



MINISTERIO
DE SALUD

Publicado en el Diario Oficial. Tomo 428. San Salvador 18 de agosto de 2020. No. 166

Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis

San Salvador, El Salvador, 2020



MINISTERIO
DE SALUD

Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis

San Salvador, El Salvador, 2020



Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabí Montoya

Ministro de Salud *ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza

Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud

Dra. Karla Marina Díaz de Naves

Viceministra de Operaciones en Salud

Equipo técnico

Dr. Julio Garay Ramos	Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
Dra. Maritza Guadalupe Melgar de Guardado	
Licda. Yanira Guadalupe Chita de Orellana	
Dr. Hugo Ivanoff Méndez Linares	
Licda. Laura Edith Ramos Estrada	
Lic. René Guevara Hernández	
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dra. Graciela Angélica Baires Escobar	
Dr. Napoleón Eduardo Lara Magaña	

Comité consultivo

Dr. Francisco Manuel Castillo	Programa nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
Dr. Mario Rafael Soto Villalta	
Dra. Evelyn Roxana Castro de Argueta	
Lic. Daniel Enrique Castro	
Dr. Gilberto Ayala	
Lic. Bessy Velis	
Dr. Henry Vladimir Alfaro	Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña"
Dr. Pedro Alexander Escobar	
Dra. Mercedes Menjivar	Hospital Nacional Rosales
Dr. Álvaro Sandoval Vilchez	
Dra. Amalia de Paz	
Dr. Enrique E. Posada Maldonado	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dr. Luis Guillermo Castaneda Villatoro	
Dra. Gloria Arévalo	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Carmen Elena Albanes	
Licda. Susana Blanco	
Dra. Iyali Quintanilla	
Dra. Mirna Panameño	Dirección General de Centros Penales
Dra. Nancy Ruiz	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Licda. Yanira Meléndez	Laboratorio Nacional de Salud Pública
Dr. Humberto Andreu	Programa Nacional de ITS/VIH/Sida. Ministerio de Salud
Licda. Marta Isabel Calona de Abrego	Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas(ANES)
Dr. Carlos Eduardo Hernández Osegueda	Asociación Salvadoreña de Neumología
Dra. Gilma Ramos	FOSALUD

Índice

Acuerdo	7
Capítulo I Disposiciones fundamentales	8
Capítulo II Promoción	11
Capítulo III De la detección y búsqueda de casos	12
Capítulo IV Diagnóstico	12
Capítulo V De la clasificación	15
Capítulo VI Tratamiento	15
Capítulo VII Tuberculosis en la niñez	18
Capítulo VIII Reacciones adversas	20
Capítulo IX Criterios de hospitalización y referencia	20
Capítulo X Resistencia a medicamentos antituberculosos	21
Capítulo XI Coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana	22
Capítulo XII Abordaje de la infección latente por tuberculosis	23
Capítulo XIII Comorbilidad tuberculosis y diabetes	24
Capítulo XIV Tuberculosis y migrantes	24
Capítulo XV Del seguimiento de casos y contactos	25
Capítulo XVI Del control de infecciones	26
Capítulo XVII Registro de casos y declaración obligatoria de casos	27
Capítulo XVIII Disposiciones generales	28

Ministerio de Salud

Acuerdo n.º 1406

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando:

- I. Que la *Constitución de la República*, en su artículo 65, determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento;
- II. Que el *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo*, en el artículo 42, numeral 2), establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población;
- III. Que de acuerdo a lo establecido en los artículos 149 y 151 del *Código de Salud*, el Ministerio de Salud para el control de la tuberculosis dictara las normas y se acordarán las acciones que, en forma integrada; tendrán por objeto la prevención de la enfermedad; diagnóstico, localización y el adecuado tratamiento, control y rehabilitación de los enfermos. Estas normas y acciones serán obligatorias en todos los establecimientos de salud públicos y privados. Así mismo es obligatorio para todo enfermo de tuberculosis y cualquiera enfermedad transmisible, someterse al tratamiento indicado, tanto ambulatorio como hospitalario; y las autoridades de seguridad pública, darán todo su apoyo al Ministerio, para que esta disposición se cumpla;
- IV. Que mediante acuerdo número cuatrocientos cincuenta y seis, de fecha diecinueve de febrero de dos mil dieciocho, y publicada en el Diario Oficial número cuarenta y tres, Tomo cuatrocientos dieciocho, de fecha dos de marzo del año dos mil dieciocho, se emitió la *Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis*, el cual es necesario actualizar, con el fin de mejorar las disposiciones técnicas para la promoción, prevención detección, diagnóstico, tratamiento, control y la notificación obligatoria de los casos de tuberculosis, en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, **ACUERDA** emitir la siguiente:

Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis

Capítulo I

Disposiciones fundamentales

Objeto

Art. 1.- La presente norma tiene por objeto establecer las disposiciones técnicas que regulan la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y la notificación obligatoria de los casos de tuberculosis (TB) en todas sus formas.

Ámbito de aplicación

Art. 2.- Están sujetos al cumplimiento de la presente norma, el personal de los integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Autoridad competente

Art. 3.- Corresponde al Ministerio de Salud (MINSAL), verificar la aplicación, control, vigilancia y cumplimiento de la presente norma.

Terminología

Art. 4.- Para efectos de la presente norma se entenderá por:

1. **Caso de tuberculosis:** toda persona que adolece de enfermedad causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y que presenta baciloscopia, cultivo o prueba rápida molecular MTB/RIF positiva u otros métodos diagnósticos autorizados por el MINSAL o que clínicamente cumpla con la definición de caso.
2. **Caso de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmado:** persona que presenta TB pulmonar confirmada con baciloscopia, prueba rápida molecular MTB/RIF o cultivo BAAR, ya sea de esputo o lavado bronquial, que compromete el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial.
3. **Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado:** no cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica, pero el paciente ha sido diagnosticado con tuberculosis activa por un médico quien ha decidido administrar un ciclo completo de tratamiento. Esta definición incluye los casos diagnosticados con rayos X o histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio. Si estos casos, posterior a comenzar el tratamiento antifímico, resultan ser bacteriológicamente confirmados, deben ser clasificados como tal.
4. **Caso de tuberculosis extrapulmonar:** Se refiere a aquellos casos de tuberculosis bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados que involucran a otros órganos fuera de los pulmones: como pleura, ganglios linfáticos, abdominal, genitourinaria, piel, huesos y meninges. La tuberculosis con linfadenopatía intratorácica (mediastinal o hiliar) o tuberculosis con derrame pleural, sin anomalías radiográficas en los pulmones, constituyen casos de tuberculosis extrapulmonar.
5. **Caso de tuberculosis pulmonar (TBP):** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB, que implica el parénquima pulmonar o el

árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Un paciente con TBP y extrapulmonar a la vez debe clasificarse como caso de TBP.

6. **Caso índice:** persona diagnosticada clínica o bacteriológicamente como tuberculosis que cumple con la definición de caso y que expuso a otras personas a ser contagiadas. Todos los casos de tuberculosis deben ser notificados independientemente si recibió tratamiento o no.
7. **Caso nuevo:** paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extra pulmonar que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha tomado medicamentos antituberculosos por menos de un mes.
8. **Caso previamente tratado:** paciente que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado.
9. **Coinfección TB/VIH o VIH/TB:** toda persona que durante el diagnóstico de tuberculosis se le realiza el algoritmo diagnóstico de VIH y se confirma como caso nuevo de VIH o persona con VIH y que se le realiza el descarte de TB diagnosticando la tuberculosis en cualquiera de sus formas.
10. **Contacto domiciliario:** persona que comparte el mismo espacio de vivienda cerrado por una o más noches o por periodos más extensos durante el día con el caso índice, durante los tres meses previos a iniciar tratamiento del actual episodio.
11. **Contacto estrecho:** persona que no es contacto domiciliario, pero que comparte con el caso índice el mismo espacio cerrado como lugares de reuniones sociales, lugar de trabajo o establecimientos, por periodos extensos durante el día, durante los tres meses previos a iniciar tratamiento del actual episodio.
12. **Contacto examinado:** es aquel que se le ha realizado una evaluación clínica, radiológica o microbiológica, para el diagnóstico o el descarte de la tuberculosis, por personal de salud capacitado.
13. **Contacto:** cualquier persona expuesta a un caso índice.
14. **Criterio de ingreso "Otros" (para fines de evaluación):** pacientes que han sido previamente tratados por TB, pero no cumplen indicaciones para ser clasificados en los criterios de ingreso (nuevo, recaída, fracaso, tratamiento después de pérdida en el seguimiento).
15. **Curado:** paciente con tuberculosis confirmada bacteriológicamente al inicio del tratamiento y que presenta baciloscopía de esputo o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y en al menos una ocasión previa.
16. **Egreso del tratamiento:** es el caso de tuberculosis que finaliza su tratamiento por cualquiera de los motivos siguientes: curado, tratamiento terminado, pérdida en el seguimiento, fracaso o fallecido.
17. **Éxito del tratamiento:** es la sumatoria de pacientes con tuberculosis pulmonar que

ingresaron con bacteriología positiva y egresaron curados, más lo que egresaron con tratamiento terminado.

18. **Fallecido:** paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.
19. **Formas graves de TB:** se refiere a pacientes que padecen: meningitis tuberculosa, TB, Miliar, TB vertebral, derrame pleural masivo, derrame pericárdico, TB ocular, entre otros. Los cuales requieren abordaje especializado.
20. **Fracaso:** paciente con TB cuya baciloscopia y cultivo de esputo es positivo en el quinto mes o posterior, durante el tratamiento.
21. **Monorresistencia:** resistencia a un medicamento antituberculoso de primera línea.
22. **Multidrogorresistente (TB-MDR):** resistencia a los fármacos antifímicos isoniazida y rifampicina en forma simultánea.
23. **Paciente con recaída:** paciente que ha sido previamente tratado por tuberculosis pulmonar o extrapulmonar bacteriológicamente confirmado, quien fue declarado curado o con tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento y que nuevamente es diagnosticado con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por una reinfección, independientemente del tiempo).
24. **Paciente con tratamiento después de pérdida en el seguimiento:** paciente que fue tratado previamente por tuberculosis y declarado pérdida en el seguimiento al final del tratamiento más reciente.
25. **Pérdida en el seguimiento:** paciente con diagnóstico de TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante dos meses consecutivos o más.
26. **Polifarmacorresistencia:** resistencia a más de un medicamento antituberculoso de primera línea (que no incluya isoniazida y rifampicina a la vez).
27. **Sintomático respiratorio:** toda persona mayor o igual a diez años de edad que presenta tos productiva durante quince días o más.
28. **Sintomático respiratorio investigado:** es toda persona que reúne el criterio de sintomático respiratorio, al cual se le ha realizado y procesado al menos una muestra para: baciloscopia de esputo, cultivo, prueba rápida molecular MTB/RIF u otra prueba diagnóstica autorizada por el MINSAL
29. **Tratamiento completo:** es el paciente con tuberculosis que ha finalizado el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero que no se dispone de resultados de baciloscopías o de cultivo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión previa.
30. **Tratamiento para la ILTB:** es la administración de isoniacida 5 mg/kg/día, hasta un máximo de 300 mg por día durante seis meses, en el adulto y en el niño 10 mg/kg/día, durante seis meses, previo descarte de la TB en los grupos de riesgo.

31. **Tuberculosis extensamente resistente:** paciente con tuberculosis activa que presenta resistencia a rifampicina e isoniazida, además a las fluoroquinolonas y a uno de los siguientes inyectables: kanamicina, amikacina o capreomicina.
32. **Tuberculosis presuntiva:** persona que presenta signos y síntomas sugestivos de tuberculosis, antes conocido como sospechoso de tuberculosis. (incluye el concepto de sospecha de tuberculosis grave).

Capítulo II Promoción

Acciones educativas

Art. 5.- Mediante el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria se desarrollarán acciones educativas para la promoción de la salud, prevención y control de la tuberculosis, que mediante el abordaje de las determinantes sociales de la salud, permita la coordinación intra e inter sectoriales, así como el empoderamiento comunitario en la solución de sus problemas.

El equipo multidisciplinario del establecimiento de salud encargado del programa de TB debe elaborar y ejecutar anualmente el plan de información, educación y comunicación, dirigido al personal de salud, al usuario y la comunidad; tomando en cuenta los diferentes escenarios donde se desenvuelven, tales como: familiar, comunitario, educativo, laboral y del establecimiento de salud; involucrando a los diferentes proveedores de servicios de salud, sociedad civil, organizaciones de base comunitaria, municipalidad, ONG, entre otros; con la finalidad de propiciar su empoderamiento y el cumplimiento de los objetivos y metas del programa, para hacer visible la problemática de la TB y motivar la búsqueda de soluciones conjuntas, enfocado en los determinantes sociales de la salud, interculturalidad y de género.

Consejería

Art. 6.- Toda persona con tuberculosis debe recibir consejería, para lograr la adherencia al tratamiento, disminuir o eliminar barreras de comunicación e información, conocer conductas de riesgo y fomentar conductas saludables, entre otros.

Capítulo III

De la detección y búsqueda de casos

Búsqueda de casos

Art. 7.- Todo prestador de servicios de salud debe realizar búsqueda e identificación de sintomáticos respiratorios, tanto a nivel intra e interinstitucional, como a nivel comunitario con énfasis en grupos de riesgo.

Grupos de riesgo

Art. 8.- Se consideran grupos de riesgo de padecer tuberculosis a: contactos de caso índice, contactos de TB MDR o TB RR, persona con VIH, niños menores de diez años contactos; personas privadas de libertad, trabajadores de salud, adultos mayores, personas en situación de calle, migrantes y personas retornadas, poblaciones originarias, drogodependientes, alcohólicos crónicos, personas con diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedades pulmonares como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, entre otras y personas con inmunosupresión.

Capítulo IV

Diagnóstico

Métodos autorizados

Art. 9.- Los métodos diagnósticos a utilizar en la búsqueda de la tuberculosis dependerán del sitio anatómico en que se sospeche la enfermedad, siendo los autorizados por el MINSAL: Pruebas de laboratorio: Prueba molecular rápida MTB/RIF, baciloscopías, cultivos BAAR, biopsias, tuberculina (PPD), Adenosin Deaminasa (ADA). Pruebas de gabinete: tales como: radiografías, tomografía axial computarizada (TAC) y/o resonancia magnética nuclear (RMN) y otras pruebas con evidencia comprobada que sirvan de apoyo al diagnóstico de tuberculosis, aprobadas por el MINSAL.

TB pulmonar

Art. 10.- Todo prestador de servicios de salud, debe descartar tuberculosis pulmonar en toda persona sintomática respiratoria indicándole pruebas bacteriológicas. Para el paciente que se le indique baciloscopía, deberán tomarse dos muestras.

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar se hará con al menos una baciloscopía positiva de esputo, prueba molecular rápida MTB/RIF, cultivo de esputo por cualquier método, o por otra prueba diagnóstica disponible y autorizada por el MINSAL.

TB extrapulmonar

Art. 11.- El diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, debe realizarse de acuerdo con el sitio anatómico afectado, utilizando los medios diagnósticos disponibles.

Seguimiento diagnóstico

Art. 12.- Se debe dar seguimiento a los casos siguientes:

- a) Persona catalogada como sintomático respiratorio con dos baciloscopías negativas y cuyos síntomas persisten; debe enviarse prueba molecular rápida MTB/RIF de esputo, cultivo de esputo bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) y prueba de tipificación y sensibilidad.
- b) Persona que por situaciones especiales no puede expectorar y entregar muestras de esputo y persiste la sospecha de tuberculosis, debe referirse al siguiente nivel de atención.

Cultivo más tipificación y sensibilidad

Art. 13.- El cultivo para diagnóstico más tipificación y sensibilidad, se debe de indicar en los casos siguientes:

- a. Alta sospecha de TB y dos baciloscopías negativas
- b. Sospecha de tuberculosis infantil
- c. Sospecha de tuberculosis extrapulmonar
- d. Personas con VIH y con sospecha de TB
- e. Fracaso
- f. Pérdida en el seguimiento
- g. Recaída
- h. Contacto de caso TB-MDR o TB-RR
- i. Antecedente o estancia actual en centro penitenciario o bartolinas
- j. Coinfección TB/VIH
- k. No negativizan al segundo, cuarto o quinto mes de tratamiento
- l. Baciloscopías con uno a nueve bacilos en cien campos
- m. Migrante nacional o extranjero
- n. Paciente con tratamiento antituberculoso que no mejora clínicamente, aunque las BK de control sean negativas
- o. Micobacteriosis
- p. Personas con diabetes
- q. Caso TB-RR o TB-MDR
- r. Personal de salud
- s. Poblaciones originarias
- t. Población en situación de calle

Prueba molecular rápida MTB/RIF

Art. 14.- La prueba molecular rápida MTB/RIF (PCR en tiempo real), se debe indicar en los casos siguientes:

- a) SR con 2 BK (-) y con TB presuntiva

- b) Persona con VIH con signos y síntomas sugestivos de TB
- c) Personas privadas de libertad, o con antecedente; con signos y síntomas sugestivos de TB
- d) SR con diabetes.
- e) SR con inmunodeficiencias
- f) Caso TB que no negativiza al segundo, cuarto o quinto mes de tratamiento; o en el noveno mes, en caso de retratamiento.
- g) Antes tratados (recaídas, fracasos, pérdida en el seguimiento)
- h) Sospecha de TB extrapulmonar
- i) Contactos de caso con TB-MDR o TB-RR
- j) Niños con TB presuntiva
- k) Personal de salud
- l) Otros (especificar)
- m) Indicación por resultado previo (en caso que el resultado de error o inválido, se procesa nueva muestra)

Prueba adenosin deaminasa

Art. 15.- La prueba adenosin deaminasa (ADA) debe indicarse en pacientes con tuberculosis extrapulmonar presuntiva particularmente:

- a) Pleural.
- b) Meníngea.
- c) Pericárdica
- d) Peritoneal o mesentérica
- e) Líquido sinovial

Tuberculina

Art. 16.- La prueba de tuberculina está indicada como apoyo diagnóstico en los casos siguientes:

- a) Contactos de una persona con TB pulmonar bacteriológicamente confirmada (menor de 5 años y mayores de 5 años)
- b) Persona con VIH
- c) Personas con inmunodeficiencias (ERC, DM, personas que se les ha trasplantado órganos o tejidos, personas en tratamiento con inmunosupresores, entre otros)
- d) Personal de salud de nuevo ingreso ubicado en zonas de riesgo de infectarse con el *M. tuberculosis*.
- e) Otros grupos: personas privadas de libertad, migrantes, en situación de calle y que consumen drogas ilícitas.

Capítulo V

De la clasificación

Tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada

Art. 17.- Se debe considerar caso de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada, a toda persona que presenta TB pulmonar con las pruebas bacteriológicas siguientes: baciloscopía, prueba rápida molecular MTB/RIF o cultivo BAAR, ya sea de esputo o lavado bronquial, que compromete el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial.

Tuberculosis clínicamente diagnosticada (pulmonar y extrapulmonar)

Art. 18.- Es aquel caso que no cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica, pero el paciente ha sido diagnosticado con tuberculosis activa por un médico quien ha decidido administrar un ciclo completo de tratamiento. Esta definición incluye los casos diagnosticados con radiografía o histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio.

Si estos casos posteriormente resultan ser bacteriológicamente confirmados (antes o después de comenzar el tratamiento) deben ser reclasificados como tal.

Tuberculosis extrapulmonar bacteriológicamente confirmada.

Art. 19.- Debe considerarse como tuberculosis extrapulmonar bacteriológicamente confirmada, cuando la enfermedad se encuentra en otras partes del cuerpo y fuera de los pulmones: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos, meninges, ojos, corazón, entre los más frecuentes recordando que la TB puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. El diagnóstico debe basarse en evidenciar en las muestras, el bacilo o la lesión que éste causa, a través de cultivo o prueba rápida molecular MTB/RIF.

En caso de un paciente diagnosticado simultáneamente con tuberculosis pulmonar más tuberculosis extrapulmonar, debe prevalecer para el registro de ingreso, la clasificación de caso de tuberculosis pulmonar.

Capítulo VI

Tratamiento

Criterios

Art. 20.- Todo médico debe considerar para el tratamiento, de los siguientes criterios:

- a) Administrarlo a toda persona que cumpla con la definición de caso de tuberculosis y darse de forma gratuita. Los medicamentos serán suministrados por el MINSAL y el ISSS.
- b) Utilizar la combinación de medicamentos de acuerdo con cada caso, según régimen establecido, para prevenir la aparición de resistencia.
- c) Prescribir la dosis adecuada con base al peso en kilogramos de la persona, tanto para presentaciones individualizadas o combinados.

Inicio

Art. 21.- El tratamiento debe iniciarse inmediatamente y no más de cinco días después de confirmado el diagnóstico.

De la clasificación del tratamiento

Art. 22.- Para los efectos de la presente norma técnica, con relación a los regímenes de tratamiento, se clasificará de la siguiente forma:

- a) Tratamiento para casos sensibles (nuevos y en retratamiento).
- b) Tratamiento para casos fármacorresistentes
- c) Tratamiento de formas graves de TB

Tratamiento para casos sensibles

Art. 23.- Debe indicarse a todo paciente que cumpla con la definición de caso nuevo o antes tratado de tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, bacteriología positiva o clínicamente diagnosticado, el cual se describe en los *Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de la Tuberculosis*.

El tratamiento se debe indicar en forma diaria, tanto en la primera como en la segunda fase, para todos los casos y grupos de riesgo, excepto los niños.

El tratamiento se administrará con medicamentos de primera línea, independientemente sean casos nuevos o antes tratados, adultos y niños, tomando como criterio el riesgo y vulnerabilidad del caso, por lo que el régimen será diferente dependiendo de ésta condición.

Tratamiento de la tuberculosis fármacorresistente

Art. 24.- Debe indicarse a todo paciente con tuberculosis resistente a rifampicina (TB-RR), TB-MDR o cualquier polifarmacorresistencia, en casos con criterio de ingreso "otros pacientes previamente tratados" o en aquel paciente que continúa con esputo positivo a pesar de un retratamiento estrictamente supervisado y que presenta resistencia a los medicamentos antifímicos de primera línea, para los cuales debe utilizarse drogas de segunda línea, como lo establecen los *Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de la Tuberculosis y la Guía Clínica para la Atención Integral de Pacientes con Tuberculosis Fármacorresistente*.

Tratamiento de formas graves de TB

Art. 25.- Debe ser indicado por el especialista neumólogo o infectólogo, ya que por su condición de formas graves de TB o caso especial, se deben adaptar regímenes de tratamiento para definir el esquema individualizado, en relación a dosis y duración del mismo

De la administración

Art. 26.- La administración del tratamiento de acuerdo a los regímenes establecidos, debe estar a cargo de personal institucional o comunitario capacitado, el cual es responsable de observar que la persona ingiera el medicamento a diario, indagando reacciones adversas, intolerancia u otra situación que justifique consulta médica o referencia, para el logro de su curación.

En caso que el diagnóstico de tuberculosis se haya realizado en un hospital, el tratamiento será administrado durante la estancia hospitalaria del paciente y al egresar del hospital debe ser referido a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF), clínica penitenciaria o Unidad Médica del ISSS correspondiente o donde éste lo solicite, para continuar el tratamiento

Prohibiciones

Art. 27.- Queda terminantemente prohibido al proveedor de salud:

- a) Administrar regímenes que no estén normados.
- b) Entregar el medicamento antituberculoso al usuario o su familia, excepto en: - la terapia preventiva con isoniacida para personas con VIH; personas con ILTB - eventos especiales como epidemias, pandemias, catástrofes naturales o de otra índole; pues se expone al paciente a desarrollar bacilos resistentes.

En caso que el personal de salud no pueda supervisar el tratamiento, debe buscar alternativas como: un líder comunitario previamente capacitado, capacitar a familiares, utilizar herramientas electrónicas disponibles para la verificación de la toma de las dosis correspondientes; este último en casos extremadamente excepcionales.

Seguimiento a casos nuevos, sensibles a medicamentos de primera línea

Art. 28.- El seguimiento a estos pacientes debe realizarse de la forma siguiente:

- a) Dos baciloscopías al inicio de la última semana del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- b) Indicarle cultivo para tipificación y resistencia, más prueba molecular rápida MTB/RIF, cuando una de las dos baciloscopías de control es positiva al final del segundo mes y prolongar la fase intensiva con cuatro medicamentos, hasta obtener resultado de cultivo.
- c) Si la prueba molecular rápida (MTB/RIF) es negativa, prolongar la fase intensiva dos meses, hasta tener el resultado del cultivo.
- d) Si la prueba molecular rápida (MTB/RIF) es positiva y resistente a rifampicina, se debe referir a la Clínica de Resistencias del MINSAL o del ISSS.
- e) Si la prueba molecular rápida MTB/RIF es positiva y sensible a rifampicina, prolongar la fase intensiva dos meses hasta tener el resultado del cultivo.
- f) Si el cultivo es negativo, pasar a la siguiente fase y dar seguimiento con BK al cuarto, sexto y octavo mes (debido a la prolongación de la primera fase).
- g) Si el cultivo es positivo, prolongar un mes más la primera fase, hasta tener el resultado de la prueba de sensibilidad; si ésta es sensible pasar a la siguiente fase de continuación, dar

seguimiento con BK al quinto, séptimo y noveno mes de tratamiento y si la prueba de sensibilidad es resistente referir a la clínica de resistencias del MINSAL o del ISSS

Tratamiento en embarazadas

Art. 29.- En embarazada el esquema de tratamiento de la tuberculosis, será igual al de la población en general.

De los corticoesteroides

Art. 30.- Los corticoesteroides deben ser indicados por un médico especialista en las formas graves tales como:

- a) Tuberculosis meníngea
- b) Tuberculosis pericárdica
- c) Otros casos que el médico especialista considere necesario

Capítulo VII Tuberculosis en la niñez

Diagnóstico

Art. 31.- En la niñez hasta los diez años de edad, en quienes el diagnóstico presenta dificultades, dadas las manifestaciones inespecíficas de la enfermedad y la baja proporción de aislamiento del bacilo, debe realizarse la evaluación sistemática con los criterios siguientes:

- a) Epidemiológico.
- b) Clínico
- c) Tuberculínico
- d) Radiológico.
- e) Histopatológico
- f) Microbiológico (bacteriológico).

Estos criterios deberán buscarse de forma sistemática y simultánea.

En caso de que el niño tenga tres o más de estos criterios positivos, debe tratarse como caso de tuberculosis infantil. Si tiene el criterio bacteriológicamente positivo, confirma el caso de tuberculosis infantil.

Clasificación

Art. 32.- Existen cinco formas de clasificar a un niño con tuberculosis:

- a) Sospecha de tuberculosis grave
- b) Tuberculosis clínica.
- c) Tuberculosis confirmada por bacteriología
- d) Contacto con tuberculosis.
- e) Tuberculosis latente.

Formas graves

Art. 33.- Los niños con formas graves de tuberculosis (meníngea, miliar, mal de Pott, mesentérica, peritoneal y pericárdica), deben ser referidos a un hospital de tercer nivel para su diagnóstico, inicio del tratamiento y seguimiento.

TB perinatal

Art. 34.- En caso de los recién nacidos, la tuberculosis debe clasificarse, para efectos de registro y tratamiento, en congénita y neonatal. La tuberculosis congénita es la transmitida en útero y la neonatal se debe a contagio a partir de la madre, de un familiar enfermo, de un amigo o cuidador de los niños que padezcan tuberculosis.

Art. 35.- Se debe diagnosticar como tuberculosis congénita cuando se cumpla uno o más de las siguientes condiciones:

- a) Madre con tuberculosis en el embarazo.
- b) Lesiones tuberculosas comprobadas en la primera semana de vida.
- c) Complejo primario hepático con granuloma caseoso.
- d) Confirmación de tuberculoma en la placenta o tuberculosis en el tracto genital de la madre.

Diagnóstico en neonatos

Art. 36.- Los procedimientos diagnósticos en un recién nacido presuntivo de tuberculosis, tanto en la tuberculosis congénita como en la neonatal debe incluir:

- a) Cultivos y prueba de sensibilidad: de lo extraído en el lavado gástrico, laringotraqueal, orina, sangre y oído medio
- b) Prueba molecular rápida MTB/RIF
- c) Biopsia: de ganglio, hígado, pulmón, piel y eventualmente de médula ósea.
- d) Radiografía de tórax.

Tratamiento en neonatos

Art. 37.- El tratamiento en neonatos debe realizarse con tres fármacos antituberculosos: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, hasta conocer los resultados bacteriológicos. La duración del tratamiento debe ser de nueve hasta doce meses, debido a la mayor inmadurez inmunológica de los recién nacidos.

En el caso de tuberculosis con amenaza a la vida del neonato, el especialista debe adicionar el etambutol como cuarto medicamento.

Capítulo VIII

Reacciones adversas

Clasificación

Art. 38.- De acuerdo a los signos, síntomas y estado del paciente, las reacciones adversas deben clasificarse en leves y severas, según lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis*.

Las reacciones leves podrán ser atendidas en el primer nivel de atención, si se cuenta con el medicamento e insumo necesario; las severas deben ser referidas a un hospital de segundo o tercer nivel de atención, ya que éstas pueden comprometer la vida del paciente.

Registro e información

Art. 39.- Toda reacción adversa debe registrarse en la hoja electrónica RAM-ESAVI del Centro Nacional de Farmacovigilancia del MINSAL; si la reacción al medicamento antituberculoso es leve debe notificarse en los primeros 10 a 30 días y si la reacción es severa debe notificarse en las primeras 24 horas y enviar una copia de la hoja a la Coordinación del Programa Nacional de Tuberculosis.

Si la información se genera en un establecimiento de primer nivel de atención, se debe remitir a través del SIBASI a la región de salud correspondiente; en el caso de los hospitales debe ser remitida de forma directa al Nivel Superior del Ministerio de Salud.

Todo de conformidad con el formato establecido en el instrumento técnico jurídico pertinente, emitido por el MINSAL.

Capítulo IX

Criterios de hospitalización y referencia

Criterios para hospitalización

Art. 40- Todo paciente con tuberculosis debe ser ingresado en un hospital de segundo nivel de su área geográfica de responsabilidad o en hospital de tercer nivel de atención, si cumple con alguno de los criterios siguientes:

- a) Las formas graves de tuberculosis: hemoptisis grave, deterioro de la condición general del paciente, tuberculosis del sistema nervioso central, pericárdica, miliar con compromiso respiratorio y shock séptico por TB.
- b) Toxicidad medicamentosa que requieran ajustar la quimioterapia.
- c) Reacciones adversas severas: síndrome de Steven Johnson, hepatitis medicamentosa, eritrodermia severa o anemia hemolítica.
- d) Tuberculosis multidrogorresistente sin tratamiento establecido por neumólogo de la clínica MDR.
- e) Ruptura de una cavidad pulmonar a pleura o empiema pleural.
- f) Complicaciones de enfermedades relacionadas con tuberculosis tales como: VIH avanzado o con infecciones oportunistas que requieran de manejo hospitalario, diabetes descompensada, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, hepática o renal.

g) Todo paciente con problemas sociales tales como: alcoholismo, drogadicción, indigente, personas en situación de calle, trastornos psiquiátricos, entre otros, deben ingresarse en un hospital de segundo nivel durante el tiempo que sea necesario

Criterios de referencia y retorno

Art. 41.- Los trabajadores de salud deben referir a un hospital de segundo o tercer nivel de atención al paciente que presente reacciones adversas severas, enviando la hoja de notificación de sospecha de reacción adversa a un medicamento y una copia de la ficha de tratamiento (PCT-7).

Cuando el problema se resuelva, el hospital debe retornar al paciente con las indicaciones precisas en la hoja de referencia (PCT-8B), para continuar el tratamiento en el establecimiento de salud correspondiente.

Los migrantes que hayan sido diagnosticados y serán retornados a sus países de origen deberán de llevar documentación correspondiente al diagnóstico y tratamiento y el aprovisionamiento para 5 días de medicamentos antituberculosos para que la persona pueda llegar al centro de salud más cercano en su país de origen; además se deberá hacer la notificación correspondiente por los mecanismos establecidos entre los programas de tuberculosis de los diferentes países.

Capítulo X

Resistencia a medicamentos antituberculosos

Tuberculosis fármacorresistente

Art. 42.- Se debe considerar caso de tuberculosis fármacorresistente a aquel paciente que expulsa bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosis, reportados en la prueba de resistencia y sensibilidad a medicamentos por cualquiera de los métodos moleculares o convencionales.

Clasificación de la resistencia

Art. 43.- La resistencia a medicamentos se clasifica, de la siguiente forma:

a) Resistencia primaria: cuando el paciente no ha recibido ningún tratamiento antituberculoso previo.

b) Resistencia secundaria: cuando hay constancia de por lo menos un tratamiento antituberculoso, previo de más de un mes de duración, ya sea para TB sensible o TB fármacorresistente.

Manejo de la resistencia

Art. 44.- Todo paciente con diagnóstico de tuberculosis resistente o multidrogorresistente, se debe referir y trasladar, acompañado por un trabajador de salud, a la clínica de resistencia del MINSAL o del ISSS, donde el médico especialista de la clínica de MDR debe clasificar, registrar y tratar, de acuerdo a lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la prevención y control*

de la tuberculosis, y en la Guía clínica para la atención integral de pacientes con tuberculosis fármacorresistente; se le debe dar seguimiento hasta su egreso o curación

Capítulo XI

Coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana

Coinfección

Art. 45.- Toda persona con enfermedad tuberculosa y virus de inmunodeficiencia humana que cumple la definición de caso, se debe considerar con coinfección TB-VIH.

Tamizaje en caso de tuberculosis

Art. 46.- Todo caso de tuberculosis, todas las formas, debe ser tamizado para descartar infección por VIH.

Tamizaje en personas con VIH

Art. 47.- A toda persona con infección de VIH debe descartársele enfermedad tuberculosa, mediante el algoritmo clínico (fiebre, tos actual, pérdida de peso y sudoración nocturna); con cualquiera de uno de los signos o síntomas anteriores debe realizársele el estudio correspondiente para el diagnóstico, mediante criterio clínico, bacteriológico, radiológico, epidemiológico e histológico, dependiendo del caso, y dar el tratamiento oportuno.

Inicio de tratamiento

Art. 48.- Antes de iniciar tratamiento antituberculoso a toda persona con VIH, se debe haber cumplido el algoritmo diagnóstico, indicando prueba molecular rápida MTB/RIF y cultivo de esputo, de tejidos o muestra de líquidos corporales, según el caso; para identificación del *Mycobacterium* y establecer el diagnóstico, también se debe realizar prueba de resistencia y sensibilidad.

Prioridad en tratamiento

Art. 49.- A toda persona con enfermedad tuberculosa y VIH, debe administrársele: el tratamiento antituberculoso como prioridad, la profilaxis con trimetropim sulfametoxazol y la terapia antirretroviral, dos semanas posteriores al inicio de los antifímicos, independiente del valor de linfocitos T CD4 o de la carga viral que la persona presente.

Toda persona en terapia antirretroviral que desarrolle tuberculosis, debe ser referida al especialista para adecuación de la misma.

Por ningún motivo se debe suspender o modificar el tratamiento o profilaxis para enfermedades oportunistas, indicados por el médico especialista.

Capítulo XII

Abordaje de la infección latente por tuberculosis

Infección latente por tuberculosis (ILTb)

Art. 50.- A toda persona que pertenezca a grupos de riesgo y vulnerabilidad, entre ellos: contactos de una persona con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada, personas con VIH, personas seronegativas con otras inmunodeficiencias, trabajadores de salud, personas privadas de libertad, migrantes de países con una alta carga de tuberculosis, personas en situación de calle y las personas que consumen drogas ilícitas, se les debe descartar enfermedad tuberculosa, a través de los algoritmos clínicos descritos en el *Lineamiento para el manejo de la infección latente por tuberculosis*, y se les deberá administrar tratamiento para la infección latente por tuberculosis.

Tratamiento de la ILTB

Art. 51.- Se administrará tratamiento para la infección latente por tuberculosis, independientemente del resultado de la prueba de tuberculina, a las personas de los grupos de riesgo y vulnerabilidad, descritos en el artículo anterior, que no presentan signos y síntomas de enfermedad tuberculosa, entre algunos pueden ser: fiebre, tos, pérdida de peso, sudoración nocturna.

El tratamiento para la ILTB, se debe proporcionar una vez en la vida, a excepción si la persona, de los grupos antes mencionados, se expuso nuevamente a un caso de TB bacteriológicamente confirmado, cuya decisión de administrarle o no la INH dependerá del abordaje integral al paciente; para esto deberá repetir o hacer uso de todos los algoritmos, según grupo, descritos en los *Lineamientos técnicos para la atención de personas con infección latente por tuberculosis*.

- En niños menores de 10 años se administrará 10 mg/kg/día, dosis máxima 300 mg día, durante 6 meses a diario exceptuando los domingos, el tratamiento debe ser estrictamente supervisado.
- En niños mayores de 10 años y adultos se administrará 5 mg/kg/día, dosis máxima 300 mg día, durante 6 meses a diario exceptuando los domingos, haciendo un total de 144 dosis; se le debe proporcionar al paciente el medicamento para un mes, incluye personas VIH y todos los grupos de riesgo y vulnerabilidad antes mencionados.

Interrupción del tratamiento para la ILTB

Art. 52.- Si el paciente abandona el tratamiento para la ILTB por un mes o más y había recibido menos de cinco meses o 115 dosis, debe reiniciar de nuevo, caso contrario debe darse por finalizado el tratamiento, esto aplica para todos los grupos de riesgo.

Capítulo XIII

Comorbilidad tuberculosis y diabetes

Detección de diabetes en SR

Art 53. A todo sintomático respiratorio que acuda a un establecimiento de salud, se le deben investigar factores de riesgo para diabetes, y si presenta al menos uno, se le realizará glucometría en ayunas. El manejo se realizará como está indicado en los *Lineamientos Técnicos para la prevención y control de la tuberculosis*.

Detección de diabetes en casos de TB

Art. 54.- Todo caso de tuberculosis de todas las formas nuevo o antes tratado, se le debe realizar glucometría en ayunas para el descarte de diabetes. La conducta a seguir se realizará como indica en los *Lineamientos Técnicos para la prevención y control de la tuberculosis*.

Descarte de TB en personas con diabetes

Art 55.- A Toda persona con diabetes y sintomatología respiratoria, se le debe realizar prueba molecular rápida MTB/RIF y cultivo BAAR, tipificación y sensibilidad, para descartar tuberculosis.

Atención a personas con comorbilidad TB/DM

Art. 56.- A toda persona con comorbilidad tuberculosis y diabetes, se le debe dar atención integral; realizar una glucometría semanal, mientras dure el tratamiento de la tuberculosis, y realizar exámenes clínicos y de laboratorio según los *Lineamientos Técnicos para la prevención y control de la tuberculosis*.

Capítulo XIV

Tuberculosis y migrantes

Pruebas bacteriológicas en personas retornadas

Art. 57.- Toda persona retornada con TB presuntiva o diagnóstico de esta, se debe realizar prueba rápida molecular MTB/RIF, cultivo BAAR, más prueba de sensibilidad en el establecimiento de salud donde se recibe al paciente.

Evaluación de pacientes retornados

Art. 58.- Todas las personas retornados con tratamiento antituberculoso o tratamiento para la ILTB, deberán ser evaluados y se hará el ajuste necesario del tratamiento según presentación del medicamento y normativa nacional vigente. Deberá ser ingresado al sistema de información del programa de tuberculosis, de lo establecido en los *Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de la Tuberculosis*.

Prohibición a migrantes

Art. 59.- Todo caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado tiene prohibido salir del país hasta que sus pruebas bacteriológicas muestren resultados negativos, según lo recomienda el Reglamento Sanitario Internacional del año 2015, página 21 y 22.

Notificación de migrantes con TB

Art. 60.- Es obligación del personal de salud, notificar de inmediato al Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias del MINSAL, todos los casos bacteriológicamente confirmados, en los cuales se conozca historia de viaje al exterior, o con intención de salir del país, independientemente del motivo; según lo establece el Reglamento Sanitario Internacional.

Capítulo XV

Del seguimiento de casos y contactos

Consulta médica

Art. 61.- Toda persona con tuberculosis, debe ser atendido de forma integral por el proveedor de servicios de salud, la frecuencia de la consulta dependerá según el caso:

- a) Caso sensible, se debe dar una consulta en el establecimiento que lo diagnosticó: al inicio del tratamiento, al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento o cuando el estado de salud del paciente lo requiera.
- b) Caso fármacorresistente, se debe dar una consulta al inicio del tratamiento y cuando el especialista lo requiera, según Guía clínica para la atención integral de pacientes con tuberculosis fármacorresistente.

Frecuencia de consejería

Art. 62.- El proveedor de servicios de salud debe proporcionar al paciente con tuberculosis, cinco consejerías distribuidas así:

- a) Al inicio de tratamiento
- b) Al inicio de la segunda fase
- c) Al finalizar el tratamiento
- d) Antes de la toma de muestra para la prueba de VIH
- e) Después de la toma de muestra para la prueba de VIH

Control bacteriológico

Art. 63.- A todo paciente en tratamiento antituberculoso, debe realizársele control bacteriológico, mediante muestras de esputo para baciloscopía o cultivo, las cuales deben solicitarse una semana previa a su consulta médica, y deben ser tomadas en dos días diferentes y sucesivos, cuando el paciente se despierte y en ayunas.

Otros casos

Art. 64.- En los casos de tuberculosis diagnosticados por prueba molecular rápida MTB/RIF o cultivo BAAR, el seguimiento del tratamiento debe hacerse a través de baciloscopías y cultivo, indicándose de la forma siguiente:

- a) Caso sensible diagnosticado por prueba molecular rápida MTB/RIF: el seguimiento será por baciloscopía al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- b) Caso resistente diagnosticado por prueba molecular rápida MTB/RIF: el seguimiento se realizará a través de cultivo cada mes, según *Guía clínica para la atención integral de pacientes con tuberculosis fármacorresistente*.
- c) Todos los casos diagnosticados a través de cultivo, el seguimiento se hará siempre por cultivo.

Visita domiciliar

Art. 65.- A toda persona con tuberculosis se le debe realizar como mínimo dos visitas a su domicilio, salvaguardando la confidencialidad de su condición, con el propósito de hacer estudio epidemiológico de caso, investigar contactos del caso índice o para recuperar a pacientes que no asisten a tratamiento en las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Contactos de casos

Art. 66.- Se debe considerar contacto a toda persona adulta, adolescente o niño independientemente del parentesco, que ha estado expuesta a un caso índice; el manejo será tal como se describe en los *Lineamiento Técnicos para la atención de personas con infección latente por tuberculosis*.

Capítulo XVI

Del control de infecciones

De las medidas de control administrativo o gerencial

Art. 67.- Todo establecimiento de salud, debe diseñar un plan de control de infecciones en tuberculosis, basado en la identificación temprana de casos índices y sus contactos, prioritariamente en los grupos de riesgo descritos en artículo 8 de la presente norma, identificación y separación de los casos infecciosos, como alejamiento de los consultorios pediátricos o de pacientes inmunodeficientes, así como la capacitación del personal de salud, paciente, visita y familia.

De las medidas de control ambiental

Art. 68.- En los establecimientos de salud, se debe asegurar que la entrada y dirección del aire de ventilación, del área de consulta o servicio de hospitalización de una persona con sospecha de TB o que adolece de tuberculosis, sea el adecuado para expulsar hacia el exterior las microgotas que puede producir el enfermo, tal como lo establece los *Lineamientos técnicos para el control de infecciones con énfasis en tuberculosis*.

De las medidas de protección respiratoria

Art. 69.- El personal de salud debe verificar que todo caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado que esté ingresado en un hospital, debe desplazarse con mascarilla quirúrgica, cuando salga del servicio donde está hospitalizado, principalmente si éste es portador de una tuberculosis resistente.

Toda persona con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada o con sospecha de padecerla, debe usar mascarilla quirúrgica para evitar contagiar a otros.

Uso de respiradores

Art. 70.- El personal multidisciplinario de salud debe utilizar el respirador con capacidad de filtración del 95% (en el inserto debe decir que puede utilizarse para trabajar con micobacterias TB), avalado por la NIOSH cuando atiende a pacientes con tuberculosis sensible o tuberculosis multidrogorresistente en áreas de riesgo respiratorio, así como también personal de laboratorio que procesa muestras para diagnóstico o control de tratamiento de tuberculosis.

Es necesario realizar la prueba de ajuste al menos una vez al año al personal que está situado en áreas de riesgo, a fin de que se verifique el ajuste del respirador para cada rostro en particular, así como para su adquisición.

Capítulo XVII

Registro de casos y declaración obligatoria de casos

Sistema de registro

Art. 71.- El registro de los casos índice es de declaración obligatoria y sus contactos, deberán ser notificados en el sistema de registro manual (PCT) y/o electrónico a través del sistema de información en salud, creado para tal fin, considerando los criterios de ingreso, egreso y demás variables.

Sistema de información

Art. 72.- Es obligatorio para todos los proveedores de salud públicos y privados, el llenado del formulario (VIGEPES -01), para notificación de enfermedades objeto de vigilancia establecida por el nivel superior del MINSAL.

Declaración obligatoria

Art.73.- La tuberculosis meníngea, considerada en niños hasta los cinco años, es de notificación obligatoria e inmediata al Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y a la Dirección de Vigilancia de la Salud del MINSAL.

Capítulo XVIII

Disposiciones generales

Coordinación con centros penitenciarios

Art. 74.- El Director del establecimiento de salud, es el responsable de coordinar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, así como la vigilancia de las resistencias en el centro penitenciario de su área de responsabilidad.

El establecimiento de salud al que está asignado el centro penitenciario será responsable de suministrarle medicamentos y los insumos para el diagnóstico, de acuerdo a lo establecido en convenios bilaterales entre el MINSAL y el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.

De la persona privada de libertad

Art. 75.- El personal de salud del centro penitenciario que diagnostica e inicia el tratamiento antituberculoso, de una persona privada de libertad, es el responsable de dar seguimiento, informarlo y dar egreso del libro de registro general de casos, por lo que debe mantener comunicación permanente con el centro penitenciario al que fuere trasladado.

Al ser trasladado, un paciente privado de libertad, a otro centro penitenciario, se debe adjuntar al expediente clínico, una copia de la ficha de tratamiento (PCT-7) y sus medicamentos debidamente rotulados, pruebas de sensibilidad y resistencia, y notificar del traslado al establecimiento de salud del MINSAL con el cual coordina permanentemente.

Libertad de personas con tuberculosis

Art. 76.- En caso de que la persona privada de libertad con tuberculosis, que recibe tratamiento, sea puesta en libertad, el personal de salud del centro penitenciario debe entregarle la referencia, para el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente y verificar que ha sido recibida por el personal de salud, para finalizar el tratamiento hasta la curación, y registrar la condición de egreso.

Del incumplimiento de la norma

Art. 77.- Todo incumplimiento a la presente norma, será sancionada de acuerdo a lo prescrito en las Leyes administrativas pertinentes.

De lo no previsto

Art. 78.- Lo que no esté previsto en la presente norma, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

Derogatoria

Art. 79.- Derógase la *Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis*, emitida a través del acuerdo número cuatrocientos cincuenta y seis, de fecha, diecinueve de febrero de

dos mil dieciocho, publicada en el Diario Oficial número cuarenta y tres, Tomo número cuatrocientos dieciocho de fecha dos de marzo del año dos mil dieciocho.

Vigencia

Art. 80.- La presente norma entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial. Comuníquese.

San Salvador, a los siete días del mes de agosto de dos mil veinte.

A handwritten signature in blue ink is positioned to the left of a circular official stamp. The stamp is also in blue ink and contains the text "MINISTERIO DE SALUD" at the top, "SAN SALVADOR" in the center, and "REP. DE EL SALVADOR, C.A." at the bottom, flanked by two stars. The signature is a cursive scribble that extends across the width of the stamp.

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud *ad honórem*