos, centros de acogida y centros sanitarios, incluidos aquellos sin formación sanitaria, con el objetivo de facilitar una detección precoz de casos, la adopción de medidas inmediatas de prevención y control, así como la coordinación con los servicios sanitarios y de Salud Pública.

2. Información de la enfermedad

2.1. Agente y enfermedad

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por bacterias pertenecientes al complejo *Mycobacterium tuberculosis* (principalmente *M. tuberculosis*, además de especies como *M. bovis*, *M. africanum* o *M. caprae*).

Afecta principalmente al pulmón -tuberculosis pulmonar (TBP)- que representa en torno al 70% de los casos, aunque puede localizarse en cualquier otra parte del organismo -TB extrapulmonar- como la pleural, ganglionar, ósea o meníngea. La TB laríngea se considera pulmonar.

2.2. Síntomas compatibles: ¿cuándo debemos sospechar un posible caso de TBP?

Se debe sospechar una posible TBP activa ante la presencia de **tos persistente** durante 10-15 días (a veces con sangre en el esputo), fiebre o febrícula continuada, sudoración nocturna y/o pérdida inexplicable de peso, inapetencia y cansancio injustificado.

2.3. Modo de transmisión

La TBP se transmite por **vía aérea**. Cuando una persona con TBP activa tose o estornuda puede expulsar bacterias que sean inhaladas por otras personas e infectarse. **No se transmite** por contacto con objetos, ropa, vajilla o fómites. Tampoco se transmiten las formas extrapulmonares de TB.

Es importante destacar que el riesgo de transmisión depende en gran medida de la carga bacteriana de la persona con TB y de la intensidad y el tiempo de contacto con ella. **Convivir o pasar mucho tiempo con una persona con TBP no tratada en un espacio cerrado eleva significativamente el riesgo de transmisión.**

La TB puede transmitirse también por el consumo de determinados productos procedentes de animales, como leche cruda o productos elaborados artesanalmente con leche no pasteurizada procedente de zonas donde existe tuberculosis en el ganado. **No se recomienda consumir alimentos derivados de la leche que no han sido sometidos a controles sanitarios**.

2.4. *Período de incubación y transmisibilidad*

El **periodo de incubación** es de 2 a 10 semanas: tiempo que trascurre desde la exposición hasta que la respuesta inmunitaria se hace detectable por pruebas que manifiestan la infección.

El **periodo de transmisibilidad** (cuando la persona puede transmitir la infección a otras personas) comienza con el inicio de los síntomas respiratorios de TBP. La persona deja de ser contagiosa habitualmente tras 2 a 3 semanas de tratamiento antituberculoso efectivo acompañado de mejoría clínica y/o con una prueba microbiológica de confirmación negativa.

Cabe destacar que solo una pequeña proporción (5-10%) de las personas infectadas por bacterias del complejo *Mycobaterium tuberculosis* desarrollará la enfermedad clínica, aproximadamente la mitad de ellas durante los 2 primeros años tras la infección. El resto de las personas no desarrollarán la enfermedad a lo largo de sus vidas.

2.5. *Distribución y factores de riesgo*

La tuberculosis tiene una distribución mundial, siendo **más frecuente en entornos con alta densidad de población y un contacto estrecho y prolongado entre las personas**, como en centros sociosanitarios, centros de acogida o albergues, instituciones cerradas como instituciones penitenciarias o cuarteles, etc. También se señala como factor de riesgo haber vivido o pasado largas temporadas en países con alta incidencia de TB, como son Marruecos y países de África Subsahariana.

Las personas con la infección por el VIH, inmunodeprimidas o con otras enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, malnutrición), presentan un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Asimismo, personas en ambos extremos de la vida (menores de 5 años y personas de edad avanzada) y/o personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas, especialmente por vía inyectada, son más susceptibles a la enfermedad.

El estigma asociado a algunas enfermedades infecciosas como la TB puede dificultar las intervenciones de salud pública, y es una consecuencia directa de la desinformación.

Se puede encontrar información adicional sobre la TB en el Área de Tuberculosis de la web de la División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis del Ministerio de Sanidad.

3. Definición de caso y brote

Los criterios de diagnóstico y las definiciones de caso y brote pueden consultarse en el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de TB de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

4. Medidas de salud pública: cómo actuar desde los dispositivos y centros de acogida

El manejo de los casos de TB y de los contactos deberá adecuarse a la situación sanitaria y social de las personas afectadas. En todo caso, se intentará en la medida de lo posible cumplir con las disposiciones que se establecen en los apartados siguientes.

4.1. Manejo de casos sospechosos: ¿qué hacer con una persona con síntomas compatibles?

Ante una persona que presente síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa, debe mantenerse un alto índice de sospecha clínica y es importante actuar con celeridad. El caso sospechoso debe ser valorado por el/la profesional sanitario referente de ese dispositivo.

En primer lugar, se deberá colocar inmediatamente una mascarilla quirúrgica a la persona sospechosa y el personal que atienda al paciente deberá usar mascarilla de alta protección (FFP2).

Se debe **establecer aislamiento preventivo provisional** (módulo sanitario de aislamiento, carpas de aislamiento o, en última instancia, otra solución alternativa con los medios disponibles) para ubicar al caso sospechoso **hasta tener la confirmación del diagnóstico**.

Una vez el/la paciente se encuentre aislado, se procederá a derivar al paciente al Servicio de Urgencias (teniendo en cuenta la saturación de ocupación del mismo), contactando previamente con los teléfonos 856907118 y 856907119 (**Código TB**), lo cual ayudará a coordinar su llegada. Allí, se realizará una radiografía de tórax, y en función del resultado, se valorarán las pruebas pertinentes (pruebas moleculares, cultivo o ambas, y envío al Centro Nacional de Microbiología para secuenciación genómica completa).

Las personas con sospecha de TB que acudan a los servicios sanitarios deben ir acompañadas de un mediador intercultural o figura análoga. Se recomienda nombrar en cada dispositivo o centro de acogida a una persona de referencia para realizar el acompañamiento.

Los casos de TB deberán notificarse con la mayor rapidez posible al Área de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Ciudad Autónoma de Ceuta a través de la aplicación informática habilitada a tal efecto. El Área de Salud Pública garantizará el acceso a la aplicación al personal de INGESA y de las organizaciones que gestionan los diferentes dispositivos.

4.2. Medidas de control ante casos probables y confirmados

Ante un caso probable o confirmado de TB, la persona deberá acudir al hospital para la prescripción y recogida del tratamiento indicado (generalmente desde el Servicios de Urgencia, o bien en Medicina Preventiva en coordinación con Farmacia Hospitalaria). Se tendrá en cuenta si la persona si ha recibido terapia antituberculosa con anterioridad y con qué fármacos, y se le realizará un cribado de infección por VIH, previo consentimiento informado oral.

Una vez la persona se encuentre de nuevo en el dispositivo o centro de acogida, se debe **garantizar** en la medida de lo posible su **aislamiento durante las dos primeras semanas de tratamiento, teniendo en cuenta la mejoría clínica** (a partir de las dos semanas de tratamiento, el caso ya no transmite la enfermedad).

Durante este tiempo:

- Se desarrollará un **tratamiento directamente observado (TDO)**, y el personal sociosanitario y/o voluntario del dispositivo o centro de acogida supervisará la toma del mismo, firmando un parte en cada toma.
- Las personas que mantengan contacto con el caso deberán continuar utilizando la **mascarilla FFP2**, y el caso, si tuviera que abandonar en algún momento la estancia de aislamiento, deberá utilizar **mascarilla quirúrgica**.
- Se deberá ventilar la estancia en la medida de lo posible.

4.3 Estudio de contactos

Se deberá realizar el correspondiente **estudio de contactos**, de carácter prioritario si se trata de una TB pulmonar, pleural y en menores de 5 años. El objetivo de este estudio es identificar a otras personas infectadas y/o enfermas, y proporcionarles tratamiento adecuado y/o seguimiento, tratando de interrumpir la cadena de transmisión.

Este estudio lo coordinará el Área de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Ceuta, a la que se le deberá facilitar toda la información disponible al respecto.

De forma general, los contactos se clasifican según sean de prioridad alta, media o baja:

NIVELES DE PRIORIDAD	Duración de la exposición	Espacios prioritarios	Contactos incluidos
Alta (contacto íntimo y conviviente)	Contacto prolongado y estrecho (>6 horas diarias, excepto <5 años y personas inmunodeprimidas).	Lugares pequeños y cerrados. Mal ventilados y húmedos.	Convivientes (p. ej., compañeros de cuarto en el dispositivo/asentamiento). Parejas sexuales habituales. <5 años. Personas inmunodeprimidas.
Media (contacto próximo habitual)	Contacto diario o habitual (<6 horas diarias).		Compañeros/as de trabajo, colegio u otras actividades similares. Amigos o familiares con relación habitual.
Baja (contacto casual)	Contacto esporádico.		Contactos no clasificados como prioridad alta o media.

A los contactos de **prioridad alta** se les realizará una evaluación detallada y exploración física completa. Si en algún momento muestran síntomas, se les deberá abordar como ya se ha señalado en los apartados 4.1. y 4.2, y en caso de no mostrar síntomas se les realizarán las pruebas de infección pertinentes.

Teniendo en cuenta la recomendación de vacunación con BCG que hay en Marruecos y muchos países de África Subsahariana, no se recomienda el uso de la prueba de la tuberculina (Mantoux) por dar resultados falsos positivos.

Se recomienda el uso de IGRA como prueba diagnóstica inicial o el uso de las nuevas pruebas cutáneas antígeno-específicas del complejo *M. tuberculosis* (SIILTIBCY®), comenzando las actuaciones en el propio dispositivo o centro de acogida. En niños/as menores de 5 años (especialmente en menores de 2 años) o en personas inmunodeprimidas se recomienda realizar ambas pruebas de forma simultánea para mejorar la sensibilidad diagnóstica.

Si la prueba diagnóstica inicial devuelve un resultado positivo, se deberá descartar la enfermedad tuberculosa mediante una radiografía de tórax, y si esta es normal, se podrá proporcionar a la persona tratamiento preventivo frente a la TB (TPT) mediante valoración individualizada, mientras que si presenta alteraciones se tratará como caso sospechoso (ver apartado 4.1). Si la prueba inicial devuelve un diagnóstico negativo, y siempre que sea posible, se repetirá a las 8-12 semanas.

En los niños/as menores de 5 años y en personas inmunocomprometidas, ante un resultado negativo en la primera prueba diagnóstica empleada (IGRA, SIILTIBCY®, o ambas) y en ausencia de sintomatología sugestiva, se indicará la instauración de TPT incluso ante un resultado negativo de la misma hasta su repetición a las 8-12 semanas.

En caso de que se facilite TPT, se aplicará la modalidad de TDO desde el dispositivo o centro de acogida, con supervisión por parte del personal sociosanitario y/o voluntario.

Solamente se pasará al siguiente nivel de contactos (primero intermedio y luego bajo) si hay pruebas significativas de transmisión entre los contactos de un nivel determinado, llevándose a cabo las mismas actuaciones.

4.4 Actividades de información sanitaria en los dispositivos

Se facilitará una infografía con los conceptos básicos en materia de TB en los idiomas que se requiera y, bajo solicitud, el acceso a cursos o materiales de formación en materia de TB desarrollados en el marco de los convenios que mantiene la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud con sociedades científicas y sociedad civil para el abordaje de esta patología.

Ante posibles dudas al respecto de lo señalado en este Protocolo o sobre cómo proceder en casos concretos, **se facilitan los siguientes teléfonos de contacto**:

- Área de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Ceuta: 686163005
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ceuta): 856907118 – 856907119
- Médicos del Mundo: 625173358
- Cruz Roja Española: 659921750