

# **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Secretaría de Salud.

JOSE RODRIGUEZ DOMINGUEZ, Director General de Medicina Preventiva, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción XV, 13 apartado A fracción I, 134 fracción III y 139 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 41 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 19 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

## **PREFACIO**

En la elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud participaron las instituciones y entidades siguientes:

- Secretaría de Salud
- . Dirección General de Medicina Preventiva
- . Dirección General de Epidemiología
- . Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación
- . Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal
- . Consejo Nacional de Vacunación
- . Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- . Hospital General de México
- . Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
- . Dirección General de Fomento de la Salud
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

- Instituto Mexicano del Seguro Social
- . Jefatura de Servicios de Salud Pública
- . Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Petróleos Mexicanos
- . Gerencia de Servicios Médicos
- Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal
- Instituto Nacional Indigenista
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Marina
- Facultad de Medicina, UNAM
- Escuela Superior de Medicina, IPN
- Representación en México de OPS/OMS
- Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud
- Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis
- Laboratorios Lepetit de México, S.A. de C.V.

## **INDICE**

1. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACION
2. REFERENCIAS
3. DEFINICIONES Y ESPECIFICACION DE TERMINOS
4. ABREVIATURAS
5. CLASIFICACION
6. ACTIVIDADES
  - 6.1 Medidas de prevención
  - 6.2 Medidas de control
    - 6.2.1 Identificación del caso

- 6.2.2 Tratamiento de la tuberculosis
- 6.2.3 Control y evaluación del tratamiento
- 6.2.4 Estudio de contactos
- 7. INFECCION POR VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS
- 8. BIBLIOGRAFIA
- 9. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES
- 10. OBSERVANCIA DE LA NORMA
- 11. VIGENCIA

## **1. Objetivo y campo de aplicación**

1.1 Esta Norma tiene como objetivo uniformar los criterios, estrategias, actividades, procedimientos, y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación a las medidas preventivas y de control aplicables a la tuberculosis a nivel de la atención primaria de la salud.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud.

## **2. Referencias**

2.1 Para la aplicación de esta Norma es necesario consultar:

2.1.1 Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 1

2.2 Para la correcta aplicación de esta Norma es conveniente consultar las siguientes normas técnicas. 2

2.2.1 La Norma Técnica para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles.

2.2.2 La Norma Técnica para los Estudios Epidemiológicos de Campo.

2.2.3 La Norma Técnica para la Información Epidemiológica.

2.2.4 La Norma Técnica para la aplicación de las vacunas incluidas en el Programa Nacional de Vacunación.

## **3. Definiciones y especificación de términos**

Para los fines de esta Norma son aplicables los siguientes:

3.1 Tuberculosis: Enfermedad infecciosa generalmente crónica causada por las especies del género Mycobacterium, M. tuberculosis y M. bovis que se transmite del enfermo al sujeto sano por la inhalación de material infectante o a través de la ingestión de leche de vaca contaminada, respectivamente.

3.2 Tosedor: Toda persona que tiene tos con expectoración o hemoptisis y puede producir una muestra de esputo.

3.3 Abandono: La inasistencia continuada del caso de tuberculosis a la unidad de salud por 15 días después de la fecha de la última cita.

3.4 Baciloscopía de esputo negativa: La ausencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en la lectura de 100 campos de frotis de la expectoración.

3.5 Baciloscopía de esputo positiva: La demostración de cinco o más bacilos ácido-alcohol resistentes en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración.

3.6 Caso confirmado: El enfermo cuyo diagnóstico de tuberculosis ha sido comprobado por baciloscopía, cultivo o histopatología.

3.7 Caso no confirmado: El enfermo en quien sintomatología, signos físicos y elementos auxiliares de diagnóstico determinan la existencia de tuberculosis, sin confirmación bacteriológica.

3.8 Caso de tuberculosis: El paciente en quien se establece el diagnóstico de la enfermedad clínicamente y se clasifica en confirmado y no confirmado por bacteriología o histopatología.

3.9 Caso nuevo: El enfermo en quien se establece y se notifica por primera vez el diagnóstico de tuberculosis.

3.10 Contacto: La persona que convive con un caso de tuberculosis.

3.11 Cultivo negativo: La ausencia de colonias de bacilos ácido-alcohol resistentes después de noventa días de observación.

3.12 Cultivo positivo: La demostración de colonias con características de Mycobacterium tuberculosis.

3.13 Curación: El caso de tuberculosis que ha terminado el tratamiento primario, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopía negativa en dos muestras mensuales tomadas en ocasiones sucesivas, así como el caso en el que al término

de su tratamiento regular, desaparecieron los signos clínicos y no expectora.

3.14 Defunción por tuberculosis: La tuberculosis inicia la serie de acontecimientos que llevan a la muerte.

3.15 Drogosensibilidad: Resultado de la técnica de cultivo que permite detectar si el crecimiento del bacilo tuberculoso es inhibido por un medicamento.

3.16 Estudio de contactos: El examen de los convivientes del enfermo, en especial de aquellos que mantengan relación estrecha por tiempo prolongado.

3.17 Examen bacteriológico: La baciloscopía o el cultivo de la expectoración o de otros especímenes.

3.18 Fracaso: La persistencia a partir del 6o. mes de tratamiento regular, de bacilos en la expectoración o en otros especímenes en dos muestras mensuales sucesivas, confirmadas por cultivo.

3.19 Quimioprofilaxis primaria: La administración de isoniacida con objeto de prevenir la complicación de la primoinfección tuberculosa.

3.20 Quimioprofilaxis secundaria: La administración de isoniacida con objeto de prevenir la aparición de tuberculosis.

3.21 Reactor al PPD: La persona que presenta una induración intradérmica de 10 mm. o más a las 72 horas, en el sitio de la aplicación de 2 UT de PPD RT 23.

3.22 Recaída: La reaparición de bacilos en la expectoración o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación.

3.23 Retratamiento: El que se instituye por el médico especialista a un caso de tuberculosis multitratado, o en el que fracasó el tratamiento de corta duración.

3.24 Tratamiento autoadministrado: El que se aplica el paciente por sí mismo o vigilado por otra persona, utilizando los medicamentos que le entrega la unidad de salud.

3.25 Tratamiento primario: El que se instituye por primera vez a un caso de tuberculosis.

3.26 Tratamiento regular: Cuando el paciente cumple el 90% o más de las citas programadas para la administración de los medicamentos.

3.27 Tratamiento supervisado: El que se aplica en los establecimientos de salud proporcionado y vigilado por el personal que presta el servicio, garantizando la toma total de dosis del medicamento al enfermo tuberculoso.

3.28 Vacunado con BCG: La persona a quien se ha aplicado BCG y presenta una cicatriz atribuible a la vacuna en el sitio de la inoculación.

#### **4. Abreviaturas.- Para efecto de esta Norma se utilizarán las abreviaturas siguientes:**

4.1 OMS: Organización Mundial de la Salud

4.2 PPD: Derivado Proteico Purificado

4.3 BCG: Bacilo de Calmette y Guerin

4.4 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

4.5 SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

4.6 CARG: Grupo de Coordinación, Asesoría y Revisión del Programa de Tuberculosis

4.7 IUATLD: Unión Internacional de Lucha Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

#### **5. Clasificación**

De conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su IX revisión, la tuberculosis se codifica de la manera siguiente:

Infección tuberculosa primaria	(010)
Tuberculosis pulmonar	(011)
Otras tuberculosis del aparato respiratorio	(012)
Tuberculosis de las meninges y del sistema nervioso central	(013)
Tuberculosis de los intestinos, del peritoneo y de los ganglios mesentéricos	(014)
Tuberculosis de los huesos y de las articulaciones	(015)
Tuberculosis del aparato genitourinario	(016)

Tuberculosis de otros órganos (017)

Tuberculosis miliar (018)

Sólo se considerarán casos de tuberculosis, los codificados del 011 al 018.

La tuberculosis pulmonar bacilosópicamente confirmada, es la fuente de infección más frecuente y constituye el objetivo fundamental de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento, para el control de la enfermedad.

Todo caso de tuberculosis (códigos del 011 al 018) deberá ser registrado en los establecimientos para la atención médica por medio de su expediente clínico, la tarjeta de tratamiento y el registro local de casos y notificado de conformidad con las disposiciones técnicas aplicables en materia de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, de estudios epidemiológicos de campo y de información epidemiológica.

## **6. Actividades**

### **6.1 Medidas de Prevención**

6.1.1 La prevención general de la tuberculosis se llevará a cabo a través de acciones de educación para la salud y promoción de la participación social y comprenderá las medidas siguientes:

a. Información a los diferentes sectores de la población respecto a la tuberculosis como problema de salud pública, así como de los recursos para el diagnóstico, tratamiento y la responsabilidad personal y social en el autocuidado de la salud.

b. Promover la participación activa de la organización social, así como la integración y capacitación de grupos para que contribuyan en acciones de promoción para el mejoramiento de la nutrición, vivienda, prevención y control de la tuberculosis.

6.1.2 La prevención específica de la tuberculosis se llevará a cabo en personas en riesgo de contraer la enfermedad, mediante la vacunación con BCG y la quimioprofilaxis.

6.1.2.1 La aplicación de la vacuna BCG se llevará a cabo de acuerdo a las disposiciones siguientes:

a. Indicaciones, administración y dosis:

- Obligatoria a los niños recién nacidos;

- Todo niño que no haya sido vacunado al nacimiento debe recibir BCG antes de cumplir un año de edad;
- Todo niño vacunado al nacer o antes de cumplir un año de edad deberá ser revacunado al ingreso a la escuela primaria;
- Excepcionalmente hasta los 14 años y posteriormente a esa edad cuando se considere necesario;
- Se administrará por vía intradérmica, en la inserción inferior del deltoides derecho;
- En dosis de un décimo de mililitro de vacuna reconstituida;
- Sin prueba tuberculínica previa, y
- Sola o simultáneamente con otras vacunas.

b. Contraindicaciones:

- Prematurez con peso inferior a 2 kg.;
- SIDA y otras inmunodeficiencias;
- Padecimientos febriles agudos graves;
- Enfermedades anergizantes, y
- Tratamiento con corticoides y otros inmunosupresores.

6.1.2.2 La quimioprofilaxis se administra a los contactos menores de 15 años asintomáticos no vacunados con BCG, de acuerdo con las indicaciones siguientes:

- a. Quimioprofilaxis primaria en los no reactores al PPD,
- b. Quimioprofilaxis secundaria en los reactores al PPD.

El medicamento a usar en quimioprofilaxis es la isoniacida por vía oral durante seis meses, a dosis de 5 a 10 mg. por kilogramo de peso por día, en una toma, sin exceder de 300 mg.

6.2 Medidas de control

El control de la tuberculosis comprenderá la identificación y diagnóstico oportuno, la

atención y el tratamiento del paciente, así como el estudio de contactos y el registro del caso.

### 6.2.1 Identificación del caso

6.2.1.1 La búsqueda del caso se hace entre los consultantes que presentan tos y expectoración, sin importar el motivo de demanda, entre los contactos de un caso de tuberculosis y en grupos de alto riesgo.

6.2.1.2 La comprobación del caso de tuberculosis, se llevará a cabo mediante la baciloscopía o cuando se requiera, mediante el cultivo de tejidos, fluidos o secreciones de órganos de pacientes con manifestaciones clínicas, radiológicas y datos epidemiológicos compatibles con la enfermedad.

De toda muestra de tejido u órgano de pacientes para examen histopatológico, además de someterse a este estudio, una fracción de ella deberá enviarse al servicio de bacteriología para la identificación de *Mycobacterium*, mediante cultivo.

6.2.1.3 La baciloscopía se realizará de acuerdo con las indicaciones siguientes:

- a. De manera sistemática en los tosedores consultantes y entre los contactos de 15 y más años de edad, en tres muestras sucesivas de esputo;
- b. En quienes clínica o radiológicamente se sospeche tuberculosis independientemente de la edad, en tres a seis muestras sucesivas;
- c. En el control del tratamiento antituberculoso con una muestra cada mes y dos muestras en días sucesivos al terminar el tratamiento, y
- d. Cuando el paciente dado de alta por curación regrese al servicio con tos productiva.

6.2.1.4 El cultivo se realizará de acuerdo con las indicaciones siguientes:

- a. Para monitoreo de la drogosensibilidad primaria.
- b. Para el diagnóstico en caso de sospecha clínica o radiológica, con resultado negativo de seis baciloscopías;
- c. Para confirmar el resultado del tratamiento, y
- d. Para investigaciones epidemiológicas, terapéuticas y bacteriológicas.

6.2.1.5 El diagnóstico de un caso de tuberculosis no comprobado por bacteriología o por estudio histopatológico, se establecerá mediante el estudio clínico que comprenderá el examen radiológico, inmunológico con PPD y datos epidemiológicos compatibles con la enfermedad.

6.2.1.6 Se realizará estudio radiológico para precisar la localización y la extensión de las lesiones cuando el servicio disponga del recurso.

6.2.1.7 La prueba tuberculínica con la aplicación de PPD, se llevará a cabo de acuerdo a las especificaciones siguientes:

a. Indicaciones:

- Estudio de contactos menores de 15 años;
- Apoyo al diagnóstico diferencial de tuberculosis, y
- Estudios epidemiológicos.

b. Dosis, administración e interpretación:

- Un décimo de mililitro equivalente a 2 UT de PPD RT-23 o 5 UT de PPD-S, por vía intradérmica en la cara externa del antebrazo izquierdo;
- Lectura a las 72 horas expresada siempre en milímetros del diámetro de la induración, e
- Induración de 10 milímetros o más indica reactor en la población general, en los pacientes VIH positivos o con SIDA, se considera reactor al que presenta una induración de 5 o más milímetros.

## 6.2.2 Tratamiento de la tuberculosis

6.2.2.1 El tratamiento de la tuberculosis se administra por el personal de salud y se distingue en primario, y retratamiento y se emplea en cualquier localización de la enfermedad.

El tratamiento primario debe ser supervisado y sólo excepcionalmente autoadministrado, ya que la supervisión del tratamiento es el único procedimiento que ofrece completa seguridad respecto a la toma de los medicamentos.

6.2.2.2 Los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la tuberculosis son:

Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomycin y Etambutol, cuyas presentaciones, dosis y reacciones adversas se señalan en la tabla 1.

TABLA 1  
MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	DOSIS PARA:		INTERMITENTE	REACCIONES ADVERSAS
		NIÑO	ADULTO		
Isoniacida	Comp.100 mg	5-10 mg	300 mg	a 600-800 mg	Neuropatía periférica Hepatitis
Rifampicina	Cap. 300 mg Jarabe 100 mg x 5 ml	10-20 mg	600 mg	600 mg	Hepatitis Hipersensibilidad
Pirazinamida	Comp.500 mg	20-30 mg	1.5-2 g	2.5 g	Gota Hepatitis
Estreptomycin	Fco.Amp.1 g	15-20 mg	1 g	1 g	Vértigo Hipoacusia Dermatosis
Etambutol	Comp.200-400 mg	---	1200	2400 mg	Alteración de la visión

a 2 a 3 veces por semana según la tabla de referencia.

b Enfermos de menos de 50 kg. de peso, 1.5 gr. por día.

c Enfermos mayores de 50 años, mitad de la dosis.

d No utilizarlo durante el embarazo.

e No usarlo en niños.

6.2.2.3 El tratamiento primario de la tuberculosis es el que se instituye a un paciente que nunca ha recibido tratamiento, de acuerdo a las especificaciones siguientes:

a. Para un adulto de 50 kg o más se llevará a cabo con el esquema de tratamiento primario de corta duración durante 25 semanas o hasta completar 90 dosis, con

drogas separadas o a base de una combinación fija, como se indica en la tabla 2.

TABLA 2

TRATAMIENTO PRIMARIO SUPERVISADO

Fase intensiva:	Diaria de lunes a sábado hasta completar 60 dosis	
	Administración en una toma.	
Medicamentos separados	Combinación fija	Administrar 4 grageas juntas
Isoniacida	300 mg.	75 mg.
Rifampicina	600 mg.	150 mg.
Pirazinamida	1.5 a 2 g.	400 mg.
Fase de sostén:	Intermitente dos veces por semana, lunes y jueves o martes y viernes, hasta completar 30 dosis.	
	Administración en una toma.	
Medicamentos separados	Combinación fija	Administrar 4 cápsulas juntas
Isoniacida	800 mg.	200 mg.
Rifampicina	600 mg.	150 mg.

b. En el caso de tuberculosis miliar o meníngea, agregar estreptomina en la fase intensiva a razón de 1 gramo diario excepto los domingos (60 dosis);

c. En pacientes con menos de 50 kg de peso, ajustar la dosis por kilogramo de peso corporal de acuerdo al inciso 6.2.2.2., con medicamentos separados.

6.2.2.4 Ante la imposibilidad de que el enfermo acuda a recibir sus medicamentos en algún establecimiento para la atención médica, el tratamiento primario de corta duración excepcionalmente podrá ser autoadministrado ajustándose a las especificaciones siguientes

- a. Deberá mantener el esquema primario a base de combinación fija de medicamentos,
- b. La entrega de medicamentos deberá efectuarse cada semana o excepcionalmente cada quincena, y
- c. Deberá entrenarse a un familiar o persona de la comunidad para vigilar la administración regular del tratamiento por parte del enfermo.

6.2.2.5 Los enfermos que hayan abandonado el tratamiento primario supervisado o autoadministrado recibirán tratamiento supervisado de corta duración. Los enfermos que hayan recaído de un tratamiento primario supervisado o aquéllos en los que éste haya fracasado, serán referidos al 2o. nivel, en donde el médico especialista instituirá el retratamiento.

### 6.2.3 Control y evaluación del tratamiento

6.2.3.1 El control y la evaluación del resultado del tratamiento se llevará a cabo cada mes o antes, cuando la evolución del enfermo lo requiera, de la manera siguiente:

#### a. Control

##### - Clínico:

Revisión del estado general del enfermo y evolución de los síntomas, y verificación del cumplimiento en la administración de los medicamentos.

##### - Baciloscópico:

Será favorable cuando la baciloscopía sea negativa desde el tercer mes de tratamiento o antes, y

desfavorable, cuando persista positiva hasta el sexto mes, considerándola como fracaso del tratamiento.

##### - Radiológico:

Se efectuará cuando exista el recurso, como estudio complementario,

La curación del enfermo ocurre muy frecuentemente con persistencia de lesiones radiológicas cicatriciales, sin bacilos tuberculosos en el esputo.

#### b. Evaluación:

Al término del tratamiento podrá considerarse el caso como curado o como fracaso.

- Curado:

Caso que cumplió su tratamiento regular, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopía negativa en dos muestras tomadas en ocasiones sucesivas, o desaparecieron los signos clínicos y no expectora.

- Fracaso:

Cuando el enfermo persiste positivo con confirmación por cultivo a partir del sexto mes de tratamiento.

#### 6.2.4 Estudio de contactos

6.2.4.1 El estudio de contactos deberá realizarse de conformidad con los siguientes lineamientos:

a. Inmediatamente después del conocimiento del caso de tuberculosis confirmado bacteriológicamente, y

b. Será necesario repetir el examen entre los contactos que presenten síntomas sugerentes de tuberculosis en el transcurso del tratamiento del enfermo.

6.2.4.2. El estudio de contactos de los casos de tuberculosis comprenderá los exámenes siguientes:

a. Clínico;

b. Inmunológico (PPD) a los menores de 15 años no vacunados con BCG;

c. Bacteriológico, en caso de presentar síntomas,

d. Radiológico si existen los recursos necesarios y se considera útil.

6.2.4.3 El manejo de los contactos deberá realizarse de acuerdo a los incisos 6.1.1 a 6.2.2 de esta misma Norma.

### **7. Infección por VIH/SIDA y tuberculosis**

#### 7.1 Diagnóstico de tuberculosis

7.1.1 En toda persona con serología positiva, o con diagnóstico de SIDA que

presente tos y expectoración se indicará estudio de baciloscopía y cultivo para descartar la presencia de tuberculosis, de acuerdo con el inciso 6.2.1 de esta misma Norma.

7.1.2 En caso de sospecha de tuberculosis extrapulmonar, se referirá a los pacientes al médico especialista para su estudio y manejo.

## 7.2 Tratamiento

7.2.1 En caso de que se confirme el diagnóstico de tuberculosis, el enfermo se referirá al segundo nivel de atención, para su manejo por el médico especialista.

## 8. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud: Manual sobre métodos y procedimientos para los programas integrados. Publicación Científica No. 498, 1987.
2. Secretaría de Salud: Manual de normas y procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis, 1992.
3. Secretaría de Salud: Programa de prevención y control de la tuberculosis, 1987.
4. Sistema Nacional de Salud: Manual de procedimientos - Programa Nacional de Inmunizaciones, 1988.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: III Seminario Regional sobre Tuberculosis: Quimioterapia. Pub. Cient. 418, 1981.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: IV Seminario Regional sobre Tuberculosis. Pub. Cient. 511, 1988.
7. World Health Organization: Tuberculosis control as an integral part of primary health care, Geneva, 1988.
8. Pío, A.: El futuro de la lucha antituberculosa. Problemas y perspectivas. Bol. OPS 96 (2), 1984.
9. Miller, J. W.: La historia natural de la tuberculosis primaria. WHO/TB 84. 144 Ginebra, 1987.
10. Farga, V: Tuberculosis, Pub. Tec. Mediterráneo Ltda., 1989.
11. Consejo Nacional de Vacunación: Programa de Vacunación Universal. Manual

del Vacunador, S/F.

12. Toman, K.: Tuberculosis. Detección de Casos y Quimioterapia. Publicación Científica No. 392. Organización Panamericana de la Salud, 1980.
13. Unión Internacional de Lucha Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias: Guía técnica para el diagnóstico de la tuberculosis por microscopía directa. Bol. UICT. Suplemento No. 2, 1978.
14. Secretaría de Salud: Manual de técnicas y procedimientos de laboratorio en tuberculosis, 1985.
15. Secretaría de Salud: Tratamiento de la Tuberculosis. Guía para el médico general, 1989.
16. Chaulet, P: La quimioterapia de la tuberculosis en 1983. Bol. UICT 58, marzo 1983.
17. Slutkin, G. y Cols: Efectos de la epidemia del SIDA sobre el problema de la tuberculosis en los programas antituberculosos; prioridades para el control y la investigación OPS/HPM/TUB, 1985.
18. Secretaría de Salubridad y Asistencia: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 1983.
19. Organización Panamericana de la Salud: Asociación VIH y tuberculosis. Guía técnica, Washington, D.C., noviembre de 1992.
20. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos; Manual de Técnicas y Procedimientos de Laboratorio en Tuberculosis. Publicación Técnica No. 20. 1992.
21. Murray CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. Bull Int Union Tuberc Lung Dis 1990; 65: 6-24.
22. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias: Guía de la tuberculosis para los países de alta prevalencia, 1993.
23. García M. L., Valdespino J. L., Blancarte L., Loo E., Salcedo R. A., Magis C. Tb and HIV/AIDS trends in Mexico (Abs. No. 794) En: Abstracts of IX th International Conference on AIDS/IV th STD World Congress Berlin, Germany. June 7-11, 1993.

24. Secretaría de Salud: Manual para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, 1992.

## **9. Concordancia con normas internacionales**

Esta Norma Oficial Mexicana tiene concordancia con los lineamientos y recomendaciones emitidos por la OMS, OPS, CARG, IUATLD.

## **10. Observancia de la Norma**

La vigilancia de su aplicación corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

## **11. Vigencia**

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D. F., a 29 de noviembre de 1994.- El Director General de Medicina Preventiva, José Rodríguez Domínguez.- Rúbrica.