REPUBLICA DE EL SALVADOR EN LA AMERICA CENTRAL

DIARIO OFICIAL

DIRECTOR: *Luis Ernesto Flores López*

TOMO Nº 391	SAN SALVADOR, MARTES 7 DE JUNIO DE 2011	NUMERO 105

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

Documento Derogado

Pág.

ORGANO EJECUTIVO

MINISTERIO DE GOBERNACION

Escritura pública, estatutos de la Fundación Salvadoreña de Desarrollo Integral Comunitario y Decreto Ejecutivo No. 33, declarándola legalmente establecida, aprobándole sus estatutos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica. *4-17*

RAMO DE GOBERNACIÓN

Estatutos de la Asociación Psoriasis Nueva Vida El Salvador y de la Iglesia Misión Cristiana Evangélica del Espíritu de Dios Pentecostal y Acuerdos Ejecutivos Nos. 42 y 63, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica. *18-29*

MINISTERIO DE ECONOMÍA
RAMO DE ECONOMÍA

Acuerdos Nos. 448 y 449.- Se otorgan beneficios a favor de dos asociaciones cooperativas. *30-31*

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
RAMO DE EDUCACIÓN

Acuerdo No. 15-1118.- Se suspende temporalmente el funcionamiento del Centro Académico Alfred Nobel, ubicado en el municipio de San Salvador. *32*

Acuerdos Nos. 15-0074 y 15-0184.- Reconocimiento de estudios académicos a favor de Javier Antonio Martínez Salgado y de Jairo Gudiel Henríquez Lima. *33*

MINISTERIO DE SALUD
RAMO DE SALUD

Acuerdo No. 526.- Norma Técnica para la Prevención y Control de la Tuberculosis. *34-55*

Pág.

ORGANO JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdos Nos. 1498-D y 296-D.- Autorizaciones para el ejercicio de la abogacía en todas sus ramas. *55*

INSTITUCIONES AUTONOMAS

ALCALDÍAS MUNICIPALES

Estatutos de las Asociaciones de "Habitantes de la Línea Férrea Las Conchas", "Colonia Buena Vista, Sector Tres", "Comunal Administradora del Acueducto Rural Manantiales de Agua Viva" y "Pro-Mejoramiento de Residencial Monte Sión" y Acuerdos Nos. 4(2), 11 y 17, emitidos por las Alcaldías Municipales de Metapán, Mejicanos, Nueva Granada y Santa Tecla, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica *56-87*

SECCION CARTELES OFICIALES

DE PRIMERA PUBLICACIÓN

Declaratoria de Herencia

Cartel No. 568.- Blanca Estela López Guzmán y otra.- (1 v.) *88*

Aceptación de Herencia

Cartel No. 569.- Leonel Galdámez Orellana y otra.- (3 v. alt.) *88*

Cartel No. 570.- Adán Valdez Morales.- (3 v. alt.)..... *88*

Cartel No. 571.- Daniel Gámez Rivas y otra.- (3 v. alt.) .. *89*

Cartel No. 572.- María Audelia Chávez y otro.- (3 v. alt.). *89*

Títulos Supletorios

Cartel No. 573.- Sara Galdámez de Rivas.- (3 v. alt.) *89*

Cartel No. 574.- José Juárez.- (3 v. alt)..... *90*

MINISTERIO DE SALUD
RAMO DE SALUD

ACUERDO No. 526

San Salvador, 20 de mayo de 2011.

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD

CONSIDERANDO

I. Que los artículos 131, 148, 149, 150, 151 y 152 del Código de Salud, prescriben que es de interés público las acciones permanentes contra las enfermedades transmisibles, en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y obligatoriedad de toda persona de someterse a tratamiento y en particular la tuberculosis; y,

II. Que con base a lo prescrito en los artículos anteriores y tomando en consideración la trascendencia en salud pública, que tiene la prevención y el control de la tuberculosis, se vuelve de imperiosa necesidad normar técnicamente la misma, a fin de proteger la salud de la población en general.

POR TANTO:

En uso de las facultades legales conferidas ACUERDA emitir la siguiente,

"NORMA TÉCNICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS"

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Objeto de la Norma

Art. 1.- La presente Norma tiene por objeto establecer las disposiciones que regulan la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y la declaración obligatoria de los casos y contactos de la tuberculosis.

Ámbito de aplicación

Art. 2.- Están sujetos al cumplimiento de la presente Norma, toda persona natural o jurídica de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, que incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); establecimientos de salud privados, y los profesionales de la medicina en el ejercicio de su función.

Autoridad competente

Art. 3.- Corresponde al Ministerio de Salud a través del Director de Hospital, Director Regional de Salud y Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF), aplicar y dar cumplimiento a la presente Norma; así como aquellos que de manera legal designe el Titular del Ministerio de Salud.

Documento Derogado

Terminología

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

a. Abandono recuperado con baciloscopía positiva: Paciente que recibió tratamiento para tuberculosis por lo menos un mes y retorna a éste con bacteriología positiva, habiéndolo interrumpido por dos meses o más.

b. Abandono: Paciente que ha recibido tratamiento para tuberculosis por lo menos durante un mes, y lo ha interrumpido por dos meses consecutivos o más.

c. Bacilífero: Paciente que tiene bacilos tuberculosos en su esputo, y son visibles por baciloscopías.

d. Caso crónico: Paciente que persiste con esputo positivo al final de un régimen estándar de retratamiento estrictamente supervisado.

e. Caso de tuberculosis: Toda persona que adolece de enfermedad causada por el complejo Mycobacterium tuberculosis, ya sea con baciloscopía positiva, negativa, cultivo positivo u otros métodos diagnósticos autorizados por el Ministerio de Salud o que clínicamente cumpla con la definición de caso, se denomina caso de tuberculosis.

f. Caso nuevo: Paciente con diagnóstico tuberculosis pulmonar o extrapulmonar que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha tomado medicamentos antituberculosos por menos de un mes. Estos casos pueden tener baciloscopía positiva, negativa, cultivo positivo o pueden tener la enfermedad en otro sitio anatómico.

g. Caso previamente tratado: Paciente que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosos en el pasado, pudo tener baciloscopía positiva o negativa o tener la enfermedad en algún otro sitio anatómico.

h. Curado: Es el paciente que sus baciloscopías o cultivo de esputo fueron positivos al inicio del tratamiento, pero que presentó baciloscopías de esputo o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y en al menos una ocasión previa.

i. Egreso del tratamiento: Es el caso de tuberculosis que finaliza su tratamiento por cualquiera de los motivos siguientes: Curado, tratamiento terminado, abandono, fracaso terapéutico o por defunción.

