

# Anexo 1.

## Cuestionario utilizado

ENCUESTA NACIONAL SOBRE MICROBIOLOGIA DE LA  
TUBERCULOSIS  
Cuestionario para los Laboratorios de Microbiología

DATOS DEL LABORATORIO

1. Nombre del laboratorio: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
2. ¿Es de titularidad pública?	01 SI <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	02 NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
3. Centro Hospitalario en el que está ubicado (si procede):		
4. Dirección:		
5. CP:	6. Población:	
7. Provincia:	8. Tel:	9. Fax:
Responsable del laboratorio:		
10. Apellidos:	11. Nombre:	
12. email:		
Facultativo responsable del laboratorio de microbiología de la tuberculosis:		
13. Apellidos:	14. Nombre:	
15. email:		
16. Fecha de cumplimentación del cuestionario:		

DATOS TÉCNICOS

17. ¿Se ofrece el diagnóstico microbiológico de la tuberculosis entre el catálogo de pruebas del laboratorio, sea o no realizado en el propio laboratorio?	
01 SI <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	02 NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>

En caso afirmativo, respondan a las siguientes cuestiones. En caso negativo remitan el cuestionario con esta información.

18. Número aproximado de muestras recibidas durante 2009 para el diagnóstico de la tuberculosis:	
19. ¿Se realiza examen microscópico de las muestras en el propio laboratorio?	
SI, con la técnica:	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
01 Tinción de fluorescencia	
02 Tinción de Ziehl-Neelsen o equivalente	

NO:	03 Ambas	<input type="checkbox"/>
	04 Se remite a un laboratorio externo.	<input type="checkbox"/>
	05 Nombre del laboratorio y centro en que está ubicado:	
	06 NO se realiza y no se remite a otro laboratorio	<input type="checkbox"/>
20. Cuando se ofrece la prueba, el tiempo de respuesta de las determinaciones rutinarias al peticionario es:		
01 Inferior a 24h	<input type="checkbox"/>	02 Entre 24 y 48h <input type="checkbox"/>
		03 Superior a 48h <input type="checkbox"/>
21. La prueba se ofrece:		
01 Sólo en la rutina asistencial (horario laboral)		<input type="checkbox"/>
Fuera de la rutina asistencial (determinaciones urgentes):		
02 Mañana y tarde		<input type="checkbox"/>
03 Durante 24 horas		<input type="checkbox"/>
04 ¿Incluye fines de semana y festivos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Se realiza el cultivo de micobacterias en el propio laboratorio?:		
01 SI		<input type="checkbox"/>
02 NO, se remite a otro laboratorio		<input type="checkbox"/>
03 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:		
04 NO se realiza y no se remite a otro laboratorio		<input type="checkbox"/>
23. Los métodos de cultivo utilizados en el propio laboratorio son:		
01 Medios sólidos:	<input type="checkbox"/>	
Medios líquidos:		
02 Automatizado	<input type="checkbox"/>	
03 Manual	<input type="checkbox"/>	
24. ¿Se identifican a nivel de especie y en el propio laboratorio los aislados de los cultivos?		
01 SI		
dentro de:	02 <i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex	<input type="checkbox"/>
	03 Algunas micobacterias no <i>M. tuberculosis</i> complex	<input type="checkbox"/>
	04 La mayoría de micobacterias no <i>M. tuberculosis</i> complex	<input type="checkbox"/>
01 Los NO identificados se remiten a otro laboratorio.		<input type="checkbox"/>
02 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:		
03 Se remiten todos a otro laboratorio		<input type="checkbox"/>
04 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:		

05 NO se realiza identificación y se informa como cultivo positivo	<input type="checkbox"/>
25. En caso de realizarse en el propio laboratorio, se utilizan:	
01 Métodos fenotípicos	<input type="checkbox"/>
02 Métodos genéticos	<input type="checkbox"/>
03 Ambos	<input type="checkbox"/>
26. ¿Se realiza antibiograma de primera línea en el propio laboratorio?	
01 SI	<input type="checkbox"/>
02 SI y también se remiten a otro laboratorio	<input type="checkbox"/>
03 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:	
04 NO	<input type="checkbox"/>
Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:	
05 NO se realiza antibiograma de primera línea	<input type="checkbox"/>
27. En caso de llevarse a cabo el antibiograma de primera línea en el propio laboratorio, indique que fármacos incluye:	
01 HRESZ	<input type="checkbox"/>
02 HRES	<input type="checkbox"/>
03 HREZ	<input type="checkbox"/>
04 Otra combinación:	<input type="checkbox"/>
28. Indique el número aproximado de antibiogramas de primera línea, realizados en 2009 en el propio laboratorio:	
29. Indique el método utilizado en el propio laboratorio para realizar el antibiograma de primera línea:	
01 Métodos líquidos automatizados	<input type="checkbox"/>
02 Medio de Löwenstein-Jensen	<input type="checkbox"/>
03 Medio sólido Middlebrook	<input type="checkbox"/>
04 Otro:	<input type="checkbox"/>
30. ¿Se realiza test de sensibilidad a algún fármaco de segunda línea en el propio laboratorio?	
01 SI	<input type="checkbox"/>
02 SI y también se remiten a otro laboratorio	<input type="checkbox"/>
03 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:	

<p>04 NO, Se remiten a otro laboratorio <input type="checkbox"/></p> <p>05 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:</p> <p>06 NO se realiza antibiograma de segunda línea <input type="checkbox"/></p>
<p>31. ¿Se utilizan en el propio laboratorio pruebas genéticas de detección de <i>M. tuberculosis</i> complex directamente en muestras clínicas?</p> <p>01 SI <input type="checkbox"/></p> <p>02 NO, Se remiten a otro laboratorio <input type="checkbox"/></p> <p>03 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:</p> <p>04 NO se ofrecen estas pruebas <input type="checkbox"/></p>
<p>32. En caso de que se ofrezcan las pruebas genéticas de detección directa, indique aproximadamente el número de muestras analizadas durante 2009:</p>
<p>33. ¿Se utilizan en el propio laboratorio las pruebas genéticas en la detección de resistencia de <i>M. tuberculosis</i> complex a los fármacos directamente en muestras clínicas?</p> <p>01 SI <input type="checkbox"/></p> <p>02 NO, Se remiten a otro laboratorio <input type="checkbox"/></p> <p>03 Indique el nombre del laboratorio y el centro en el que se ubica:</p> <p>04 NO se ofrecen estas pruebas <input type="checkbox"/></p>
<p>34. El método más habitual que utilizan para informar resultados es:</p> <p>01 correo postal <input type="checkbox"/></p> <p>02 teléfono <input type="checkbox"/></p> <p>03 fax <input type="checkbox"/></p> <p>04 correo electrónico <input type="checkbox"/></p> <p>05 programa informático del centro <input type="checkbox"/></p>
<p>35. ¿Recibe muestras de otros laboratorios?</p> <p>01 SI <input type="checkbox"/></p> <p>02 NO <input type="checkbox"/></p>
<p>36. En caso afirmativo, indique para que actividades:</p> <p>01 Microscopia <input type="checkbox"/></p> <p>02 Cultivo <input type="checkbox"/></p> <p>03 Identificación <input type="checkbox"/></p> <p>04 Antibiograma de primera línea <input type="checkbox"/></p> <p>05 Antibiograma de segunda línea <input type="checkbox"/></p> <p>06 Detección genética directa en muestras clínicas <input type="checkbox"/></p> <p>07 Tipado molecular <input type="checkbox"/></p> <p>08 Otras <input type="checkbox"/></p>

37. Indique si es posible el nombre/s del laboratorio/s del que recibe muestras o aislados clínicos	
01	
02	
03	
04	
38. ¿Participa el propio laboratorio en algún control de calidad externo de micobacterias? SI, ¿cual/les?:	
01 SEIMC	<input type="checkbox"/>
02 OMS/UNION	<input type="checkbox"/>
03 Otro	<input type="checkbox"/>
04 Indique el nombre:	<input type="checkbox"/>
05 NO	<input type="checkbox"/>
39. ¿Dispone el propio laboratorio de sistemas de contención de microorganismos del grupo 3 de riesgo biológico?	
01 SI	<input type="checkbox"/>
02 NO	<input type="checkbox"/>
40. En caso afirmativo, ¿De que tipo?	
01 Habitación independiente con cabina/s de bioseguridad IIA y presión negativa	<input type="checkbox"/>
02 Habitación independiente con cabina/s de bioseguridad IIA	<input type="checkbox"/>
41. Si el laboratorio envía habitualmente muestras o aislados clínicos a otros laboratorios, el transporte se efectúa:	
01 A diario	<input type="checkbox"/>
02 2-3 veces / semana	<input type="checkbox"/>
03 Cuando es necesario	<input type="checkbox"/>
04 Otro período:	<input type="checkbox"/>
42. ¿Mantiene el propio laboratorio un archivo de resultados?	
01 SI	<input type="checkbox"/>
02 NO	<input type="checkbox"/>
43. ¿Mantiene el propio laboratorio una colección de aislamientos de cultivo congelados o liofilizados?	
01 SI	<input type="checkbox"/>
02 NO	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2010

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS: