



MINISTERIO  
DE SALUD

Publicado en el Diario Oficial Número 16 Tomo 438 de fecha 24 de enero de 2023

## Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis

San Salvador, El Salvador 2023



MINISTERIO  
DE SALUD

## **Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis**

**San Salvador, El Salvador, 2023**

## 2023 Ministerio de Salud



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 Alabi Montoya  
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza  
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves  
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

### Equipo técnico

Dr. Julio Garay Ramos Dra. Maritza Guadalupe Melgar de Guardado Lic. Daniel Enrique Castro Licda. Yanira Guadalupe Chita de Orellana Licda. Laura Edith Ramos Estrada Lic. René Guevara Hernández Dr. Hugo Ivanoff Méndez Linares Dr. Francisco Manuel Castillo Lic. Bessy Lorena Velis Dr. Mario Rafael Soto Villalta Dr. Gilberto Aníbal Ayala Dr. Cristian Henríquez	Unidad del Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla Dra. Mayra Sáenz de Hernández	Dirección de Regulación

### Comité consultivo

Dra. Claudia Verónica Lara Meléndez Dra. Carmen Guadalupe Melara de García	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Humberto Andreu	Programa Nacional de ITS/VIH/Sida. Ministerio de Salud
Licda. Zuleyma Álvarez	Unidad de Género. Ministerio de Salud
Licda. Yanira Meléndez	Laboratorio Nacional de Salud Pública
Dr. Henry Vladimir Alfaro Dr. Pedro Alexander Escobar	Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña"
Dra. Mercedes Menjivar Dr. Álvaro Sandoval Vilchez	Hospital Nacional Rosales
Dr. Enrique E. Posada Maldonado Dr. Luis Guillermo Castaneda Villatoro	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dr. Mynor Martínez Sosa	Hospital Nacional Rosales
Dra. Nancy Ruiz	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dra. Carmen Elena Albanes	Hospital El Salvador
Dr. Walter Portillo	Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana
Dr. Carlos Macal	FOSALUD
Licda. Verónica María Palomo Campos	Centro Nacional de Farmacovigilancia
Licda. Susana Blanco Dr. José Yudice	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Mayra Benítez	Dirección General de Centros Penales
Lic. Claudia Alarcón	Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas (ANES)
Dr. Salomón Zepeda	Asociación Salvadoreña de Neumología

# Índice

Acuerdo	7
<b>Capítulo I</b> Disposiciones generales	8
<b>Capítulo II</b> Promoción	12
<b>Capítulo III</b> De la detección y búsqueda de casos	13
<b>Capítulo IV</b> Diagnóstico	13
<b>Capítulo V</b> De la clasificación	16
<b>Capítulo VI</b> Tratamiento	17
<b>Capítulo VII</b> Tuberculosis en la niñez	19
<b>Capítulo VIII</b> Reacciones adversas	21
<b>Capítulo IX</b> Criterios de hospitalización y referencia	22
<b>Capítulo X</b> Resistencia a medicamentos antituberculosos	22
<b>Capítulo XI</b> Coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana	23
<b>Capítulo XII</b> Abordaje de la infección latente por tuberculosis	23
<b>Capítulo XIII</b> Comorbilidad tuberculosis y diabetes	24
<b>Capítulo XIV</b> Poblaciones migrantes	25
<b>Capítulo XV</b> Del seguimiento de casos y contactos	26
<b>Capítulo XVI</b> Del control de infecciones	27
<b>Capítulo XVII</b> Registro de casos y declaración obligatoria de casos	28
<b>Capítulo XVIII</b> Tuberculosis en centros penitenciarios	28
<b>Capítulo XIX</b> Disposiciones finales	30



MINISTERIO  
DE SALUD

## Ministerio de Salud

San Salvador, 9 de enero de 2023

Acuerdo n.º 273

### El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

#### Considerando:

- I. Que la *Constitución*, 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 la *Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud*, en sus artículos 3 y 13, establecen que el Sistema Nacional Integrado en Salud, está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector de dicho Sistema, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo.
- IV. 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 se dictarán 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;
- V. Que mediante acuerdo número mil cuatrocientos seis, de fecha siete de agosto de dos mil veinte, y publicada en el Diario Oficial número ciento sesenta y seis, Tomo cuatrocientos veintiocho, de fecha dieciocho de agosto del año dos mil veinte, se emitió la *Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis*, la cual es necesario actualizar, con el fin de contextualizar las disposiciones técnicas para la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control, seguimiento de contactos y la notificación obligatoria de los casos de tuberculosis (TB), en todas sus formas.

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 generales

### Objeto

**Art. 1.-** La presente norma tiene por objeto establecer las disposiciones técnicas que regulan la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control, seguimiento de contactos 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 que forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública a través de la Dirección General de Centros Penales (DGCP) y Policía Nacional Civil (PNC).

### Autoridad competente

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

### Definiciones

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

- 1. Caso clasificado como “otros”:** Persona con historia de tratamientos previos por TB y que no cumple con las definiciones mencionadas anteriormente, incluye los casos que han presentado más de dos episodios de TB, independientemente de su localización. Ejemplo: persona que presenta TB pulmonar bacteriología positiva, egresa curado y posteriormente, independientemente del tiempo, presenta una TB clínicamente diagnosticada. (2)
- 2. Caso de tuberculosis:** Toda persona que adolece de enfermedad causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y que presenta una prueba rápida molecular, baciloscopia, cultivo positivo u otros métodos diagnósticos autorizados por el MINSAL, o que clínicamente cumpla con la definición de caso. (2)
- 3. Caso de tuberculosis clínicamente diagnosticado:** Persona que ha sido diagnosticada con tuberculosis por un/a médico/a quien ha decidido administrar un ciclo completo de tratamiento, aunque no existe confirmación bacteriológica. Esta definición incluye los casos con radiografía de tórax sugestiva 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 pulmonar bacteriológicamente confirmado:** Persona que presenta TB pulmonar confirmada con cualquiera de las pruebas siguientes: prueba rápida molecular, baciloscopia, o cultivo BAAR, ya sean de esputo o lavado bronquial, que compromete el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. (2)



5. **Caso inicial (índice) de TB:** Persona de cualquier edad detectada inicialmente como un caso nuevo o previamente tratado de TB en un hogar específico u otro entorno comparable donde otras puedan haber estado expuestas. Un caso índice es la persona en la que se centra una investigación de contactos, pero no es necesariamente el caso inicial o fuente.
6. **Caso nuevo:** Persona 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.
7. **Caso previamente tratado:** Persona que ha recibido un mes o más de tratamiento con medicamentos antituberculosis en el pasado.
8. **Coinfección TB/VIH o VIH/TB:** Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH, realizado al momento del diagnóstico de TB u otra evidencia documentada de diagnóstico de VIH, previo al diagnóstico de la TB.
9. **Contacto:** Toda persona que haya estado expuesta a un caso de TB.
10. **Contacto del hogar (domiciliario):** Persona que comparte o ha compartido el mismo espacio de vivienda cerrado por una o más noches, por periodos frecuentes o prolongados durante el día con el caso, durante los tres meses previos a iniciar el tratamiento actual.
11. **Contacto estrecho:** Persona que no es contacto del hogar, pero que comparte con el caso el mismo espacio cerrado como: lugares de reuniones sociales, de trabajo o establecimientos, por periodos extensos durante el día, durante los tres meses previos a iniciar el tratamiento actual.
12. **Contacto examinado:** Es aquel que se le ha realizado una evaluación clínica, radiológica o bacteriológica u otras pruebas de apoyo para el diagnóstico o el descarte de la tuberculosis, por personal médico. (2)
13. **Curado:** Persona con tuberculosis pulmonar confirmada bacteriológicamente al inicio del tratamiento y que presenta baciloscopia de esputo o cultivo negativo al final del tratamiento y en los controles previos. (2)
14. **Egreso del tratamiento:** es el caso de tuberculosis que finaliza su tratamiento por cualquiera de los criterios siguientes: curado, tratamiento completo, fracaso al tratamiento, fallecido/a, pérdida en el seguimiento.
15. **Éxito del tratamiento:** es la sumatoria de casos con tuberculosis que egresaron curados, mas los que egresaron con tratamiento completo.
16. **Fallecido/a:** persona diagnosticada con TB y que fallece antes de iniciar el tratamiento o en el transcurso de éste. Persona con TB que falleció por cualquier causa. (2)
17. **Formas graves de TB pulmonar avanzada:** Presencia de enfermedad cavitaria bilateral o daño parenquimatoso extenso en la radiografía de tórax (CXR). En personas menores de 15 años, la enfermedad avanzada generalmente se define por la presencia de cavidades (1) o

enfermedad bilateral en la RX de tórax.

**18. Formas graves de TB extrapulmonar:** presencia de tuberculosis diseminada (miliar) o meningitis tuberculosa. En personas menores de 15 años, las formas extrapulmonares de la enfermedad distintas de las adenopatías (ganglios linfáticos periféricos o masa mediastínica aislada sin compresión) se consideran graves.

**19. Fracaso al tratamiento:** persona cuyo esquema de tratamiento es necesario suspender o sustituir permanentemente por un nuevo esquema o una nueva estrategia de tratamiento.

El tratamiento se puede suspender o sustituir por ausencia de respuesta clínica o bacteriológica, o ambas, por reacciones adversas a los medicamentos y que amerita cambio de esquema; o por evidencia de farmacorresistencia adicional a medicamentos del esquema de tratamiento.

Se entenderá "respuesta bacteriológica" cuando la persona con TB confirmada bacteriológicamente presenta al menos 2 cultivos negativos (en el caso de la TB-Drogoresistente) o baciloscopias negativas (solo en la TB-Drogosensible) de forma consecutiva, con muestras tomadas en diferentes ocasiones. (2)

**20. Grupos de riesgo:** Cualquier grupo de personas en el que la prevalencia o incidencia de TB es significativamente mayor que en la población general.

**21. Infección latente por tuberculosis (ILTb):** Estado de respuesta inmunitaria persistente a la estimulación por antígenos de *M. tuberculosis*, que no se acompaña de las manifestaciones clínicas de TB activa. Se le denomina también infección tuberculosa. No hay una prueba de referencia para detectar directamente la infección por *M. tuberculosis* en el ser humano. La mayoría de las personas infectadas no tienen signos ni síntomas de TB, pero corren el riesgo de padecer una TB activa.

**22. Investigación de contactos:** Proceso sistemático para detectar, entre los contactos de un caso, a las personas con TB que no han sido diagnosticadas anteriormente. La investigación de contactos consiste en la detección, priorización, y la evaluación clínica. También puede abarcar la realización de pruebas de detección de la ILTB con el fin de identificar a los candidatos para el tratamiento preventivo de la TB.

**23. Monorresistencia:** resistencia a un medicamento antituberculoso.

**24. Multidrogoresistente (TB-MDR):** resistencia a los fármacos antituberculosos isoniazida y rifampicina en forma simultánea.

**25. Notificación de casos:** Todos los casos de tuberculosis diagnosticados por pruebas bacteriológicas o clínicamente deben ser notificados, en los sistemas institucionales, independientemente si recibió tratamiento o no.

**26. Pérdida en el seguimiento:** persona con diagnóstico de TB que no inició el tratamiento o cuyo tratamiento se interrumpió durante dos meses consecutivos o más. (2)

- 27. Polifarmacorresistencia:** resistencia a más de un medicamento antituberculosis (que no incluya isoniazida y rifampicina a la vez).
- 28. Pre-XDR-TB:** TB causada por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que cumplen la definición de TB multidrogorresistente (MDR-TB) o TB resistente a rifampicina (RR-TB) y que además son resistentes a cualquier fluoroquinolona, incluyendo levofloxacina o moxifloxacina. (2)
- 29. Recaída:** Persona que ha sido previamente tratada por tuberculosis pulmonar o extrapulmonar bacteriológicamente confirmada, quien fue declarada curada o con tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento y que nuevamente es diagnosticado con un episodio recurrente de TB, bacteriológicamente confirmada, independientemente del tiempo. (2)
- 30. Sintomático respiratorio:** toda persona mayor o igual a diez años de edad que presenta tos productiva durante quince días o más.
- 31. 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 prueba rápida molecular, baciloscopia de esputo, cultivo, u otra prueba diagnóstica, autorizada por el MINSAL. (2)
- 32. Tratamiento después de fracaso:** Caso de TB que fue egresado como fracaso y que es ingresado nuevamente a tratamiento.
- 33. Tratamiento después de pérdida en el seguimiento:** Caso de TB que fue egresado como pérdida en el seguimiento y que es ingresado nuevamente a tratamiento.
- 34. Tuberculosis confirmada bacteriológicamente:** TB diagnosticada mediante una prueba aprobada por la OMS, como prueba rápida molecular, baciloscopia o cultivo BAAR. (2)
- 35. Tratamiento finalizado:** persona que ha finalizado el tratamiento antituberculosis, pero cuyo resultado no se ajusta a la definición de curación o de fracaso del tratamiento. (2)
- 36. Tratamiento para la ILTB:** Tratamiento que se ofrece a las personas a quienes se considera en riesgo de tener TB, con el fin de reducir ese riesgo. También denominado tratamiento de la infección por TB, tratamiento de la ILTB o tratamiento preventivo de la tuberculosis.
- 37. Tuberculosis extrapulmonar (TBE):** 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, entre otros. La tuberculosis con linfadenopatía intratorácica (mediastinal o hiliar) o tuberculosis con derrame pleural, sin anomalías radiográficas en los pulmones, constituyen casos de tuberculosis extrapulmonar.
- 38. Tuberculosis presuntiva:** persona que presenta signos y síntomas sugestivos de tuberculosis.

**39. 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.

**40.XDR-TB:** TB causada por cepas de *M. tuberculosis* que cumplen la definición de MDR/RR-TB y que también son resistentes a cualquier fluoroquinolona y al menos a un medicamento adicional del Grupo A. (Bedaquilina o linezolid)

## Capítulo II Promoción

### Acciones educativas

**Art. 5.-** Se desarrollarán acciones de promoción de la salud con enfoque de género, derechos humanos e inclusión, para la prevención, detección y control de la tuberculosis, que permita la coordinación intra e inter sectorial, 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 abogacía, comunicación y movilización social (ACMS), incluyendo la capacitación con enfoque de género, derechos humanos, estigma y discriminación; 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.

Debe involucrar a los diferentes actores y sectores, 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, entre ellos:

- a) Instituciones públicas y privadas
- b) Sociedad civil
- c) Organizaciones de base comunitaria
- d) Municipalidad
- e) ONG

### Consejería

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

El personal 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

## Capítulo III

### De la detección y búsqueda de casos

#### **Búsqueda de casos**

**Art. 7.**– Toda persona prestadora de servicios de salud debe realizar búsqueda e identificación de sintomáticos respiratorios y personas con TB presuntiva, priorizando en grupos de poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad tanto a nivel intra e interinstitucional, como a nivel comunitario y con enfoque de género.

#### **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, niñas y adolescentes 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 y personas con inmunosupresión, entre otras.

## Capítulo IV

### Diagnóstico

#### **Métodos autorizados**

**Art. 9.**– Los métodos de apoyo diagnóstico a utilizar en la búsqueda de tuberculosis, dependerán del sitio anatómico en que se sospeche la enfermedad, siendo los autorizados por el MINSAL, los siguientes:

- a) Pruebas de laboratorio: prueba molecular rápida MTB/RIF, MTB/RIF ULTRA, MTB/XDR, baciloscopias, cultivos BAAR convencional o cultivo de medios líquidos.
- b) Pruebas de gabinete tales como: radiografías, tomografía axial computarizada (TAC) y/o resonancia magnética nuclear (RMN) y otras pruebas de apoyo al diagnóstico de tuberculosis, aprobadas por el MINSAL.
- c) Otras pruebas: derivado proteico purificado (PPD), biopsias, TB LAM (únicamente en personas con VIH, con CD4 menor de 200 células/mm<sup>3</sup>).

## **TB pulmonar bacteriológicamente confirmada**

**Art. 10.-** Se debe descartar tuberculosis pulmonar en toda persona sintomática respiratoria o con TB presuntiva, indicándole pruebas bacteriológicas.

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada, se hará con al menos una baciloscopía positiva de esputo, prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA, cultivo BAAR más evaluación clínica; o por otra prueba diagnóstica disponible y autorizada por el MINSAL, con o sin anomalías radiográficas.

## **TB pulmonar clínicamente diagnosticada**

**Art. 11.-** Debe considerarse caso de TB pulmonar clínicamente diagnosticada, cuando la persona presenta cuadro clínico y radiografía sugestiva de TB, pero que no se ha podido evidenciar el *Mycobacterium tuberculosis* por ninguno de los métodos bacteriológicos.

## **TB extrapulmonar**

**Art. 12.-** El diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, debe realizarse de acuerdo con la localización anatómica afectada, utilizando los métodos diagnósticos disponibles y aprobados por el MINSAL.

## **Seguimiento de búsqueda diagnóstica**

**Art. 13.-** Se debe dar seguimiento de búsqueda diagnóstica a los casos siguientes:

- a) Persona catalogada como sintomático respiratorio o TB presuntiva con dos baciloscopías negativas y cuyos síntomas persisten; debe enviarse prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA de esputo, cultivo BAAR y prueba de tipificación y sensibilidad; según algoritmo diagnóstico.
- 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. 14.-** 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, TB-MDR, TB-DR
- r) Personal de salud
- s) Poblaciones originarias
- t) Población en situación de calle
- u) SR con inmunodeficiencias
- v) Otros (especificar)

### **Prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA**

**Art. 15.-** La prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA (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, TB-RR O TB-DR
- j) Niños y niñas 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 molecular rápida MTB/XDR**

**Art. 16.-** La prueba molecular XDR, se indicará en los casos siguientes:

- a) Casos TB-RR
- b) Antes tratados (recaídas, fracasos, pérdidas en el seguimiento)
- c) Contacto de paciente TB-RR; TB-MDR
- d) Pacientes que negativizan al segundo mes de tratamiento, pero en el control posterior, nuevamente presentan bacteriología positiva.
- e) Paciente que la Prueba de sensibilidad a drogas (PSD) en medio sólido o líquido resulte con resistencia a un fármaco.

## **Tuberculina**

**Art. 17.-** La prueba de tuberculina está indicada y se aplicará cuando el médico/a valore que su aplicación beneficiará al paciente, tanto para el diagnóstico y tratamiento de la TB y ILTB (si existe disponibilidad) como apoyo diagnóstico en los casos siguientes:

- a) Contactos de una persona con TB pulmonar bacteriológicamente confirmada
- b) Persona con VIH independientemente de la edad
- c) Personas con (ERC, DM, personas que se les ha trasplantado órganos o tejidos, personas en tratamiento con inmunosupresores, si éstas pertenecen a otro grupo de riesgo.)
- d) Personal de salud que está en contacto con casos de TB.
- e) Otros grupos: personas privadas de libertad, migrantes, personas en situación de calle, personas que consumen drogas ilícitas.

## **Capítulo V De la clasificación**

### **Tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada**

**Art. 18.-** Se debe considerar caso de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada, a toda persona que presenta cualquiera de las pruebas bacteriológicas siguientes: prueba molecular MTB/RIF o MTB/RIF Ultra, baciloscopia o cultivo BAAR, ya sea de esputo o lavado bronquial, que compromete el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial.

### **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, entre los más frecuentes: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos, meninges, ojos, corazón.

La TB puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. El diagnóstico debe basarse en evidenciar en las muestras, el *Mycobacterium tuberculosis*, a través de cultivo BAAR, prueba rápida molecular MTB/RIF, MTB/RIF Ultra o tipificación.

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

### **Tuberculosis clínicamente diagnosticada (pulmonar y extrapulmonar)**

**Art. 20.-** Debe clasificarse como tuberculosis clínicamente diagnosticada, cuando se han realizado pruebas bacteriológicas y no se ha evidenciado el *Mycobacterium tuberculosis* por



ninguna de ellas, pero la persona persiste con síntomas sugestivos de TB, existen imágenes radiológicas e histología sugestiva y el médico decide administrar tratamiento antituberculoso.

## Capítulo VI Tratamiento

### Criterios

**Art. 21.-** Se debe considerar para el tratamiento, los siguientes criterios:

- a) Administrarlo a toda persona que cumpla con la definición de caso de tuberculosis, de forma gratuita y estrictamente supervisado.
- b) Utilizar la combinación de medicamentos de acuerdo con cada caso, según régimen establecido, para prevenir la aparición de resistencias.
- c) El médico debe prescribir las dosis adecuadas, tanto para presentaciones individualizadas o combinados, con base al peso en kilogramos de la persona.

### 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 para formas graves de TB.

### Tratamiento para casos sensibles

**Art. 23.-** Debe indicarse a todo paciente que cumpla con la definición de caso nuevo o tratado previamente por tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, con bacteriología positiva o clínicamente diagnosticado, según normativa vigente.

El tratamiento se indicará en forma diaria, tanto en la primera como en la segunda fase, para todos los casos y grupos de riesgo. Se administrará con medicamentos de primera línea, independientemente sean casos nuevos o previamente tratados, adultos y niños.

El esquema de tratamiento podrá ser modificado, si existe una condición clínica, de comorbilidad o riesgo y vulnerabilidad de la persona.

### Tratamiento de tuberculosis fármacorresistente

**Art. 24.-** Se indicará a toda persona diagnosticada con resistencia a cualquier fármaco antituberculoso de primera o segunda línea, ya sea rifampicina (TB-RR), TB-MDR, TB-pre XDR y TB-XDR, cualquier monorresistencia o polifármacorresistencia.

### Tratamiento de formas graves de tuberculosis

**Art. 25.-** Debe ser indicado por un profesional especialista en neumología o infectología, 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 esquemas establecidos, debe estar a cargo de personal capacitado, el cual debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Administrar el régimen de tratamiento prescrito, de acuerdo a normativa.
- b) Los medicamentos deben administrarse estrictamente supervisados por el personal de salud o voluntario capacitado.
- c) Indagar reacciones adversas, intolerancia u otra situación que justifique consulta médica o referencia, para el logro de su curación.
- d) 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 de Salud, clínica penitenciaria o Unidad Médica del ISSS correspondiente o donde éste lo solicite, para continuar el tratamiento.
- e) En caso que el personal de salud no pueda supervisar el tratamiento, debe buscar alternativas como un líder comunitario previamente capacitado, familiares capacitados, herramientas electrónicas disponibles para la verificación de la toma de las dosis correspondientes; este último en casos extremadamente excepcionales como: epidemias, pandemias, catástrofes naturales o de otra índole.

## **Seguimiento a casos nuevos, sensibles a medicamentos de primera línea**

**Art. 27.-** El seguimiento a estos pacientes debe realizarse de la forma siguiente:

- a) Dos baciloscopías al inicio de la última semana en el segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- b) Indicar cultivo para tipificación y resistencia y prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA, cuando una de las dos baciloscopías de control resulte positiva al final del segundo mes. Prolongar la fase intensiva con cuatro medicamentos, hasta obtener resultado de cultivo.
- c) Si la prueba molecular rápida (MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA) no detecta al *Mycobacterium tuberculosis*, continuar la prolongación la fase intensiva, hasta tener el resultado del cultivo.
- d) Si la prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA detecta el *Mycobacterium tuberculosis* y es sensible a rifampicina, continuar la prolongación de la fase intensiva, hasta tener el resultado del cultivo.
- e) Si la prueba molecular rápida (MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA) detecta el *Mycobacterium tuberculosis* y hay resistencia a rifampicina, se debe referir a la clínica de resistencias del MINSAL o del ISSS.
- 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 mujeres embarazadas**

**Art. 28.-** En mujeres embarazadas, el esquema de tratamiento de la tuberculosis, será igual al de la población en general.

### **De los corticoesteroides**

**Art. 29.-** Los corticoesteroides deben ser indicados por profesional médico especialista en las formas graves tales como:

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

## **Capítulo VII Tuberculosis en la niñez**

### **Diagnóstico**

**Art. 30.-** En la niñez, desde la etapa de recién nacido hasta los diez años de edad, en quienes el diagnóstico presenta dificultades, debido a las manifestaciones inespecíficas de la enfermedad y a la baja proporción de aislamiento del bacilo, debe realizarse la evaluación sistemática tomando en consideración los criterios siguientes:

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

Estos criterios deberán investigarse de forma sistemática y simultánea.

Si presenta tres o más de estos criterios, se tratará como caso de tuberculosis infantil. Si tiene solo el criterio bacteriológicamente positivo, se confirma el caso de tuberculosis infantil.

### **Tratamiento**

**Art. 31.-** El tratamiento farmacológico de la TB en la niñez debe establecerse de acuerdo a la siguiente clasificación:

- a) Tuberculosis grave
- b) Tuberculosis clínicamente diagnosticada
- c) Tuberculosis clínicamente diagnosticada con lesiones pulmonares extensas
- d) Tuberculosis confirmada por bacteriología
- e) Coinfección TB VIH

- f) Tuberculosis farmacorresistente

El tratamiento preventivo para la TB en la niñez se hará en los siguientes casos:

- a) Niños y niñas contactos de una persona con TB pulmonar bacteriológicamente confirmada, habiendo descartado tuberculosis activa.
- b) Niños y niñas que viven con el VIH, que están en contacto con una persona con TB, en quienes se descarte tuberculosis activa.

### **Formas graves**

**Art. 32.-** Los niños y las niñas con formas graves de tuberculosis (menígea, 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.

### **Tuberculosis perinatal**

**Art. 33.-** En caso de los y las recién nacidos/as, la tuberculosis debe clasificarse, para efectos de registro y tratamiento, en congénita y neonatal.

Se debe diagnosticar como tuberculosis congénita, cuando se cumpla una o más de las siguientes condiciones:

- a) Mujer 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 mujer embarazada.

### **Tuberculosis neonatal**

**Art. 34.-** Se debe diagnosticar tuberculosis neonatal en los casos de contagio a partir de la madre, de un familiar enfermo, o de otras personas que padezcan tuberculosis.-

### **Diagnóstico en neonatos**

**Art. 35.-** Los procedimientos diagnósticos en un recién a quien se le sospeche tuberculosis, tanto en tuberculosis congénita como en tuberculosis neonatal, debe incluir los siguientes elementos

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

### **Tratamiento en neonatos**

**Art. 36.-** El tratamiento en neonatos debe realizarse así:

- a) Con tres fármacos antituberculosos: isoniacida, rifampicina y pirazinamida, hasta conocer los resultados bacteriológicos.

- b) La duración del tratamiento, debe ser de nueve hasta doce meses, debido a la mayor inmadurez inmunológica de los y las recién nacidos/as.
- c) En el caso de tuberculosis con amenaza a la vida del neonato, el personal especialista debe adicionar el etambutol como cuarto medicamento.

## Capítulo VIII

### Reacciones adversas

#### Clasificación

**Art. 37.-** De acuerdo a los signos, síntomas y estado del paciente, las reacciones adversas deben clasificarse en leves y severas, según lo establecido en la normativa institucional vigente.

Las reacciones leves deben ser atendidas en el primer nivel de atención, si se cuenta con el medicamento e insumo necesario; de no contar con los medicamentos necesarios, deben referirse al segundo nivel de atención.

Las reacciones severas deben ser referidas a un hospital de segundo o tercer nivel de atención, ya que estas pueden comprometer la vida del paciente.

#### Registro e información

**Art. 38.-** Notificar, en tiempo y forma al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV), las sospechas de eventos adversos, reacciones adversas, fallas terapéuticas, errores de medicación o cualquier otro problema relacionado a los medicamentos antituberculosos de los cuales tuviese conocimiento, a través de la "Hoja RAM-ESAVI | Electrónica en Línea" que se encuentra en la página web <https://cnfv.salud.gob.sv> o a través del formulario de notificación en papel Formulario de notificación de RAM | FV-01-CNFV.HER02 .

Para realizar las notificaciones se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Si el evento adverso presentado es "no serio" se debe notificar en un máximo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que se identificó el evento adverso.
- b) Los eventos adversos "serios" (graves), o reacciones adversas serias (graves) o amenaza de vida, inesperados, medicamentos de reciente comercialización y medicamentos de reciente incorporación al listado institucional o reciente incorporación al esquema de tuberculosis, se deben notificar en un máximo de 72 horas a partir de la fecha en que se identificó el evento adverso.
- c) Para los casos de eventos adversos o reacciones adversas que ocasionen "muerte" (incluye aquellos por causas no especificadas), se debe notificar en un máximo de 24 horas a partir de la fecha en que se identificó el evento adverso.
- d) Para las notificaciones de eventos adversos "serios" (graves), fallas terapéuticas y errores de medicación, se debe realizar seguimiento a las notificaciones enviadas al CNFV en un plazo no mayor a 25 días calendario a partir de la fecha de envío de la notificación inicial.
- e) En el caso de las clínicas penitenciarias, se notificará a la unidad de salud local.

## Capítulo IX

### Criterios de hospitalización y referencia

#### Criterios para hospitalización

**Art. 39.-** Las personas con tuberculosis deben ser ingresadas 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 siguientes criterios:

- a) Formas graves de tuberculosis: hemoptisis grave, deterioro de la condición general, tuberculosis del sistema nervioso central, pericárdica, miliar con compromiso respiratorio y shock séptico por TB.
- b) Toxicidad medicamentosa que requiera 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, respiratoria, hepática o renal.
- g) Las personas con problemas sociales tales como: alcoholismo, drogadicción, personas en situación de calle, trastornos psiquiátricos, entre otros, deben ser ingresados en un hospital de segundo nivel, durante el tiempo que sea necesario.
- h) 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.

## Capítulo X

### Resistencia a medicamentos antituberculosos

#### Tuberculosis farmacorresistente

**Art. 40.-** Se debe considerar caso de tuberculosis farmacorresistente, a la persona enferma que expulsa bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosos, reportados en la prueba de resistencia y sensibilidad a medicamentos por cualquiera de los métodos moleculares o convencionales.

## **Manejo de la resistencia**

**Art. 41.-** Las personas con diagnóstico de tuberculosis resistente o multidrogorresistente, se deben referir y trasladar, acompañadas por un trabajador de salud, a la clínica de resistencia del MINSAL o del ISSS, donde el profesional 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*, vigentes; se debe dar seguimiento hasta su egreso o curación.

## **Capítulo XI**

### **Coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana**

#### **Coinfección**

**Art. 42.-** Toda persona con enfermedad tuberculosa y virus de inmunodeficiencia humana debe considerarse con coinfección TB-VIH. Todo caso de tuberculosis, todas las formas, debe ser tamizado para descartar infección por VIH.

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

#### **Tratamiento**

**Art. 43.-** A toda persona con enfermedad tuberculosa y VIH, debe administrársele:

- a) Tratamiento antituberculoso como prioridad,
- b) Profilaxis con trimetoprim y sulfametoxazol
- c) 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. 44.-** Se realizarán pruebas de detección de ILTB, cuando el médico valore que su aplicación beneficiará a la persona para el diagnóstico y tratamiento.

Las pruebas se realizarán a toda persona que pertenezca a los siguientes grupos de riesgo; previo descarte de la enfermedad activa:

- a) Personas con infección por el VIH
- b) Niños, niñas y adolescentes que sean contactos del hogar de personas con TB pulmonar confirmada bacteriológicamente.
- c) Personas que están comenzando un tratamiento anti-FNT (anti factor necrosis tumoral)
- d) Personas en diálisis
- e) Personas que se están preparando para recibir un trasplante de órgano o hematológico,
- f) Personas que tienen silicosis
- g) Privados de libertad
- h) Personal de salud
- i) Migrantes de países con una carga alta de TB

### **Tratamiento de la ILTB**

**Art. 45.-** 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 se les haya descartado enfermedad tuberculosa activa.

El tratamiento para la ILTB, se debe proporcionar una vez en la vida; exceptuando a la persona, que se expuso nuevamente a un caso de TB bacteriológicamente confirmado, la decisión de administrar o no el tratamiento preventivo, dependerá del abordaje integral; para esto deberá hacer uso de todos los algoritmos, descritos en la normativa vigente. El esquema de tratamiento para ILTB será el autorizado por el MINSAL.

### **Interrupción del tratamiento de la ILTB**

**Art. 46.-** Si la persona abandona el tratamiento de la ILTB deberá reiniciar o continuar de acuerdo al esquema que se le haya indicado con base al grupo de riesgo, el cual se detalla en la normativa vigente.

## **Capítulo XIII Comorbilidad tuberculosis y diabetes**

### **Detección de diabetes en sintomáticos respiratorios**

**Art. 47.-** A toda persona catalogada como sintomático respiratorio, que acuda a un establecimiento de salud, se le debe investigar factores de riesgo para diabetes y si presenta al menos uno, se le realizará glucometría en ayunas; y dependiendo del resultado, el manejo se realizará como está indicado en la normativa vigente.

### **Detección de diabetes en casos de tuberculosis**

**Art. 48.-** A todo caso de tuberculosis, independientemente de la forma de presentación, sea caso nuevo o previamente tratado, se le debe realizar glucometría en ayunas para el descarte



de diabetes, según lo establecido en la normativa institucional vigente.

### **Descarte de tuberculosis en personas con diabetes**

**Art. 49.-** A toda persona con diabetes y sintomatología respiratoria, se le debe realizar:

- a) Prueba molecular rápida MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA
- b) Cultivo BAAR
- c) Tipificación y sensibilidad

### **Atención a personas con comorbilidad tuberculosis/ diabetes**

**Art. 50.-** A toda persona con comorbilidad tuberculosis y diabetes, se le debe brindar atención integral; realizar una glucometría semanal, mientras dure el tratamiento de la tuberculosis y realizar exámenes clínicos y de laboratorio según la normativa vigente.

## **Capítulo XIV Poblaciones migrantes**

### **Pruebas bacteriológicas para el diagnóstico de la tuberculosis en poblaciones migrantes**

**Art. 51.-** A toda persona migrante dentro del territorio salvadoreño con TB presuntiva, se le debe realizar prueba rápida molecular MTB/RIF o MTB/RIF ULTRA y cultivo BAAR y prueba de sensibilidad en el establecimiento de salud donde se recibe al paciente.

### **Evaluación de pacientes retornados**

**Art. 52.-** Todas las personas migrantes dentro del territorio salvadoreño con tratamiento antituberculoso o tratamiento para la ILTB, deberán ser evaluados y tratados según la normativa nacional vigente y será ingresado al sistema de información de la Unidad de prevención y control de la tuberculosis y enfermedades respiratorias, si el país donde fue diagnosticado no lo ha registrado en su sistema.

Las personas migrantes que hayan sido diagnosticadas y sean retornadas a su país de origen, deberán llevar la documentación correspondiente al diagnóstico y tratamiento para 5 días, mientras llega al establecimiento de salud más cercano en su país de destino.

### **Notificación de migrantes con tuberculosis**

**Art. 53.-** Es obligación del personal de salud, notificar de inmediato a la Unidad de prevención y control de la tuberculosis y enfermedades respiratorias del MINSAL, todos los casos de tuberculosis de todas las formas, de los cuales se conozca historia de viaje al exterior, o con intención de salir del país, independientemente del motivo.

La Unidad de prevención y control de la tuberculosis y enfermedades respiratorias, deberá hacer la notificación correspondiente por los mecanismos establecidos entre los referentes nacionales de los diferentes países

## Capítulo XV

### Del seguimiento de casos y contactos

#### Consulta médica

**Art. 54.-** Toda persona con tuberculosis, debe ser atendida de forma integral por el personal de salud, la frecuencia de la consulta dependerá según el caso:

- a) Caso sensible, debe recibir una consulta: 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 farmacorresistente.

#### Control bacteriológico

**Art. 55.-** A toda persona en tratamiento antituberculosis, se le debe realizar control bacteriológico, mediante muestras de esputo para baciloscopía o muestra para cultivo, al final del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento, las cuales deben solicitarse una semana previa a su consulta médica.

En los casos de tuberculosis diagnosticados por prueba molecular rápida MTB/RIF, MTB/RIF ULTRA 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 o MTB/RIF ULTRA: 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 normativa vigente.
- c) Todos los casos diagnosticados a través de cultivo, el seguimiento se hará siempre por cultivo.

#### Visita domiciliar

**Art. 56.-** A toda persona con tuberculosis se le debe realizar como mínimo dos visitas a su domicilio, salvaguardando la confidencialidad de su condición, las visitas tendrán el propósito de hacer estudio epidemiológico de caso, investigar contactos del caso índice o identificar a personas que no asisten a tratamiento en las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

#### Contactos de casos

**Art. 57.-** Se debe realizar seguimiento de todos los contactos de los casos de tuberculosis de todas las formas para descartar enfermedad tuberculosa activa o indicar tratamiento para la ILTB, según normativa vigente.

## Capítulo XVI

### Del control de infecciones

#### De las medidas de control administrativo o gerencial

**Art. 58.-** Todo establecimiento de salud, debe diseñar un plan de control de infecciones en tuberculosis, orientado al personal de salud, casos y contactos principalmente en:

- a) Identificación temprana de casos iniciales y sus contactos, prioritariamente en los grupos de riesgo descritos en artículo 8 de la presente norma,
- b) Separación de los casos infecciosos, a través del distanciamiento de los consultorios o de personas con inmunodeficiencias
- c) Cada establecimiento de salud debe contar con un área específica, aislada, en donde se proporcione el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) a los casos.

#### De las medidas de control ambiental

**Art. 59.-** 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 micro gotas que puede producir la persona, tal como lo establecen los *Lineamientos técnicos para el control de infecciones con énfasis en tuberculosis vigentes*.

#### De las medidas de protección respiratoria

**Art. 60.-** El personal de salud debe verificar que todo caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado que esté ingresado en un hospital, se mantenga con mascarilla quirúrgica.

Toda persona con tuberculosis presuntiva, debe usar mascarilla quirúrgica para evitar contagiar a otros.

#### Uso de respiradores

**Art. 61.-** El personal multidisciplinario de salud debe utilizar el respirador con capacidad de filtración del 95% o superior (en el inserto debe decir que puede utilizarse para trabajar con micobacterias TB), avalado por el Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH), cuando atiende a pacientes con tuberculosis sensible o resistente en áreas de riesgo respiratorio, así como también personal de laboratorio que procesa muestras para diagnóstico o control de tratamiento.

## **Capítulo XVII**

### **Registro de casos y declaración obligatoria de casos**

#### **Sistema de registro**

**Art. 62.-** El registro de los casos es de declaración obligatoria y 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. 63.-** 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. 64.-** La tuberculosis, es de notificación obligatoria; la tuberculosis meningea, en niños y niñas menores de cinco años, es de notificación inmediata a la Jefatura de la Unidad del Programa de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, así como a la Dirección de Epidemiología del MINSAL.

## **Capítulo XVIII**

### **Tuberculosis en centros penitenciarios**

#### **Coordinación con centros penitenciarios**

**Art. 65.-** El diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en las personas privadas de libertad, es igual al que se administra en la población general. La dirección del centro penitenciario, es responsable de implementar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, así como la vigilancia de las resistencias en el centro penitenciario, en coordinación con la unidad de salud de su área geográfica; tal como lo establece la normativa establecida.

#### **Medidas de control de infecciones**

**Art. 66.-** Al interior del sistema penitenciario y de los centros penales, se deberán implementar las medidas de control de infecciones, así como gestionar el suministro de 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. 67.-** 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, notificarlo y egresarlo del libro de registro general de casos, por lo que debe mantener comunicación permanente con el centro penitenciario al que fuere trasladado y con el establecimiento de salud del MINSAL del área geográfica correspondiente.

Al ser trasladada, una persona privada de libertad, a otro centro penitenciario, se debe adjuntar al expediente clínico, una copia de la ficha de tratamiento (PCT-7 y PCT-8B) y sus medicamentos debidamente rotulados, pruebas de sensibilidad y resistencia, notificando del traslado al establecimiento de salud del MINSAL con el cual coordina permanentemente.

## **Personas privadas de libertad en tratamiento de tuberculosis que recuperan su libertad**

**Art. 68.-** 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 entregar la referencia (PCT-8B), para el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente; verificando que la persona privada de libertad y su referencia ha sido recibida por el personal de salud, para poder documentar el tratamiento finalizado.

## Capítulo XIX

### Disposiciones finales

#### Del incumplimiento de la norma

**Art. 69.-** Todo incumplimiento a la presente norma, será sancionada de acuerdo a lo prescrito en las Leyes administrativas pertinentes.

#### De lo no previsto

**Art. 70.-** 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. 71.-** Derogase la Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis de fecha 7 de agosto de 2020.

#### Vigencia

**Art. 72.-** La presente norma entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial. Comuníquese.



**Dr. Francisco José Alabi Montoya**  
**Ministro de Salud *Ad honorem***

(1) Acuerdo n° 1283 de fecha 9 de junio de 2023. Publicado en el Diario Oficial Tomo 440 n.° 129 de fecha 12 de julio de 2023. Reforma a la Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis.

(2) Acuerdo n.° 888 de fecha 7 de febrero de 2024. Publicado en el Diario Oficial Tomo 442 n.° 52 de fecha 20 de marzo de 2024. Reforma a la Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis.