SECRETARIA DE SALUD

RESPUESTAS a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en el primer nivel de atención primaria a la salud, publicado el 2 de septiembre de 2004.

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

RESPUESTAS A LOS COMENTARIOS RECIBIDOS RESPECTO DEL PROYECTO DE MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA2-1993, PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, PUBLICADO EL 2 DE SEPTIEMBRE DE 2004.

OSCAR VELAZQUEZ MONROY, Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción XV, 13, apartado A) fracción I, 133 fracción I, 134 fracción III, 137, 139 y 140 de la Ley General de Salud; 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o., 8o., 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 2 literal C fracción VII, 36, 38 fracción V, y 45 fracciones I y VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, ordena la publicación de las respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en el primer nivel de atención primaria a la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004.

Como resultado del análisis que realizó el Subcomité de Vigilancia Epidemiológica de los comentarios recibidos por los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos:

PROMOVENTE	RESPUESTA
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA **Director General Adjunto** **Dr. Pablo Kuri Morales.**	
0. Introducción ...bacterias de la Familia Mycobacteriacea	Se acepta.
0. Introducción La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, causada por un grupo de bacterias de la Familia Micobacteriaceae que conforman el complejo de M. Tuberculosis: M. Tuberculosis, M. Bovis, M. Africanum y M. microttii,	Se acepta parcialmente. Se elimina la M. Ulcerans. No se elimina *M. canettii* de acuerdo a las referencias siguientes. *M. canettii*, the Smooth Variant of M. tuberculosis, isolated from a Swise patient exposed in Africa de Gaby E. Plyffer, Raymond Auckenthaler et, al.
0. Introducción Se adquiere por la vía aérea principalmente	Se acepta.
0. Introducción Es una enfermedad que ataca al estado general y si no es tratada oportuna y eficientemente, puede llevar a la muerte a quien la padece.	Se acepta.
0. Introducción una ocurrencia aproximadamente 8 millones	Se acepta.
0. Introducción Cerca de 17 mil casos nuevos y casi 2500 defunciones	Se acepta.
0. Introducción ...el problema del VIH/SIDA, la diabetes, la desnutrición, las adicciones y la resistencia a fármacos antituberculosos agravan el panorama	Se acepta.
0. Introducción Aunque en México la tuberculosis farmacorresistente representa una pequeña proporción del total de los enfermos, no deja de ser un problema	Se acepta.
1.1 ..establecer los lineamientos y procedimientos	Se acepta.

2.1 Modificación a Norma Oficial Mexicana NOM.010.SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana	No se acepta. Las referencias a Normas Oficiales Mexicanas son a las versiones vigentes (las más recientes).
3. Definiciones Baciloscopia: lectura de 100 campos del frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen	Se acepta.
3. Definiciones Baciloscopia de control	Se acepta.
3.8 Caso de tuberculosis no confirmado: al enfermo en quien la sintomatología, signos físicos y elementos auxiliares de diagnóstico, determinan la existencia de tuberculosis con resultado bacteriológico negativo, en niños no se requiere estudio bacteriológico o histopatológico.	Se acepta.
3. Definiciones Caso de Tuberculosis descartado: todo caso probable de tuberculosis en quien se compruebe por laboratorio otra etiología diferente a *M. Tuberculosis*	Se acepta.
3. Definiciones Cultivo.	Se acepta.
3. Definiciones Defunción por tuberculosis: a la defunción en la que la tuberculosis inicia la serie de acontecimientos que llevan a la muerte	Se acepta.
3. Definiciones Defunción con tuberculosis: a la defunción por cualquier otra causa diferente a la tuberculosis y donde ésta aparece asociada a la causa básica.	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM estimó innecesaria la propuesta.
3.20 Estudio de contactos: a las acciones dirigidas a contactos de pacientes con tuberculosis con el fin de diagnosticar personas infectadas o enfermas de tuberculosis	No se acepta. No es clara ni específica. Por lo tanto queda la original: Estudio de contactos: a las acciones dirigidas para diagnosticar personas infectadas o enfermas, que conviven o han convivido con enfermos de tuberculosis.
3. Definiciones Reingreso es el enfermo de tuberculosis que reinicia el tratamiento después de haberlo suspendido.	Se acepta.
3. Definiciones Referido: es el paciente que por causa justificada, se recibe para continuar su tratamiento, de otra unidad de salud. Nivel de atención, institución o país en donde ya fue notificado.	Se acepta.
3. Definiciones Traslado: es el proceso para enviar al paciente para tratamiento y control a otra unidad de salud.	Se acepta.
3.38 y 3.39 No queda claro cuál es el TAES o ninguno lo es o se requiere combinar las opciones.	No se acepta. El tratamiento estrictamente supervisado es la acción de cómo deben administrarse los medicamentos. El tratamiento primario acortado comprende la administración de cuatro fármacos.

3.40 Tuberculosis: a la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo Mycobacterium tuberculosis (M. Tuberculosis, M.bovis y M. Microttii)	No se acepta. Queda de la siguiente manera: Tuberculosis: a la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis, M.bovis y M. Microti, M africanum y M canettii)*
3.41 Tuberculosis latente o infección tuberculosa: a la persona que presenta PPD positivo, sin manifestaciones clínicas de enfermedad.	Se acepta.
3. Definiciones Caso probable de tuberculosis meníngea: es toda persona menor de cinco años de edad que presente cualquier signo o síntoma clínico neurológico con o sin antecedentes de contacto con caso de tuberculosis pulmonar Caso confirmado de tuberculosis meníngea: Caso probable que cuenta con confirmación por laboratorio (BAAR, cultivo o PCR en LCR) o histopatología de la presencia de Mycobacterium tuberculosis. Caso descartado de tuberculosis meníngea: es aquel caso probable en quien se determina por laboratorio que la enfermedad no es causada por Mycobacterium tuberculosis, con evidencia de laboratorio de otra etiología. Caso clínico de tuberculosis meníngea: es toda persona menor de cinco años que presenta signos y síntomas neurológicos anormales y dos o más de las siguientes características: ● Contacto cercano con caso de tuberculosis confirmado. ● Presencia de reacción de Mantoux mayor o igual a 10mm de induración en pacientes con contacto con adulto infectado. ● LCR sugestivo de meningitis sin evidencia de otras causas de infección. Anormalidades en tomografía computada de cerebro o imagen de resonancia magnética que sugieran meningitis. Caso no confirmado de tuberculosis meníngea: toda persona menor de cinco años en que la sintomatología, signos y elementos auxiliares de diagnóstico determinan la existencia de tuberculosis, sin confirmación bacteriológica, con o sin tratamiento, que haya abandonado el tratamiento, se haya perdido o fallecido. Caso compatible de tuberculosis meníngea: toda persona menor de cinco años que recibió tratamiento antifímico con buena respuesta, y en quien no se pudo identificar el bacilo.	Se acepta parcialmente. Quedan: Caso probable de tuberculosis meníngea: es toda persona que presente cefalea persistente y/o vómito y/o afección de pares craneales y/o alteración del estado de alerta con una evolución subaguda (> o =) a 7 días con o sin antecedentes de contacto con caso de tuberculosis pulmonar. Caso confirmado de tuberculosis meníngea: Caso probable que cuenta con confirmación por laboratorio (BAAR, cultivo o PCR en LCR) o histopatología de la presencia de Mycobacterium tuberculosis. En la revisión del Subcomité, se sugirió que las demás definiciones queden incluidas en un Manual de procedimientos para manejo y control de tuberculosis meníngea.
4. Abreviaturas InDRE Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.	Se acepta.
4. Abreviaturas NOM Norma Oficial Mexicana	Se acepta.
4. Abreviaturas PPD PPD RT 23 PPDS ¿Cuál es la relevancia de este desglose?	No se acepta. Cada PPD corresponde a diferentes dosificaciones Queda de la siguiente manera: PPD PPD RT-23 PPD-S

5.1 La clasificación de esta Norma Oficial Mexicana se apegará a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la OPS/OMS en su 10a. revisión, en la codificación de la tuberculosis de la A 15-A l9.	Se acepta.
5.3.2 Los componentes de información, laboratorio, vigilancia de la mortalidad y capacitación para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis deben estar basados en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.	Se acepta.
5. Clasificación registro y notificación La vigilancia epidemiológica de la mortalidad por tuberculosis pulmonar y tuberculosis meníngea se sustenta en lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.	Se acepta.
6.1.1.1.8 Sensibilizar al paciente para que comprenda la importancia de seguir su tratamiento en forma ininterrumpida, hasta terminarlo	No se acepta. Se discutió ampliamente en el grupo de expertos en el que la Dirección General Adjunta de Epidemiología asistió y se concluyó en utilizar la palabra garantizar, ya que va dirigida al personal de salud y no a la población. Garantizar que el paciente comprenda la importancia de seguir su tratamiento en forma ininterrumpida, hasta terminarlo.
6.2.1.1 La búsqueda de casos probables se debe realizar entre consultantes con tos y expectoración sin importar el motivo de la demanda, entre los contactos de un caso de tuberculosis y en grupos vulnerables o de alto riesgo: prisiones, jornaleros, migrantes, usuarios de drogas, alcohólicos, asilos, fábricas, albergues, grupos indígenas, seropositivos a VIH	No se acepta. Se liga este párrafo al numeral 6.2.1 que corresponde a la Identificación y diagnóstico del caso probable, para no tener que repetir nuevamente “casos probables”. La búsqueda de casos se debe realizar entre consultantes con tos y expectoración sin importar el motivo de la demanda, entre los contactos de un caso de tuberculosis y en grupos vulnerables o de alto riesgo: personas privadas de su libertad, jornaleros, migrantes, usuarios de drogas, alcohólicos, personas que viven con diabetes, inmunosuprimidos, asilos, fábricas, albergues, grupos indígenas y personas que viven con el virus del VIH.
6.2.1.3.2. En todos los casos probables entre consultantes sin importar el motivo de demanda, entre los contactos de un caso de tuberculosis, en grupos o poblaciones de alto riesgo y se debe realizar en tres muestras de expectoración sucesivas.	Se acepta.
6.2.1.3.3. Si la primera serie de 3 baciloscopias hubiera resultado negativa y no se confirma otro diagnóstico y en quienes clínica y radiológicamente se sospeche tuberculosis, se debe tomar otra serie de 3 baciloscopias; si el resultado fuera aún negativo y persisten sus síntomas, realizar cultivo.	Se acepta.
6.2.1.6. Para precisar la localización y la extensión de las lesiones, se debe realizar estudio radiológico, cuando se disponga del recurso; en niños es indispensable realizar estudio radiológico.	No se acepta. Se escucha redundante ...en niños es indispensable realizar estudio radiológico. Queda: Para precisar la localización y la extensión de las lesiones, se debe realizar estudio radiológico, cuando se disponga del recurso; en niños es indispensable.

6.4.1. Deberá realizarse a todos los contactos inmediatamente después de conocerse el caso de tuberculosis, y se repetirá, de presentarse síntomas sugerentes de tuberculosis en los contactos, durante el tratamiento del enfermo	Se acepta parcialmente Se escucha redundante ....sugerentes de tuberculosis en los contactos... Queda: ...y se repetirá, de presentarse síntomas sugerentes de tuberculosis, durante...
7.2 Todos los pacientes con VIH/SIDA, que presenten tos con flema se les deberá practicar baciloscopias en expectoración en serie de tres para búsqueda intencionada de tuberculosis, ya que estos pacientes se consideran de alto riesgo para desarrollar la enfermedad según el numeral 3.24	Se acepta.
7.4 A todos los pacientes PPD positivos se les debe investigar la presencia de tuberculosis activa. En ausencia de síntomas específicos, realizar al menos radiografía de tórax y baciloscopia en expectoración en serie de tres.	Se acepta.
7.6.1. Aquellos pacientes VIH positivos, pero sin evidencia de tuberculosis activa, deben recibir profilaxis con isoniacida de acuerdo al numeral 6.1.3.	No se acepta. Queda: Aquellos pacientes VIH positivos con PPD positivo pero sin evidencia de enfermedad activa, deben de recibir profilaxis con isoniacida de acuerdo al numeral 6.1.3.
7.7.2. En todos los pacientes con VIH positivo y tuberculosis con carga viral elevada, afección del SNC o enfermedad avanzada (linfocitos CD4+ menores de 100 células/mm3), el tratamiento será de acuerdo con la Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.	Se acepta parcialmente. En todos los pacientes con VIH positivo y tuberculosis, afección del SNC o enfermedad avanzada (linfocitos CD4+ menores de 100 células/mm3), el tratamiento será de acuerdo con la Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.
8.2.2. Antes de iniciar el tratamiento se deberá asegurar la disponibilidad de los fármacos antituberculosis para todo el periodo de tratamiento por la institución responsable, y establecerá una carta compromiso informado de aceptación y terminación de tratamiento.	Se acepta.
8.7.2. Observaciones El SINAVE no establece la notificación de casos nuevos probables de TBMFR, establece la notificación de casos nuevos probables y confirmados de tuberculosis.	Se acepta parcialmente. Modificándose este numeral como sigue: La notificación de casos probables de TBMFR se efectuará a través de los formatos y procedimientos de concentración que establezca el SINAVE y el CENAVECE.
8.7.3. Observaciones No existe el rubro ni epiclave de TBMFR en el formato de Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades, el SUIVE-1-2004: la NOM 017 para vigilancia epidemiológica no hace referencia alguna a los casos TBMFR. Se tendría que notificar en el SUIVE-1-2004 como caso nuevo de TB respiratoria, meningitis tuberculosa o como tuberculosis otras formas, y no como nuevo caso de TBMFR; otra opción es utilizar el rubro de otras enfermedades de notificación inmediata; tampoco existe clasificación para TBMFR en el CIE-10.	Se acepta parcialmente. Modificándose este numeral como sigue: La notificación de caso nuevo de TBMFR se realizará en el Informe que se establezca para este efecto, de acuerdo al apartado de definiciones operacionales de caso de esta Norma y, en su caso, la correspondiente a la NOM-017-SSA2-1994.

8.7.4 Estudio Epidemiológico de Caso SUIVE-2-2004 para los casos confirmados	Se acepta parcialmente. Modificándose este numeral como sigue: Los casos confirmados se les realizará el formato de Estudio Epidemiológico que establezca la NOM-017-SSA2-1994.
9.17 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. Revisión, 109-113,1996.	Se acepta.
MMWR, Population- Based Survey for drug resístanse of tuberculosis. México, 1997; 1997; 47 (18):371-375	Se acepta.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL **Dirección de Prestaciones Médicas** **Jefe de la Unidad de Atención Médica** **Dra. María del Carmen García Peña**	
En la figura 1 de la página 101, en donde se esquematizan las pautas para el Tratamiento Primario Acortado (seis meses) y Retratamiento Primario (8 meses) y Estandarizado (18 meses) de la tuberculosis en México, no está claramente expresado el significado de la combinación alfa numérica que mencionan en los recuadros.	No se acepta. El cuadro sólo esquematiza las pautas de tratamiento, para comprenderlo e interpretarlo le sugerimos revisar las tablas de esta NOM.
Asimismo, en el tercer recuadro aparecen abreviaturas de medicamentos que no concuerdan con lo consignado en el glosario de términos	Se acepta.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI **Dra. Lucía Alvarez Hernández** **Infectóloga Pediatra**	
3.6 Caso de Tuberculosis.- se sugiere agregar la final del segundo renglón o respuesta a la prueba terapéutica.	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM estimó adecuado el texto original.
3.8 caso de Tuberculosis no confirmado, al final de la tercera línea agregar: mejoría clínica postratamiento.	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM consideró adecuada la propuesta original.
3.10 caso probable de tuberculosis pulmonar: Agregar en la tercera línea: y radiografías de tórax posterior o anterior y lateral sugestivas de afectación hiliar o pulmonar	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM determinó correcta la redacción original.
3.12 caso confirmado de TBMFR: sobra la palabra de en la frase a “A todo paciente de en el"	Se acepta.
3.25 Imnumocompetencia.- se sugiere retirar la coma y propongo que la frase diga: que se traducen en resolver adecuadamente los encuentros con las infecciones	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM consideró adecuada la redacción original.
3.26 Inmunocompromiso. Se propone que diga: A la condición anormal en la que el sistema inmunológico presenta una deficiencia cualitativa de su función	Se acepta.
3.41 Tuberculosis latente o infección tuberculosa.- se sugiere agregar o un nuevo reactor al PPD	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM decidió que la propuesta original es adecuada.

6.1.3.4. La dosis de isoniacida para profilaxis en niños se recomienda de 5-10 Mg., no de 10 a 15 Mg.	Se acepta.
6.3.3.5.3. es radiológico en lugar de radiólogo	Se acepta.
6.3.5.1. Control del tratamiento.- Agregar la vigilancia y registro de la curva de peso y talla, después de la palabra síntoma	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM consideró inexacta la propuesta.
6.4.2. Se propone aplicar PPD a todos los contactos menores de 15 años	No se acepta. El grupo de trabajo de la NOM consideró inadecuada la propuesta.
7.6.1. Propuesta: en lugar de PPD positivo anotar PPD de 5 mm o mayor	No se acepta. Queda: Aquellos pacientes VIH positivos con PPD positivo pero sin evidencia de enfermedad activa, deben de recibir profilaxis con isoniacida de acuerdo al numeral 6.1.3.
8. Tratamiento farmacorresistente, En el tratamiento de los niños Las dosis de la TABLA 4 de Ciprofloxacino para niños es hasta 20-30 mg/k dosis tope de 1000 a 1.500 Mg la Ofloxacina de 10 a 15 mg/kg día con dosis tope de 800 Mg. 8.6 Evaluación.- En caso de envío a centro de referencia cada Institución se ocupará de los viáticos. Por último propongo hagamos una norma o guía para el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la tuberculosis en los niños y las niñas. Me sumo al esfuerzo y me comprometo a esta importante tarea; ya que sería una herramienta útil y aplicable en los países de recursos limitados como el nuestro.	Se acepta parcialmente. Se corrige dosis de Ciprofloxacino y Ofloxacina Ciprofloxacino para niños es hasta 20-30 mg/k dosis tope de 1000 a 1.500 Mg la Ofloxacina de 10 a 15 mg/kg día con dosis tope de 800 Mg. Lo demás no es motivo de esta NOM.
División de la Salud de la Mujer, del Hombre y del Adulto Mayor **Coordinación de Programas Integrados de Salud** **Coordinador Médico del Programa de Tuberculosis** **Dra. Margot González de León.**	
Página 94 primer párrafo. La tuberculosis es una infección afecta principalmente los sistemas respiratorios, digestivo, linfático y renal. Es una enfermedad que ataca al estado general y si no es tratada oportuna y eficientemente puede causar la muerte a quien la padece.	Se acepta.
Página 94, segundo párrafo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que a nivel mundial un tercio de la población está infectada por el Mycobacterium tuberculosis; cada año se estima una ocurrencia de 8 millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por tuberculosis. En México, cada año se diagnostican alrededor de 16 mil casos nuevos y 2900 defunciones.	Se acepta.
Página, 94, tercer párrafo. Al igual que en otros países, la epidemia de VIH/SIDA, las enfermedades asociadas como diabetes, desnutrición, las adicciones y la resistencia a fármacos antituberculosos, han venido a agravar el panorama epidemiológico de la tuberculosis en México.	Se acepta.

Página 94, cuarto párrafo. Aunque en México la tuberculosis fármacorresistente representa una pequeña proporción del total de los enfermos, no deja de ser un problema de salud permanente, por lo que se debe tener en cuenta debido a los múltiples factores que la condicionan y al problema terapéutico que representa. El otorgamiento de un régimen eficaz de quimioterapia acortado, estrictamente supervisado es la principal estrategia que garantiza la curación y en consecuencia previene la aparición de casos de resistencia bacteriana.	Se acepta.
Página 94, quinto párrafo. El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis en México tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones necesarias para la detección, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en las áreas de mayor riesgo. Por tal motivo las instituciones de salud han unificado los criterios de lucha para conformar un solo frente ante este problema de salud.	No se acepta. El título del Programa es “Programa de Acción Tuberculosis” por lo tanto queda: En México, el Programa de Acción: Tuberculosis tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones necesarias para la detección, prevención y tratamiento oportuno en las áreas de mayor riesgo. Por tal motivo las instituciones de salud han unificado los criterios de lucha para conformar un solo frente ante este problema de salud.
Página 95. Definiciones 3.8 Caso de tuberculosis no confirmado: al enfermo en quien la sintomatología signos físicos y elementos auxiliares de diagnóstico determinan la existencia de tuberculosis, con resultado bacteriológico o histopatológico negativo. En niñas y niños, no se requiere estudio bacteriológico o histopatológico.	Se acepta.
Página 95. 3. Definiciones 3.12 Caso confirmado de TBMFR: A todo paciente en el que se demuestra....	Se acepta.
Página 95. 3. Definiciones 3.14 Contacto: A la persona que ha estado en relación directa con un enfermo bacilífero de tuberculosis.	No se acepta. Queda: Contacto: a la persona que ha estado en relación directa con un enfermo de tuberculosis bacilífera y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección.
Página 95. 3 Definiciones 3.19 Educación para la salud: Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información desarrollar habilidades y modificar actitudes.....para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.	Se acepta.
Página 96. 3 Definiciones 3.37 Término de tratamiento: Al caso de tuberculosis que completa el esquema de tratamiento, desaparecen los signos clínicos y no se realizó baciloscopia o cultivo al finalizar el tratamiento.	No se acepta. Queda la definición original: ...al caso de tuberculosis que ha completado el esquema de tratamiento, han desaparecido los signos clínicos y no se realizó baciloscopia o cultivo al finalizar el tratamiento.
Pagina 96. Definiciones 3.40 Tuberculosis: a la enfermedad infecciosa generalmente crónica, causada por el complejo Mycobacterium tuberculosis (M tuberculosis.....M canetti), que se transmite del enfermo al sujeto sano.....	No se acepta. Se integra los cinco componentes del complejo. Tuberculosis: a la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis, M. bovis y M. Microti, M africanum y M canettii),* que se transmite.....

Página 98,- 5. Abreviaturas 5.2 todo caso de tuberculosis codificado de A15 al A19 debe registrarse en los establecimientos para atención médica de los sectores públicos, sociales y privados, por medio de un expediente clínico, tarjeta de tratamiento, cuaderno de registro y seguimiento y ser notificado a la Secretaría de Salud de acuerdo a lo establecido en la NOM-017-SSA2- 1994, para la Vigilancia Epidemiológica.	Se acepta.
Página 98. 6. Especificaciones 6.1.1.1.7. Sensibilizar al paciente enfermo de tuberculosis de la importancia del estudio de todas aquellas personas con quienes convive de manera cotidiana.	Se acepta.
Servicios de Salud del Estado de Nayarit **Responsable Estatal del Programa de Micobacteriosis** **Dra. Beatriz Adriana Huerta.**	
Que se utilice en forma obligatoria el formato de riesgo de abandono a todo paciente diagnosticado con tuberculosis pulmonar.	Se acepta.
Instituto de Salud del Estado de Chiapas **Coordinadora Estatal de Micobacteriosis** **Dra. Claudia Elizabeth Chacón Rico**	
Incluir dentro de las medidas de control a la cédula de escala de riesgo de abandono. Se otorga atención integral y se garantiza el seguimiento de los pacientes al identificar desde el inicio las posibles causas de abandono e implementar medidas de educación para la salud y a la vez fortalecer los lazos con el personal de salud, a través del fomento de la corresponsabilidad de la familia y de la comunidad.	Se acepta.
Dirección de Calidad y Educación en Salud **Jefe de Departamento de Investigación Operativa** **Dr. Javier Ramón Valenzuela Antelo**	
Agregar en el numeral 3 Definiciones. Definición de búsqueda de casos, conjunto de acciones sistematizadas y continuas, realizadas por el personal de la salud, con el fin de detectar casos probables de tuberculosis, entre la población susceptible.	No se acepta. Se estima innecesario.
Definición de detección de casos, producto de la búsqueda de casos, que califica al paciente como caso probable de estar cursando con una tuberculosis pulmonar.	No se acepta. No se considera necesario.
Definición de diagnóstico de caso, competencia del médico tratante con el fin de clasificar al enfermo como caso confirmado o no confirmado por bacteriología o histopatología.	No se acepta. Se decidió que es improcedente.
En el capítulo de abreviaturas (4), se destina exclusivamente para aquellos(as), que no son del dominio universal, por lo que se sugiere retirar: ºC, gr, mgr, kg, %	No se acepta. Por norma también deben estar considerados.
Con base en la Ley Federal los numerales de las NOMs, per sé son obligatorios y su incumplimiento implica sanciones que pueden ser desde administrativas, hasta dar vista a la autoridad civil, por lo mismo se recomienda que todo el bloque del numeral 5 (Clasificación registro y notificación) y sus correspondientes subnumerales, sean transferidos a un ANEXO INFORMATIVO a efecto de:	Se acepta parcialmente. Unicamente permanece la mención a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su 10a. revisión, y se elimina la lista que codifica la tuberculosis. Los aspectos normativos continúan.

No violentar los principios de la NOM, con base en la Ley Federal. Evitar confusión normativa en la autoridad sanitaria, ejem. en el numeral 5.1.23 Meningitis tuberculosa, no se puede sancionar, el tener, o no tener Meningitis o, a quien se va a sancionar ¿al paciente, por no presentar el síntoma? (recordemos que la esencia de un numeral, está orientada a evitar un riesgo, no a describir padecimientos. No incurrir en descripciones propias de un manual de procedimientos. Hacer de las NOMs, documentos más pragmáticos y operativos, sin soslayar lo valioso de la información (por eso se sugiere sólo. reubicar el bloque de numerales en el cuerpo de la NOM, otorgándole el adecuado peso jurídico).	
En la identificación y diagnóstico de caso (numeral 6.2.1) deberán mencionarse los criterios diagnósticos bacteriológicos, histopatológicos o bien clínicos	Se acepta.
En lo general, y a fin de disminuir el abandono del tratamiento: Deberá incluir en la Norma aspectos relacionados con la información que otorgue el personal de salud a la población relacionado con las acciones de búsqueda, detección, y aun más en el caso del eventual diagnóstico del caso informar detalladamente aspectos relacionados con la enfermedad, riesgos, tratamiento y eventuales complicaciones. Subrayar los derechos de los pacientes y también sus responsabilidades.	Se acepta.
Deberá también incluirse un numeral de investigación. Mencionar que el CEVE o bien otra figura establezca los lineamientos y estimule el desarrollo de la investigación en todas las actividades: búsqueda, detección, diagnóstico, seguimiento, evaluación de casos. Que los resultados de dichas investigaciones se discutan en el seno del CEVE a fin de evaluar y mejorar las actividades del mismo. Que se estimule la detección de factores de riesgo de abandono en casos nuevos a fin de establecer medidas individualizadas del seguimiento de casos que lo requieran. Que se estimule al personal de salud de ofrecer un trato digno a los pacientes, considerando sus circunstancias, con el fin de incrementar la adherencia al tratamiento. Que los estudios y las investigaciones se efectuarán con base en los principios científicos y de acuerdo a la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación	No se acepta. En este aspecto existen el Programa de Acción Tuberculosis en el que se incluyen todas estas observaciones además de manuales, incluso comités que se refieren en específico y más ampliamente en relación a estas observaciones, que de otro modo incluidos en la NOM no le permitirían ser el documento pragmático y operativo.

México, D.F., a 3 de enero de 2005.- El Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, **Oscar Velázquez Monroy**.- Rúbrica.