j. Enfermedad tuberculosa no confirmada: Es todo paciente con síntomas y signos sugestivos de tuberculosis, sin que haya confirmación bacteriológica.

k. Éxito del tratamiento: Es la suma de los pacientes curados más aquellos que completaron el tratamiento.

l. Fallecido: Paciente que murió por alguna razón durante el curso del tratamiento antituberculoso.

m. Fracaso: Paciente que al inicio del quinto mes o más de tratamiento presenta baciloscopías de esputo o cultivo positivo; además éste debe ser siempre confirmado con prueba para identificación de bacilo y prueba de resistencia

n. Otros diagnósticos: Son aquellos casos de tuberculosis que no se apegan a las definiciones ya conocidas como caso nuevo de tuberculosis pulmonar, fracaso terapéutico o recaída.

o. Recaída: Paciente que anteriormente ha sido declarado curado o con tratamiento terminado de tuberculosis pulmonar, pero que de nuevo presenta tuberculosis con baciloscopía positiva o cultivo positivo, independientemente del tiempo en el cual fue diagnosticado como caso nuevo.

p. Sintomático respiratorio investigado: Es toda persona que reúne el criterio de sintomático respiratorio, al cual se le ha realizado y procesado al menos una baciloscopía de esputo.

q. Sintomático respiratorio: Toda persona mayor o igual a diez años que presente los síntomas o signos sugestivos de tuberculosis. El síntoma más común, es la tos productiva por más de dos semanas, acompañada de otros síntomas respiratorios tales como cansancio, dolor de pecho, hemoptisis u otros como pérdida de peso y apetito, fiebre, sudoración nocturna y fatiga.

r. Sospechoso de tuberculosis: Persona que presenta signos y síntomas sugestivos de tuberculosis.

s. Tuberculosis pulmonar: Se refiere a aquellos casos de tuberculosis que involucra al parénquima pulmonar. La tuberculosis miliar es clasificada como pulmonar porque causa lesiones en los pulmones.

t. Tuberculosis extrapulmonar: Se refiere a aquellos casos de tuberculosis que involucra a otros órganos fuera de los pulmones: Pleura, gánglios linfáticos, abdominal, genitourinaria, piel, huesos, meninges. La tuberculosis con linfadenopatia intratoracica (mediastinal o hiliar) o tuberculosis con efusión pleural, sin anormalidades radiográficas en los pulmones, constituyen casos de tuberculosis extrapulmonar.

u. Tratamiento terminado: Es el paciente que ha finalizado el tratamiento 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.

v. Tuberculosis extremadamente resistente: Paciente con tuberculosis activa que presenta resistencia a Isoniacida y Rifampicina a las quinolonas, y a uno de los siguientes inyectables: Kanamicina, Amikacina o Capreomicina.

Documento Derogado

CAPÍTULO II

PROMOCIÓN

Acciones educativas

Art. 5.- Todo proveedor de servicios de salud, debe desarrollar acciones educativas para que la población obtenga la información necesaria sobre la tuberculosis, modificar algunas conductas nocivas y adoptar estilos de vida saludables para evitar contraer la enfermedad, así como la búsqueda oportuna de atención en los establecimientos de salud, ante la aparición de signos y síntomas de la tuberculosis, para tratarla y curarla.

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 en el establecimiento de salud.

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 adquirir 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 indicar la realización de tres baciloscopías a todo sintomático respiratorio que solicita atención médica por esa u otra causa y a todo contacto que resulte en el estudio epidemiológico del caso.

Grupos de riesgo

Art. 8.- Se consideran grupos de riesgo de padecer tuberculosis los siguientes: Contactos de casos de tuberculosis, privados de libertad, personas con VIH, adultos mayores, indigentes, diabéticos, personas inmunosuprimidas, personas con enfermedades pulmonares crónicas como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumoconiosis.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO

Pulmonar

Art. 9.- El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar debe realizarse con al menos dos baciloscopías positivas de esputo, cultivo del mismo o por la indicación de otros métodos diagnósticos autorizados y disponibles en el Ministerio de Salud.

Extrapulmonar

Art. 10.- El diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar debe realizarse de acuerdo al sitio anatómico afectado, utilizando los medios diagnósticos disponibles según el nivel de atención.

Seguimiento diagnóstico

Art. 11.- Se debe dar seguimiento a los casos siguientes:

a. Sintomático respiratorio, con tres baciloscopías negativas y cuyos síntomas persisten como sintomático respiratorio, debiéndosele enviar cultivo de esputo bacilo ácido alcohol resistente; dicho paciente debe referirse al siguiente nivel de atención para tratamiento u otros estudios.

b. Paciente que por situaciones especiales no pueda dar muestras de esputo, debe referirse al siguiente nivel de atención.

Documento Derogado

Indicación de cultivo

Art. 12.- Se debe indicar cultivo en los casos siguientes:

a. Persona con un seriado de dos baciloscopías negativas y con alta sospecha de tuberculosis pulmonar.

b. En tuberculosis infantil.

c. En tuberculosis extrapulmonar.

d. En personas con VIH y se sospecha tuberculosis.

Cultivo para identificación y sensibilidad

Art. 13.- Para establecer sensibilidad y la identificación del Mycobacterium tuberculosis, se debe indicar cultivo, en los casos siguientes:

a. Fracaso al tratamiento.

b. Abandono recuperado.

c. Recaída.

d. Caso crónico de tuberculosis.

e. Contacto de tuberculosis multidrogoresistente o cualquier patrón de resistencia del caso índice.

f. Antecedentes o estancia actual en centro penitenciario.

g. Coinfección tuberculosis y VIH.

h. No negativiza al segundo o tercer mes de tratamiento.

i. Baciloscopía con uno a nueve bacilos por campo.

j. Migrante nacional o extranjero con sospecha de tuberculosis.

k. Paciente con tratamiento antituberculoso que no mejora clínicamente aunque sus baciloscopías de control sean negativas.

Tuberculina

Art. 14.- La prueba de tuberculina se debe indicar en los casos siguientes:

a. Para descartar enfermedad tuberculosa en niños y niñas con síntomas.

b. Niños y niñas que sean contactos de un caso de tuberculosis.

c. Personal sanitario de nuevo ingreso en contacto con pacientes tuberculosos.

d. Personas con VIH o sida, para evaluar profilaxis o para orientar diagnóstico de tuberculosis, cuando se disponga de ésta.

e. Estudios epidemiológicos para conocer prevalencia de infección en la población.

Documento Derogado

CAPÍTULO V

DE LA CLASIFICACIÓN

Pulmonar baciloscopía positiva

Art. 15.- Se debe considerar caso de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva los casos siguientes:

a. A toda persona que al examen microscópico de dos o más muestras de esputo, ha revelado la presencia de bacilo ácido alcohol resistente, se incluyen aquellas láminas en las que se ven de uno a nueve bacilos en cualquiera de las muestras.

b. A toda persona con bacilos ácido alcohol resistentes en el examen microscópico de esputo.

c. A toda persona con bacilos ácido alcohol resistentes en el examen microscópico, en al menos una muestra de esputo más anormalidades radiográficas compatibles con una tuberculosis pulmonar activa y decisión médica de aplicar un ciclo curativo completo de tratamiento.

d. A toda persona con al menos una muestra de esputo positiva para bacilos ácido alcohol resistente, más cultivo de esputo positivo para Mycobacterium tuberculosis.

Pulmonar baciloscopía negativa

Art. 16.- Debe considerarse tuberculosis con baciloscopía negativa a toda persona con tuberculosis pulmonar, que no cumple los criterios establecidos en el artículo anterior, cuyo resultado de al menos dos baciloscopías iniciales son negativas, pero presenta cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis o reúna los siguientes criterios:

a. Decisión médica de prescribir tratamiento completo de medicamentos antituberculosos.

b. Anormalidades radiográficas compatibles con tuberculosis pulmonar activa; y

- Evidencia clínica o de laboratorio de infección por VIH; o
- Si es VIH negativo y no mejora con el suministro de tratamiento de antibióticos de amplio espectro (excluyendo medicamentos antituberculosos, fluoroquinolonas y aminoglicósidos).

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO

Criterios

Art. 17- Todo médico debe considerar para el tratamiento los criterios tales como:

a. Debe administrarse a toda persona que cumpla con la definición de caso de tuberculosis y darse de forma gratuita los medicamentos que serán suministrados por el Ministerio de Salud.

b. Utilizar la combinación de medicamentos de acuerdo a cada caso según la categoría establecida, para prevenir la aparición de resistencia.

c. Prescribir la dosis adecuada en base al peso en kilogramos de la persona tanto para presentaciones individualizadas o combinados.

d. Que la persona tome los medicamentos sin interrupción, bajo observación directa durante el periodo requerido, para asegurar la curación y evitar el fracaso, recaída o abandono al tratamiento.

Inicio

Art. 18.- El tratamiento debe iniciarse inmediatamente y no más de cinco días de confirmado el diagnóstico.

Administración del tratamiento

Art. 19.- La administración del tratamiento de acuerdo a las categorías establecidas, debe estar a cargo de personal institucional o comunitario capacitado, el cual es responsable de entregar y observar que la persona ingiera el medicamento, indagando problemas de toxicidad, intolerancia u otra situación que justifique consulta médica o referencia.

En caso que el diagnóstico de tuberculosis se realice en un hospital de segundo o tercer nivel de atención, el paciente debe ser referido a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar correspondiente, o donde éste lo solicite para recibir el tratamiento.

Tratamiento para casos nuevos (categoría I)

Art. 20.- El tratamiento categoría uno, debe indicarse a todo paciente que cumpla con la definición de caso nuevo de tuberculosis pulmonar, extra pulmonar y de coinfección tuberculosis y VIH, baciloscopía positiva, negativa, cultivo positivo o por otros métodos diagnósticos autorizados por el Ministerio de Salud. De acuerdo a lo prescrito en anexo número uno.

Tratamiento para casos antes tratados (categoría II)

Art. 21.- El tratamiento categoría dos, debe indicarse a todo paciente que recibió tratamiento previo y que nuevamente presenta esputo o cultivo positivo con pruebas de sensibilidad a drogas antifímicas, o por otros métodos diagnósticos autorizados por el Ministerio de Salud. Independientemente de la categoría en la que fue ingresado y del tiempo transcurrido.

Aquellos casos de tuberculosis que curaron o terminaron tratamiento antituberculoso, pero que nuevamente cumple los criterios de caso de tuberculosis. De acuerdo a lo prescrito en el anexo número uno.

Documento Derogado

Tratamiento para tuberculosis infantil (categoría III)

Art. 22.- El tratamiento categoría tres, debe de indicarse a todo niño o niña menor de diez años con diagnóstico de tuberculosis, de acuerdo a lo prescrito en el anexo número dos.

Tratamiento para casos crónicos o multidrogoresistentes (categoría IV)

Art. 23.- El tratamiento categoría cuatro, debe de indicarse a todo paciente con diagnóstico de tuberculosis multidrogoresistente, casos crónicos o en aquel paciente que continúa con esputo positivo a pesar de un retratamiento estrictamente supervisado y que presenta resistencia a los medicamentos antituberculosos en su prueba de sensibilidad a drogas. Se requieren esquemas estandarizados o regímenes individualizados.

Otros tratamientos

Art. 24.- Debe de indicarse en pacientes con formas graves de tuberculosis: meníngea, mal de Pott, miliar, pericárdica o que no responden adecuadamente al tratamiento, se deben evaluar individualmente cada caso por especialista neumólogo o infectólogo para definición de esquema y duración de su tratamiento. Se hace necesario realizar la prueba de sensibilidad y resistencia a drogas.

Compromiso neurológico

Art. 25.- Ante un paciente con sospecha de padecimiento tuberculoso que presenta compromiso neurológico, debe referirse inmediatamente al tercer nivel de atención como un caso probable de tuberculosis meníngea, al cual se deben realizar las evaluaciones necesarias y los exámenes respectivos e iniciar el tratamiento establecido en esta norma.

Una vez la condición del paciente lo permita y sea dado de alta del hospital, el tratamiento debe ser continuado en el primer nivel de atención respectivo.

Prohibiciones

Art. 26.- Queda terminantemente prohibido administrar monoterapia o entregar el medicamento antituberculoso al usuario o su familia, excepto en la terapia preventiva con isoniacida para personas con VIH; pues se expone al enfermo a desarrollar bacilos resistentes. En caso que el personal de salud no pueda supervisar el tratamiento, debe buscar las alternativas con un líder comunitario previamente capacitado.

Pacientes con tratamiento categoría uno

Art. 27.- El seguimiento a pacientes con tratamiento categoría uno, se debe realizar 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, cuando una de las dos baciloscopías de control es positiva al final del segundo mes y prolongar la fase intensiva hasta finalizar el cuarto mes o al negativizar cultivo.

c. Si persiste con baciloscopía positiva al inicio del quinto mes, deberá tomar muestra de esputo para cultivo, para establecer sensibilidad y la identificación del Mycobacterium y referir al enfermo a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" y dependiendo del resultado del cultivo deberá de egresarse como Fracaso o Curado.

d. En el caso que un paciente presente una baciloscopía positiva al sexto mes habiendo tenido resultados negativos en las anteriores, deberá enviarle cultivo de esputo, y si éste es negativo se egresará como curado y deberá darle seguimiento con cultivo cada mes durante los próximos tres meses.

Pacientes con tratamiento categoría dos

Art. 28.- El seguimiento a pacientes con tratamiento categoría dos, se debe realizar de la forma siguiente, si la baciloscopía de control es positiva al tercer mes de retratamiento, se debe realizar un cultivo para establecer sensibilidad y la identificación del Mycobacterium; prolongando la fase intensiva hasta el quinto mes.

Si persiste con baciloscopía positiva al final del quinto mes, debe censarse como fracaso a categoría dos en el libro de registro, tomarse muestra de esputo para un cultivo para establecer sensibilidad y la identificación del Mycobacterium y ser referido a la Clínica de Resistencia del Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", o en su caso, al Hospital Policlínico Planes de Renderos del ISSS.

Documento Derogado

Prueba terapéutica

Art. 29.- La prueba terapéutica únicamente debe ser indicada por médico especialista de un hospital de segundo o tercer nivel de atención, y debe darse fiel cumplimiento por parte de los establecimientos de primer nivel de atención.

Tratamiento en embarazada

Art. 30.- El tratamiento debe ser similar al indicado a la no embarazada, exceptuando el uso de estreptomicina, la cual está contraindicada.

Corticoesteroides

Art. 31.- Los corticoesteroides deben ser indicados por un neumólogo o infectólogo en los casos siguientes:

a. Meningitis tuberculosa.

b. Nódulo linfático hiliar que comprima el árbol traqueobronquial y cause dificultad respiratoria, enfisema y colapso.

c. Tuberculosis miliar con compromiso respiratorio.

d. Derrame pleural masivo.

e. Derrame pericárdico.

f. Poliserositis.

CAPÍTULO VII

TUBERCULOSIS EN LA NIÑEZ

Diagnóstico

Art. 32.- En los niños y niñas menores de diez años, 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. Clínico.

b. Epidemiológico.

c. Tuberculínico.

d. Radiológico.

e. Histopatológico.

f. Microbiológico.

Así mismo para la fundamentación del diagnóstico, se debe tomar en consideración los criterios establecidos en el sistema de puntaje, descrito en los anexos tres y cuatro.

Clasificación diagnóstica

Art. 33.- Los diagnósticos que resultan con sistema de puntaje son:

a. Diagnóstico de certeza: Si obtiene siete puntos, incluye cuadro clínico, epidemiológico, tuberculínico, radiológico y anatomopatológico sugestivo de tuberculosis; o sólo por dos o tres baciloscopías positivas o por un cultivo positivo.

b. Diagnóstico factible: Si obtiene entre cinco y seis puntos, si éste incluye cuadro clínico, radiológico o anatomopatológico sugestivo de tuberculosis.

c. Diagnóstico probable: Si obtiene tres a cuatro puntos, habiéndose investigado todos los criterios diagnósticos, debe referirse a un segundo o tercer nivel para continuar estudios con aspirado gástrico, entre otros.

d. Diagnóstico improbable: Si obtiene entre cero y dos puntos, debe investigarse otras patologías.

Documento Derogado

Formas graves

Art. 34.- Se clasificarán como formas graves de tuberculosis extrapulmonar en el niño o niña: Meníngea, miliar, mal de Pott, mesentérica, peritoneal y pericárdica, y deben ser referidos a un hospital de tercer nivel para su diagnóstico e inicio del tratamiento y seguimiento.

En neonatos

Art. 35.- En caso de los neonatos, la tuberculosis debe clasificarse en congénita o adquirida, para efectos de registro y tratamiento.

Diagnóstico tuberculosis congénita

Art. 36.- Se debe diagnosticar como tuberculosis congénita cuando se cumplan uno o más de las siguientes condiciones:

a) Lesión en la primera semana de vida;

b) Complejo primario hepático con granuloma caseoso;

c) Confirmación de tuberculoma en la placenta o tuberculosis en el tracto genital de la madre;

d) Exclusión a exposición posnatal a foco bacilífero, incluyendo al personal de salud.

Diagnóstico en neonatos

Art. 37.- Los procedimientos diagnósticos en un recién nacido sospechoso deben incluir:

a. Cultivos: De lo extraído en el lavado gástrico, laringotraqueal, orina, sangre y oído medio.

b. Biopsia: De ganglio, hígado, pulmón, piel y eventualmente de médula ósea.

c. Radiografía de tórax.

Tratamiento en neonatos

Art. 38.- El tratamiento en neonatos debe realizarse con tres fármacos antituberculosos, tales como: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, hasta conocer el antibiograma. La duración del tratamiento debe ser de nueve hasta doce meses debido a la mayor inmadurez inmunológica de los recién nacidos. Para casos de tuberculosis con amenaza a la vida debe adicionarse una cuarta droga como estreptomicina o etambutol.

CAPÍTULO VIII

REACCIONES ADVERSAS Y CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Clasificación

Art. 39.- De acuerdo a los signos, síntomas y estado del paciente, las reacciones adversas deben clasificarse en leves o severas, de acuerdo a lo establecido en el anexo número cinco.

Las 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. 40.- Toda reacción debe registrarse en la ficha respectiva de reacciones adversas a fármacos antituberculosos, la cual debe ser enviada trimestralmente, al Nivel Superior.

Si la información se genera en un establecimiento de primer nivel de atención, se debe remitir a través del SIBASI a la respectiva Región de Salud; en el caso de los hospitales del Sistema Nacional de Salud o privados, debe ser remitida de forma directa al Nivel Superior.

Todo de conformidad con el formato establecido en el anexo número seis, de la presente Norma.

Documento Derogado

Criterios para hospitalización

Art. 41- Todo paciente debe ser ingresado en un hospital de segundo nivel, de su área 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.

b. Casos de fracasos al retratamiento de la quimioterapia domiciliaria supervisada.

c. Casos crónicos, que tienen que ser reevaluados para aplicar un nuevo régimen de tratamiento.

d. Casos de toxicidad medicamentosa que requieran ajustar la quimioterapia.

e. Reacciones adversas severas: Síndrome de Steven Johnson, hepatitis medicamentosa, eritrodermia severa o anemia hemolítica.

f. Tuberculosis multidrogoresistente sin tratamiento establecido por neumólogo.

g. Ruptura de una cavidad pulmonar a pleura o empiema pleural.

h. Complicaciones de enfermedades relacionadas con tuberculosis tales como: sida, diábetes descompensada, insuficiencia cardíaca, hepática o renal.

i. Todo paciente con criterio de hospitalización con problemas sociales tales como: Alcoholismo, drogadicción, indigente, trastornos psiquiátricos, entre otros, deben ingresarse en un hospital de segundo nivel.

Criterios de referencia y retorno

Art. 42.- 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 ficha de reacciones adversas a fármacos antituberculosos y una copia de la ficha de tratamiento número siete.

Cuando el problema se resuelva, el hospital debe retornar al paciente con las indicaciones precisas en la ficha de referencia denominada ocho B (8B), para continuar el tratamiento en el establecimiento de salud cercano al domicilio del paciente o donde éste lo solicite.

CAPÍTULO IX

RESISTENCIA A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

Tuberculosis farmacoresistente

Art. 43.- Se considera paciente con tuberculosis farmacoresistente al que expulsa bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosos reportados en la prueba de resistencia y sensibilidad a drogas.

Clasificación de la resistencia

Art. 44.- 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.

c. Multidrogoresistente: Es la resistencia del Mycobacterium tuberculosis a Isoniacida y Rifampicina en forma simultánea.

Manejo de la resistencia

Art. 45.- Todo paciente con diagnóstico de tuberculosis resistente o multidrogoresistente, se debe referir y trasladar acompañado por un trabajador de salud a la Clínica de Resistencia del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Doctor José Antonio Saldaña" o al Hospital Policlínico de los Planes de Renderos del ISSS, donde se le clasificará, registrará, tratará según el anexo siete y dará seguimiento hasta su egreso o curación.

Documento Derogado

CAPÍTULO X

COINFECCIÓN TUBERCULOSIS Y VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Coinfección

Art. 46.- Toda persona con virus de inmunodeficiencia humana y que cumple la definición de caso de tuberculosis, se considerará caso de coinfección Tb y VIH.

Tamizaje en caso de tuberculosis

Art. 47.- Todo caso de tuberculosis debe ser tamizado para descartar infección por VIH.

Tamizaje en personas con VIH

Art. 48.- A toda persona con VIH o sida con sospecha de tuberculosis, debe realizársele el estudio correspondiente para el adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno.

Al iniciar tratamiento

Art. 49.- A toda persona con VIH se le debe indicar cultivo de esputo, tejidos o muestra de líquidos corporales, según sea el caso; para diagnóstico, identificación del Mycobacterium y pruebas de resistencia, antes de iniciar tratamiento antituberculoso.

Tratamiento

Art. 50.- A toda persona con coinfección Tb/VIH, se debe indicar todo el tratamiento antituberculoso en forma diaria y supervisada (fase intensiva e intermitente), evitando de esta manera el desarrollo de resistencia a la rifampicina.

Terapia Preventiva con Isoniacida

Art. 51.- Se administrará, se realice o no la prueba de tuberculina a toda persona con VIH, que no presenta signos y síntomas de enfermedad tuberculosa: fiebre, tos en el momento de la consulta, pérdida de peso y sudoración nocturna o que sea contacto intradomiciliar de un caso de tuberculosis bacilifera. Así mismo, debe considerarse los aspectos siguientes:

a. Se administrará las veces que sea necesaria, siempre y cuando se vuelva a exponer o hasta cada dos años si éste lo amerita.

b. En niños y niñas con VIH menores de diez años, después de haber descartado enfermedad tuberculosa, independientemente del valor de la tuberculina.

c. Al contacto intradomiciliar o estrecho con un caso de tuberculosis bacilífera, después de haber descartado enfermedad tuberculosa, independientemente del resultado de la tuberculina y de haber recibido tratamiento antituberculoso previo.

En personas con VIH

Art. 52.- La terapia preventiva en niños y adultos, se debe realizar administrando isoniacida 5mg/kg/día, hasta un máximo de 300 mg por día, durante nueve meses.

Esta se debe suministrar cada dos semanas a cada persona con VIH, verificando en cada visita signos y síntomas: fiebre, tos en el momento de la consulta, pérdida de peso y sudoración nocturna, así como monitorear la ingesta regular de la isoniacida.

En privados de libertad

Art. 53.- Se debe administrar terapia preventiva con isoniacida por nueve meses en los privados de libertad con VIH, investigando previamente si éste ya había recibido terapia preventiva con isoniacida; en caso de haber recibido, se debe verificar si lo finalizó, de lo contrario se debe iniciar nuevamente desde la primera dosis, independientemente del tiempo que le fue administrada, previo descarte de enfermedad tuberculosa activa.

Esta debe repetirse en un intervalo de dos años o cuando éste se exponga a un caso de tuberculosis bacilífera.

Documento Derogado

Interrupción de la terapia

Art. 54.- Toda persona con VIH que por diferentes razones ha suspendido su terapia preventiva con isoniacida, debe iniciarla nuevamente, independientemente del tiempo de la interrupción o del tiempo que le fue administrada, previo descarte de la enfermedad tuberculosis activa.

Prioridad en tratamiento

Art. 55.- A toda persona coinfectada con Tb y VIH debe administrarse en forma simultánea: la terapia antirretroviral, el tratamiento antituberculoso y la profilaxis con trimetropin sulfametoxazol.

Toda persona en terapia antirretroviral que desarrolle tuberculosis, debe ser referida al especialista para adecuación de la misma, ya que por ningún motivo se debe suspender o modificar el tratamiento o profilaxis para enfermedades oportunistas, indicados por el médico especialista.

Coordinación para la atención

Art. 56.- La atención de la persona coinfectada con Tb y VIH, debe realizarse de forma integrada entre los especialistas de cada área, el nivel local debe cumplir lo establecido coordinadamente con las disposiciones emanadas por el Nivel Superior.

Documento Derogado

CAPITULO XI

DEL SEGUIMIENTO DE CASOS Y CONTACTOS

Consulta Médica

Art. 57.- Todo paciente con tuberculosis debe ser atendido de forma integral por el proveedor de servicios de salud y su frecuencia dependerá de si es caso nuevo o retratamiento en la forma siguiente:

a. Caso nuevo: Se debe dar una consulta al inicio del tratamiento, al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento, de preferencia dar un control médico cada dos meses o cuando el estado del paciente lo requiera.

b. Caso de retratamiento: Se debe dar una consulta al inicio, al final del tercero, quinto y octavo mes de tratamiento, o cuando el paciente lo requiera.

Frecuencia de consejería

Art. 58.- El proveedor de servicios de salud debe proporcionar al paciente con tuberculosis, cinco consejerías distribuidas así: Al inicio de tratamiento, al inicio de la segunda fase, al finalizar el tratamiento, antes y después de la toma de muestra para realizarle la prueba de VIH.

Control bacteriológico

Art. 59.- A todo paciente en tratamiento antituberculoso, debe realizársele control bacteriológico, mediante dos muestras de esputo, las cuales deben solicitarse una semana previa a su consulta médica, éstas deben ser tomadas en dos días diferentes y sucesivos, al levantarse el paciente.

Visita domiciliar

Art. 60.- A todo paciente tuberculoso se le debe realizar como mínimo dos visitas a su domicilio, con el propósito de hacer estudio epidemiológico de caso, investigar contactos o para recuperar a pacientes que no asisten a tratamiento en las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Contactos

Art. 61.- Toda persona que habita en la misma casa con el enfermo o que mantiene contacto prolongado o cercano con el enfermo, se considera contacto de un caso de tuberculosis, por lo que se debe descartar la enfermedad, en caso de no presentarla y es menor de diez años, debe indicársele quimioprofilaxis.

CAPITULO XII

DEL CONTROL DE INFECCIONES

Medidas administrativas

Art. 62.- Todo establecimiento de salud, debe diseñar un plan de control de infección tuberculosa basado en la temprana identificación y separación de los casos infecciosos, como alejamiento de los consultorios donde se ven niños o pacientes inmunodeficientes, así como la capacitación del personal de salud, pacientes y familiares.

Medidas de control ambiental

Art. 63.- Todo caso de tuberculosis con baciloscopía positiva y que esté ingresado en un hospital, debe de desplazarse con mascarilla cuando salga del servicio donde está hospitalizado, principalmente si éste es portador de una tuberculosis resistente.

Este debe de ser ingresado en un área donde exista ventilación adecuada y exposición a la luz ultravioleta natural.

Art. 64.- Se debe de asegurar que la entrada y dirección del aire de ventilación del área de consulta o servicio de hospitalización, sea el adecuado para expulsar hacia el exterior las microgotas que puede producir el enfermo. Así como mínimos cambios en la ubicación del mobiliario, son fundamentales para reducir la exposición del personal de salud que atiende a estos enfermos.

Medidas de control individual

Art. 65.- Las mascarillas deben ser utilizadas por parte del enfermo contagioso que está ingresado, ya que evitan que las partículas cargadas de bacilos se evaporen, función que también pueden cumplir los pañuelos o protectores bucales. No tienen mayor valor el uso de éstas por parte de los familiares, visitas o personal de salud, a excepción de mascarillas N95 que atiende a pacientes con Tb-MDR.

CAPITULO XIII

REGISTRO DE CASOS Y DECLARACION OBLIGATORIA

Sistema de registro

Art. 66.- El registro de los casos, contactos sospechosos de tuberculosis y de todas las variables de declaración obligatoria, se debe realizar conforme lo establecido por el Sistema de Registro del Ministerio de Salud, a través del Sistema Único de Información en Salud.

Sistema de información

Art. 67.- Es obligatorio para todos los proveedores de salud públicos y privados, el llenado del formulario para notificación de enfermedades objeto de vigilancia establecida por el Nivel superior.

Declaración obligatoria

Art. 68.- En caso de tuberculosis meníngea en menores de cinco años, debe informarse de manera inmediata al Ministerio de Salud.

CAPITULO XIV

DISPOSICIONES GENERALES

Coordinación con centros penitenciarios

Art. 69.- El Director del establecimiento de salud, es el responsable de coordinar las actividades prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis en el Centro Penitenciario de su área de responsabilidad.

Documento Derogado

Traslado o egreso a la persona privada de libertad con tuberculosis

Art. 70.- 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 egresarlo del libro de registro de casos, por lo que debe mantener comunicación permanente con el Centro Penitenciario al que fuere trasladado.

Al ser trasladado, un privado de libertad a otro Centro Penitenciario, se debe adjuntar el expediente clínico, una copia de la ficha de tratamiento número siete y sus medicamentos debidamente rotulados, y notificar del traslado al establecimiento de salud con el cual coordina permanentemente.

Libertad de persona con tuberculosis

Art. 71.- En caso de que la persona privada de libertad con tuberculosis y en 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. 72.- Todo incumplimiento a la presente Norma, será sancionada de acuerdo a lo prescrito en el Código de Salud.

De lo no previsto

Art. 73.- Todo lo que no esté previsto por la presente Norma, se debe resolver a petición de parte, por medio de un escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando técnica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

Anexos

Art. 74.- Forman parte integrante de la Norma los anexos siguientes:

1. Número uno: Esquema de tratamiento categoría uno y dos para adultos.
2. Número dos: Esquema de tratamiento de tuberculosis categoría tres.
3. Número tres: Sistema de puntaje en diagnóstico de tuberculosis en la niñez.
4. Número cuatro: Criterios a ser considerados en diagnóstico tuberculosis en la niñez.
5. Número cinco: Clasificación de las reacciones adversas: leves y severas.
6. Número seis: Ficha de información de reacciones adversas a fármacos antituberculosos.
7. Número siete: Esquema de tratamiento previo a la obtención de las pruebas de susceptibilidad.

Derogatoria

Art. 75.- Derógase la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, emitida a través de la Resolución Ministerial número dos mil doscientos noventa y uno, de fecha quince de diciembre del año dos mil seis.

Vigencia

Art. 76.- La presente Norma entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

COMUNÍQUESE,

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ,

MINISTRA DE SALUD.

Documento Derogado

ANEXO N⁰ 1
MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS INDIVIDUALIZADOS DE PRIMERA LINEA RECOMENDADOS PARA ADULTOS CATEGORIA I Y CATEGORIA II

	DOSIS RECOMENDADAS			
	DOSIS DIARIA		TRES VECES POR SEMANA	
MEDICAMENTO INDIVIDUALIZADO	DOSIS Y RANGO (mg/kg/peso)	DOSIS MAXIMA	DOSIS Y RANGO (mg/kg/peso)	DOSIS MAXIMA DIARIA (mg)
Isoniacida (H) 100 mg o 300 g	5 (4- 6)	300	10 (8-12)	900
Rifampicina(R) 300 mg	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamida (Z) 500 mg	25 (20-30)	____	35 (30-40)	____
Etambutol (E) 400 mg	15 (15-20)	____	30 (25-35)	____
Estreptomicina (S)	15 (12-18)		15 (12-18)	1000

Fuente: Guía OMS para el tratamiento de la tuberculosis. Año 2010.

MEDICAMENTOS COMBINADOS DE PRIMERA LINEA DOSIS FIJAS CATEGORIA I Y CATEGORIA II

COMBINADO 4 DROGAS				COMBINADO 2 DROGAS			
isoniacida 75+Rifampicina 150mg+ Pirazinamida 400mg+Etambutol 275mg (NUMERO DE TABLETAS SEGÚN RANGO DE PESO)				Isociacida 200 mg + Rifampicina 150 mg (NUMERO DE TABLETAS SEGÚN RANGO DE PESO)			
30-39 kg	40-54kg	55-70 kg	> 70 Kg.	30-39 kg	40-54kg	55-70 kg	> 70 Kg.
2	3	4	5	2	3	4	5

Fuente: Guía OMS para el tratamiento de la tuberculosis. Año 2010.

Categoría I para casos nuevos ($2HRZE_6/4\ H_3R_3$):
Indicado en caso nuevo de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía positiva o con baciloscopía negativa, tuberculosis extrapulmonar y casos de Confección Tb/VIH.

Documento Derogado

Primera fase (intensiva)
Frecuencia: diario exceptuando los domingos (6 días/semana).
Duración: 2 meses (8 semanas).
N⁰ de dosis: 50 dosis.
Segunda fase: (de continuación)
Frecuencia: 3 veces por semana.
Duración: 4 meses (16 semanas).
N⁰ de dosis: 50 dosis.

Categoria II para casos previamente tratados: **$2HRZES_6$/$1HRZE_6$/$5H_3R_3E_3$**
Indicado en aquel paciente que recibió tratamiento previo y presenta esputo positivo: recaída, abandono recuperado y recaídas extrapulmonares y negativas.

Primera Fase Intensiva I:
Frecuencia: diario exceptuando los domingos. (6veces/semana) .
Duración: 2 meses (8 semanas).
N⁰ de dosis: 50 dosis

Fase Intensiva II :
Frecuencia: diario exceptuando los domingos (6 veces/semana).
Duración: 1 mes (4 semanas).
N⁰ de dosis: 25 dosis.

Segunda Fase Intermitente:
Frecuencia: 3 veces por semana.
Duración: 5 meses (20 semanas),
N° de dosis: 60 dosis.

Documento Derogado

ANEXO N^0 2
ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CATEGORIA III

Medicamentos	CATEGORIA III			
	MEDICAMENTOS INDIVIDUALIZADOS			
	Dosis recomendada PRIMERA FASE	Dosis máxima diaria	Dosis recomendada SEGUNDA FASE	DOSIS MAXIMA
Isoniacida (H) 100 mg o 300 g	10 mg/kg/dia	300 mg.	10 mg/kg/d[illegible]	900 mg.
Rifampicina(R) 300 mg	10 mg/kg/día	600 mg.	1[illegible] mg/kg/día	600 mg.
Pirazinamida (Z) 500 mg	25 mg/kg/día	2 gr.		

Fuente: Libro Rojo de Pediatría, año 2006

Categoría III: $2HRZ_6$ / $4H_3R_3$

Indicado para niños menores de diez años y son MEDICAMENTOS NO COMBINADOS:

Primera fase:
Frecuencia: diaria exceptuando los domingos (6 días/semana).
Duración: 2 meses (8 semanas).
N^0 de dosis: 50 dosis.

Fase Intermitente:
Frecuencia: tres veces por semana,
Duración: 4 meses (16 semanas).
N^o de dosis: 50 dosis.

Documento Derogado

ANEXO N⁰ 3
SISTEMA DE PUNTAJE EN EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN LA NIÑEZ

CRITERIOS	PUNTOS
1. Antecedente epidemiológico (contacto TB Bk positivo)	2
2. Cuadro clínico sugestivo	2
3. Radiografía sugestiva	2
4. Tuberculina positiva (Mantoux)	3
5. Granuloma especifico (Histopatológico)	4
6. Baciloscopia positiva de secreción por aspirado gástrico, esputo u otras muestras	5
7. Aislamiento de Mycobacterium (cultivo)	7

Fuente: Guía OMS para el tratamiento de la tuberculosis. Año 2010.

Documento Derogado

ANEXO N⁰ 4
CRITERIOS A SER CONSIDERADOS EN EL DIAGNOSTICO DE Tb INFANTIL

Criterios solos o combinados	Pauta / Orientación	Intervención / Decisión
Antecedente epidemiológico de BK positivo (2 puntos)	Sin ningún otro criterio hace improbable el diagnóstico de tuberculosis →	Si se continúa sospechando en tuberculosis referencia a 2do ó 3er Nivel para seguir estudio
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Cuadro clínico sugestivo (2 puntos)	Sin ningún otro criterio, sustenta diagnóstico probable →	Referencia a 2do ó 3er Nivel para seguir estudio
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Radiografía sugestiva (2 puntos)	Sin ningún otro criterio, sustenta diagnóstico probable →	Referencia a 2do ó 3er Nivel para seguir estudio
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Tuberculina ≥ 5 mm (3 puntos)	Siempre que no incluya o implique cuadro clínico, radiológico y anatomopatológico sugestivo →	Quimioprofilaxis (QX) completa
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Cuadro clínico sugestivo (2 puntos) + Radiografía sugestiva (2 puntos)	Criterios suficientes para sustentar diagnóstico factible →	Tratamiento Completo TAES
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Cuadro clínico sugestivo (2 puntos) + Tuberculina ≥ 5 mm (3 puntos)	Criterios suficientes para sustentar diagnóstico de certeza →	Tratamiento Completo TAES
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Granuloma especifico (4 puntos)	Criterios suficientes para sustentar diagnóstico factible →	Tratamiento Completo TAES
Antecedente epidemiológico BK positivo (2 puntos) + Baciloscopía positiva (5 puntos)	Criterios suficientes para sustentar diagnóstico de certeza →	Tratamiento Completo TAES
Cultivo positivo (7 puntos)	Criterios suficientes para sustentar diagnóstico de certeza →	Tratamiento Completo TAES

- **PUEDEN EXISTIR OTRAS COMBINACIONES DE CRITERIOS EN LAS QUE NO EXISTA EL CONTACTO CON PERSONA CON TUBERCULOSIS BACILIFERA (+), PERO MERECE TOMAR DECISION DE ACUERDO AL SISTEMA DE PUNTAJE.**
- **EL CRITERIO EPIDEMIOLOGICO SOLAMENTE SE UTILIZARÁ CUANDO EXISTA ANTECEDENTE DE CONTACTOS BK(+)**

FUENTE: Elaborado por Médicos de Staff del Servicio de Neumología, Hospital de Niños de Niños Benjamín Bloom, Año 2010.

Documento Derogado

ANEXO N⁰ 5
CLASIFICACION DE LAS REACCIONES ADVERSAS: LEVES Y SEVERAS

LEVES

Medicamento probablemente responsable	Reacción Adversa	Medidas
Isoniacida	Insomnio, euforia, gastritis. Sensación de quemazón en los pies.	1.Ajustar dosis, toma única matinal antagonistas H2. 2. Piridoxina 100 mg por día.
Rifampicina	Eritrodermia inicial transitoria Gastralgia y náuseas.	1. Tratamiento sintomático. 2. Efectuar tomas durante las comidas.
Pirazinamida	Eritrodermia inicial transitória. Náuseas, anorexia. Dolores articulares.	1. Tratamiento sintomático 2. Acido acetilsalicílico
Etambutol	Náuseas.	1. Tratamiento sintomático. 2. Ajustar dosis.
Estreptomicina	Náuseas, anorexia. Parestesia en la cara y prurito.	1 .Tratamiento sintomático. 2. Disminuir la dosis a 10 mg/Kg.

SEVERAS

Medicamento probablemente responsable	Reacción Adversa	Medidas
Cualquier Fármaco	Hipersensibilidad generalizada (síndrome de Steven Jonson)	1. Suspensión de medicamentos. 2. Referencia a Hospital.
Rifampicina	Púrpura. Anemia hemolítica. Hepatitis.	1. Suspensión definitiva del tratamiento. 2. Referencia a Hospital para manejo terapéutico.
Pirazinamida	Síndrome gotoso. Hepatitis.	1. Suspensión definitiva del tratamiento. 2. Referencia a Hospital para manejo terapéutico.
Etambutol	Neuritis óptica retro-bulbar.	1. Suspensión definitiva del tratamiento. 2. Referencia a Hospital para manejo terapéutico.
Estreptomicina	Sordera. Trastornos vestibulares (Vértigo). Insuficiencia Renal Aguda.	1. Suspensión definitiva del tratamiento. 2. Referencia a Hospital para manejo terapéutico. *En caso de Neuropatía periférica dar Piridoxina.

Fuente: Guía OMS para el tratamiento de la tuberculosis. Año 2010.

Documento Derogado

ANEXO N⁰ 6

FICHA DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Fecha ☐☐☐

1. SIBASI: _____ 2. Establecimiento de Salud: _____

3. Apellidos y Nombres _____

4. No. Expediente: _____

5. Edad: _____ 6.: Sexo M ☐ F ☐ 7. Peso Kg.: _____

8. A Fármaco(s) antiTBC recibidos por el paciente al momento de producirse RAFA 8. A R H Z E S

8. B Fármaco(s) sospechoso(s) de provocar la(s) reacción adversa 8.B R H Z E S

9. Las dosis del medicamento fueron administrados de acuerdo al peso del paciente SI NO

10. Inicio de medicación Día Mes Año ☐☐☐

11. Fecha inicio RAFA Día mes año ☐☐☐

12. Fecha de la suspensión de fármacos día mes año ☐☐☐

1. ☐ Todos
2. ☐ Sólo el(los) medicamentos sospechoso(s) de provocar RAFA
3. ☐ No se suspendió

13. Reacción adversa (anotar) el(los) número(s) en el (los) casillero(s) de acuerdo a las reacciones que se presentaron según la clasificación señaladas del formato. Utilizar un casillero por RAFA.

☐☐☐☐☐ Otras: _____

14. Enfermedades asociadas SI NO En caso afirmativo, cual : _____

USO EXCLUSIVO EL HOSPITAL EN CASO QUE EL PACIENTE SEA REFERIDO

15. Al retirar el(los) fármaco(s) Hubo Mejoría SI NO

16. Reexposición a los fármacos

1. ☐ Recurrencia de RAFA 2. ☐ No Recurrencia RAFA 3. ☐ Desconocido 4. ☐ No hubo Reexposición

17. Paciente amerito hospitalización SI NO

18. Evolución o desenlace

1. ☐ Recuperado 2. ☐ Recuperado con Secuela 3. ☐ Aún no se recupera

4. ☐ Fallecido por RAFA 5. ☐ Fallecido sin relación RAFA 6. ☐ Desconocido

19. Modificación del esquema de tratamiento inicial posterior a evolución RAFA SI NO

20. Fármaco(s) causante del RAFA retirado(s) del esquema de tratamiento R H Z E S

Persona que informa _____ Firma: _____

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD

FICHA DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Se deberá informar las Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA) que se presenten en los pacientes atendidos en su establecimiento de salud, debiendo remitir las notificaciones en forma trimestral conjuntamente con el informe operacional trimestral.

Los SIBASI deberán recepcionar las fichas enviadas por sus respectivos establecimientos de Salud y remitirlas al Nivel Superior, conjuntamente con el informe operacional trimestral.

Por favor marcar con una X de acuerdo a la información solicitada.

REACCIONES ADVERSAS MAS FRECUENTES

H= ISONIACIDA :
Hipersensibilidad general o cutánea
Neuropatía periférica
Sensación de quemazón en los pies
Convulsiones generalizadas
Hepatitis
Síndrome pseudogripal

R= RIFAMPICINA
Intolerancia GI
Náuseas
Fiebre
Orina Roja o anaranjada
Trombocitopenia
Anorexia

Z= PIRAZINAMIDA
Gota (hiperuricemia)
Artralgias
Anorexia
Náuseas
Enrojecimiento de la piel

E= ETAMBUTOL
Neuritis óptica: agudeza visual y visión de colores
Neuritis periférica en miembros inferiores

S= ESTREPTOMICINA
Absceso estéril (en el sitio de la inyección)
Cefaleas
Vómitos
Nistagmo y Vértigo
Tinnitus
Sordera
Prurito y Rash
Adormecimiento de extremidades
Insuficiencia Renal

Documento Derogado

ANEXO N0. 7
ESQUEMA TERAPÉUTICO PREVIO A LA OBTENCION DE LAS PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD.

TEST DE SUSCEPTIBILIDAD A LOS FARMACOS ESENCIALES NO DISPONIBLE (O HASTA QUE SE OBTENGA)	FASE INICIAL (5 DROGAS)		FASE DE CONTINUACIÓN (3 DROGAS)	
	Fármacos	Duración	Fármacos	Duración
	Inyectable [a] Ethionamida Quinolona [b] Etambutol Pirazinamida	6 meses	Ethionamida Quinolona Etambutol	12-18 meses

Fuente: Guía OMS para el tratamiento de la tuberculosis. Año 2010.

[a] **Inyectables: incluyen aminoglucósidos como kanamicina, amikacina y la capreomicina; este ultimo es un antibiótico polipeptídico, que se utiliza, si ambos kanamicina y amikacina fueron usados previamente o se sospecha resistencia a uno de ellos o ambos, ya que en general, puede haber resistencia cruzada entre kanamicina y amikacina.**

[b] **Fluoroquinolonas: moxifloxacina, levofloxacina, ofloxacina o ciprofloxacina.**

Documento Derogado