



DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL

VIH - SIDA

Manual de Procedimientos Estandarizados
para la Vigilancia Epidemiológica del

VIH · SIDA

Septiembre, 2012

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
ISBN

Francisco de P. Miranda 177, 4° Piso
Unidad Lomas de Plateros, Delegación Álvaro Obregón
México, Distrito Federal, CP 01480
Tel. 52 (55) 5337 16 00

www.salud.gob.mx · www.dgepi.salud.gob.mx

Impreso en México

SECRETARÍA DE SALUD

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Igor Rosette Valencia

Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Jesús Felipe González Roldán

Director General de Epidemiología

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Jesús Felipe González Roldán

Director General de Epidemiología

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Cuitláhuac Ruíz Matus

Director General Adjunto de Epidemiología

Dr. Martín Arturo Revuelta Herrera

Director de Información Epidemiológica

Biól. José Cruz Rodríguez Martínez

Director de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades Transmisibles

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

Director de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades No Transmisibles

Dr. Fernando Meneses González

Director de Investigación Operativa
Epidemiológica

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DEL InDRE

Dr. José Alberto Díaz Quiñonez

Director General Adjunto del InDRE

Dra. Carmen Guzmán Bracho

Directora de Diagnóstico y Referencia

QFB. Lucía Hernández Rivas

Directora de Servicios y Apoyo Técnico

ÍNDICE

Introducción.....	9
Marco Legal.....	12
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Mecanismos de vigilancia.....	14
Metodologías y procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA.....	14
Vigilancia epidemiológica	
Situación epidemiológica.....	15
Determinantes de salud.....	16
Definiciones operacionales de caso.....	17
Acciones y funciones por nivel técnico-administrativo.....	19
Acciones de vigilancia en bancos de sangre y laboratorios.....	25
Indicadores de evaluación de vigilancia epidemiológica.....	27
Análisis de la información.....	28
Difusión de la información.....	30
Procedimientos de laboratorio.....	30
Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por VIH.....	35
Capacitación.....	36
Supervisión.....	36
Bibliografía.....	39
Anexos.....	41
Anexo 1. Informe semanal de casos nuevos	
Anexo 2. Formato de Notificación/Estudio epidemiológico de VIH/SIDA (VIH/SIDA -2010-1)	
Anexo 3. Formato de Seguimiento de seropositivos y casos de sida (VIH/SIDA -2010-2)	
Anexo 4. Reporte de causa de Muerte Sujeta a Vigilancia Epidemiológica	

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus).

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, la fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos. Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un periodo que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona seropositiva queda expuesta a diversas enfermedades oportunistas desarrollando la etapa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

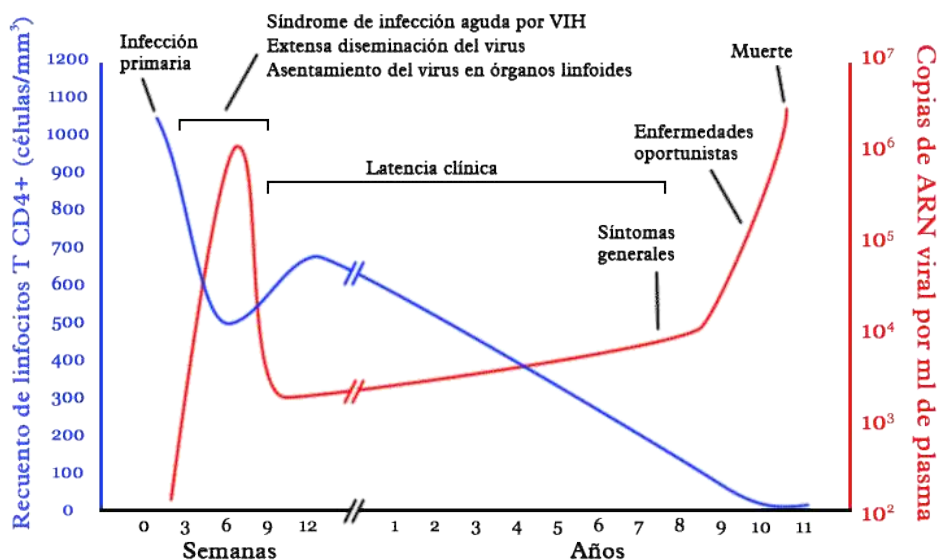
Fase aguda

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son

síntomas compartidos por varias enfermedades. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

Figura 1. Evolución típica de los individuos con infección por el VIH



Fase crónica

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA.

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia.

A pesar de los avances científicos y de los buenos resultados obtenidos con las distintas medidas terapéuticas implementadas la infección por VIH-SIDA continúa siendo un grave problema de salud a nivel mundial y es considerado como un tema prioritario dentro de los Programas de Salud Pública de nuestro país.

Para disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de los pacientes, y disminuir la incidencia de los casos, es de esencial importancia homogenizar los criterios y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de este padecimiento.

En este contexto la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es un elemento fundamental en la lucha contra la enfermedad. Este manual se presenta como un instrumento que permitirá producir información con la calidad adecuada y a través de los análisis realizados, conocer con mayor precisión su distribución y determinantes de riesgos en la población mexicana.

El cumplimiento de los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA establecidos en este Manual es obligatorio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

MARCO LEGAL

En México el VIH/SIDA es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación obligatoria e inmediata, según lo establecido en los artículos 30. fracción XV, 13, apartado A, 133 fracción I y II, 134 fracción XIII, 135, 136, 137, 138 y 139 de la Ley General de Salud y lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica y la NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que en los últimos años han aumentado los conocimientos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de contar con estrategias eficaces de prevención, la epidemia a nivel mundial continúa siendo sumamente dinámica y en aumento. Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento curativo, ni con una vacuna eficaz, motivo por el cual se ha convertido en un reto para los servicios de salud de todo el mundo.

Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus y de ellas han muerto 20 millones. El ONUSIDA informa que, a nivel mundial, menos de una persona de cada cinco en riesgo de infección por el VIH tiene acceso a los servicios de prevención básicos contra esa infección.

Dada la situación anterior, es necesario tener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con información oportuna acerca de la epidemia del VIH/SIDA en México y que asimismo, permita evaluar el impacto de las medidas de prevención y control establecidas.

OBJETIVOS

Objetivo general de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA

Contar con información epidemiológica oportuna y de calidad que permita el análisis y la planeación y evaluación de estrategias de prevención y control de este padecimiento en la población mexicana.

Objetivos específicos

- Homogenizar los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Mejorar la oportunidad de la notificación de los casos.
- Disminuir el subregistro de los casos de VIH/SIDA.
- Establecer indicadores que permitan la evaluación de los procedimientos de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de VIH.
- Garantizar el análisis de la información epidemiológica que permita la identificación de determinantes de riesgos.
- Promover la difusión y uso de la información epidemiológica al Programa de Prevención y Control para la toma de decisiones.
- Implementar el uso de algoritmos sensibles y específicos para el diagnóstico de la infección por VIH.
- Garantizar la oportunidad de los resultados de laboratorio de VIH.

MECANISMOS DE VIGILANCIA

La periodicidad de notificación a partir de la detección de los casos de VIH/SIDA por los médicos tratantes se describe en el cuadro 1.

Cuadro 1. Periodicidad de la Notificación de Casos de VIH/SIDA

Padecimiento	Clave CIE	Periodicidad de Notificación			Sistema Especial
		Inmediata	Diaria	Semanal	
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	Z21	X		X	X
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20-B24	X		X	X

METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA

Las metodologías y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Metodologías y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA

Padecimiento	Clave CIE	Metodologías y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica														
		Vigilancia convencional	Estudio epidemiológico de caso	Estudio de brote	Registros notariales	Búsqueda activa de casos	Red negativa	Vigilancia basada en laboratorio	Vigilancia censal	Vigilancia sindromática	Encuestas	Vigilancia activa de la mortalidad	Autopsias verbales	Vigilancia nosocomial	Dictaminación por grupo de expertos	Evaluación de riesgo
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	Z21	X	X		X	X		X				X	X			
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20-B24	X	X		X			X				X	X			

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Mundial

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó, a finales del 2011, que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.

Aunque el número de nuevas infecciones ha disminuido, los niveles generales de éstas siguen siendo altos. ONUSIDA informó en el Reporte Global de la Epidemia de SIDA 2010, lo siguiente:

- Se estiman 34 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo.
- 15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son menores de 15 años.
- 2.7 millones de personas se infectaron con el VIH en todo el mundo en 2010, y
- 1.8 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA.

El África subsahariana continúa siendo la región más afectada, concentra: 68% de todas las personas que viven con el VIH, 70% de las nuevas infecciones y el 50% de las defunciones relacionadas con el SIDA en 2010.

En América Latina se estiman en 2010: 1.5 millones de personas viviendo con el VIH, 100 mil nuevas infecciones y 67 mil defunciones relacionadas con el SIDA.

Nacional

El modelo 4.47 del Spectrum utilizado por el ONUSIDA, estimó que para finales del 2011 México tendría una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.24 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 18 de noviembre del 2011, existen 152 390 casos de SIDA notificados, 82.2% (125 197) son hombres y 17.8% (27 193) son mujeres; la relación hombre:mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2011 es de 5:1, siendo de 4:1 en los últimos diez años.

La tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100 000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100 000 habitantes. Los estados que concentran el mayor número de casos registrados de SIDA son: Distrito Federal 24 199 (15.9%), México 16 738 (11%), Veracruz 14 048 (9.2%), Jalisco 11 351 (7.4%), Puebla 7 015 (4.6%), Baja California 6 819 (4.5%), Guerrero 6 545 (4.3%), Chiapas 6 417 (4.2%), Oaxaca 5 266 (3.5%) y Nuevo León 4 320 (2.8%).

Los estados que tienen la mayor prevalencia de casos registrados de VIH/SIDA son: Distrito Federal con 1.6 casos por 1 000 habitantes, Quintana Roo 1.5, Yucatán 1.5, Veracruz 1.4, Campe-

che 1.3, Guerrero 1.2, Tabasco 1.1, Morelos 1.0, Baja California 1.0 y Chiapas 0.9 casos por 1 000 habitantes. El grupo de edad de 25 a 44 años concentra el 65.7% de los casos registrados.

En el grupo de 15 a 24 años se observa un incremento del número de casos, en 1990 la incidencia registrada de SIDA fue de 2.3 por 100 000 habitantes del grupo de edad, en el año 2000 de 5.0 y en el 2010 de 4.0, lo anterior refleja un incremento del 117.4% entre el año 1990 y el 2000 y del 74% entre 1990 y el 2010.

De los casos registrados de SIDA en que se conoce la vía de transmisión, 93.8% de los casos corresponden a la vía sexual, 4% a la vía sanguínea (incluye transfusionales, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional) y 2.2% a la vía de transmisión perinatal.

En lo referente a mortalidad, en el 2010 se registraron 4 860 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.5 por 100 000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 44 años, se registraron 3 024 defunciones, con una tasa de mortalidad de 9.2 por 100 000 habitantes del grupo de edad.

En cuanto a sexo, 3 990 defunciones ocurrieron en hombres, con una tasa de mortalidad de 7.5 por cada 100 000 hombres y en mujeres ocurrieron 870 defunciones, con una tasa de mortalidad de 1.6 por cada 100 000 mujeres. La razón hombre:mujer fue de 4 defunciones en hombres por cada mujer.

Los estados que presentaron las mayores tasas de mortalidad son: Tabasco con una tasa de 12.3 defunciones por 100 000 habitantes, seguido por Quintana Roo con una tasa de 9.8, Veracruz 9.4, Baja California 8.1, Nayarit 6.6, Guerrero 6.4, Baja California Sur 6.2, Yucatán 6.2, Tamaulipas 5.7 y Campeche 5.6 defunciones.

DETERMINANTES DE SALUD

La detección de los casos se realizará en las personas en riesgo de adquirir la infección por VIH, así como en aquellas que presenten sintomatología sugestiva de SIDA.

La población en riesgo de adquirir la infección por VIH son:

- a) Aquéllos(as) que realizan prácticas sexuales de riesgo:
- Hombres y mujeres que tienen vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin condón o barrera mecánica de protección.
 - Hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual y realizan prácticas sexuales sin protección.
- b) Compañeros sexuales de:
- Personas con VIH/SIDA.
 - Personas que, a su vez, tienen varios compañeros sexuales.
 - Transfundidos con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.
 - Usuarios de drogas inyectables que comparten agujas o jeringas contaminadas.

- c) Aquéllos(as) expuestos(as) a condiciones de riesgo, diversas de la actividad sexual:
- Transfundidos con sangre o hemoderivados, que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.
 - Usuarios(as) de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.
 - Hijos(as) nacidos(as) de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA.
 - Personal de salud o personas que atienden a pacientes, que tengan o hayan tenido accidentes con material punzo-cortante (cortaduras o punciones) contaminado con sangre o salpicadura de sangre o secreciones de personas con VIH/SIDA.
 - Personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas con sangre, como son las usadas en acupuntura, perforaciones y tatuajes.

Asimismo, se deberá de realizar la detección de VIH en donadores (sangre, órganos, leche materna y células germinales) y en embarazadas.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE CASO

Se considera como una persona seropositiva a VIH:

Aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo.

No se considera a la persona como infectada si:

- a) Sólo una de las pruebas de tamizaje realizadas resultó positiva, o
- b) Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero la prueba suplementaria es negativa.
- c) En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba su plementaria indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y confirmatoria) cada tres meses y al cabo de doce meses un resultado repetidamente indeterminado se considerará como negativo.

Estado de la infección por VIH en niños menores de 18 meses

Las pruebas de tamizaje y suplementaria reactivas no son diagnósticas en este grupo de edad, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno; para hacer el diagnóstico en este grupo se requiere que cumplan con lo siguiente:

Niños menores de 18 meses hijos de madre infectada, que tienen resultados positivos de cultivo viral, RT-PCR, antígeno p24, western blot para IgA o carga viral; o que cumplen con los criterios clínicos de SIDA.

Se considerará que una persona es un “caso de SIDA”, cuando cumpla la siguiente definición:

- a) Sin evidencia de laboratorio de infección por VIH, ya que la prueba no se realizó o sus resultados son indeterminados y en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia y alguno de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía, histopatología o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA (véase lista A del cuadro 3).
- b) Cuando las pruebas de laboratorio para VIH son positivas:
 - Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo (véase lista B del cuadro 3).
 - Uno o más de los siguientes diagnósticos realizados de manera presuntiva no comprobados por microscopía o cultivo (véase lista C del cuadro 3).

Cuadro 3. Categorías clínicas por enfermedades asociadas al SIDA, según circunstancia del diagnóstico

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>. • Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar. • Infección diseminada por <i>M. kansasii</i> o complejo <i>M. avium-intracelulare</i> (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel, o nódulo linfático hilar o cervical). • Infección por <i>Herpes simplex</i>, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración, o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad. • Infección por citomegalovirus de un órgano interno que no sea hígado, bazo o ganglios linfáticos en pacientes con más de un mes de edad. • Toxoplasmosis cerebral en personas/pacientes mayores de un mes de edad. • Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración. • Estrongilosis extraintestinal. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años. • Linfoma primario cerebral en pacientes menores de 60 años. • Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en pacientes menores de 13 años. • Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en pacientes menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia*. • Criptococosis extrapulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoma de Kaposi a cualquier edad. • Linfoma primario cerebral a cualquier edad. • Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad. • Complejo demencial o encefalopatía por VIH. • Síndrome de desgaste. • Tuberculosis pulmonar o extra-pulmonar. • Diseminación extrapulmonar por <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>. • Infección extrapulmonar o diseminada, por micobacterias de otras especies, que no sea lepra. • Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada. • Isosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración. • Coccidioidomicosis diseminada. • Septicemia por salmonella no tifoidea recurrente. • Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores en menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia, neumonía, artritis, meningitis o absceso visceral o cavitario (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de piel o mucosas) causadas por <i>Legionella</i>, <i>Haemophilus</i>, estroptococos (incluyendo <i>S. pneumoniae</i>) o alguna bacteria piógena*. • Episodios recurrentes de neumonía bacteriana. • Cáncer cérvico-uterino invasivo⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>. • Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad. • Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes, de especie indeterminada). • Retinitis por citomegalovirus con pérdida de la visión. • Candidiasis esofágica. • Sarcoma de Kaposi. • Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años*. • Episodios recurrentes de neumonía, con o sin diagnóstico bacteriológico.

Asimismo, se considerará caso de SIDA a toda persona con infección por el VIH que presente un recuento de linfocitos T CD4 = o <200 células/ μ L, independientemente de que presente o no los síntomas de una o varias enfermedades oportunistas.

Defunción

Toda defunción en cuyo certificado de defunción aparezca como causa de muerte VIH, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ACCIONES Y FUNCIONES POR NIVEL TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA deberá estar constituida por cuatro elementos:

- Un sistema de información, definido como el proceso sistemático de detección, notificación, recolección, recuento, clasificación y análisis de los datos de la epidemia de SIDA en la población.
- Recursos humanos instruidos en epidemiología, capaces de documentar la distribución y propagación del VIH/SIDA, detectar y efectuar el seguimiento de casos y realizar el diagnóstico de laboratorio.
- Laboratorios que garanticen el diagnóstico del VIH/SIDA.
- Un sistema de evaluación y supervisión con asesoría técnica en los distintos niveles técnico-administrativos.

De acuerdo con la normatividad vigente, el VIH/SIDA es un padecimiento de notificación obligatoria e inmediata y se aplica a todo el territorio nacional; por ello cualquier servidor de salud que conozca y trate a una persona con VIH o un caso de SIDA deberá notificarlo a la Unidad de Salud de la Secretaría de Salud del área geográfica correspondiente.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA es el resultado de un conjunto de relaciones funcionales, en el cual participan coordinadamente todas las instituciones que conforman el SNS incluyendo los servicios médicos privados.

La coordinación se establece en los siguientes niveles y sus funciones correspondientes son:

Nivel local: Está representado por las unidades médicas (Centros de Salud, Unidades de Medicina Familiar, Hospitales, clínicas, CAPASITS, Institutos de Salud) y sus funciones son:

- Detección de los casos, la cual se realizará en las personas en riesgo de adquirir la infección por VIH, en aquellas que presenten sintomatología sugestiva de SIDA, en donadores (sangre, órganos, leche materna y células germinales) y en embarazadas.
- Obtención de muestras de laboratorio, se le solicitará con previo consentimiento informado la realización de los estudios de laboratorio correspondientes para la confirmación o descarte del padecimiento, según lo establecido en las definiciones operacionales de caso.
- El procesamiento de las muestras para diagnóstico de VIH se realizará en los laborato-

rios que forman parte de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, conforme a los lineamientos emitidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

- La entrega del resultado al paciente debe ser en forma individual, por personal capacitado o, en su defecto, se debe enviar en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes desempeñen la patria potestad o el cargo de tutor.
- Ofrecer el servicio de consejería a toda persona a quien se entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado, y favorecer su adaptación a la nueva situación.
- Ante la identificación de un caso confirmado de infección por VIH asintomático o SIDA, el médico tratante o epidemiólogo, deberá notificar por la vía más rápida en un plazo no mayor de 24hrs. a la jurisdicción sanitaria correspondiente y de forma simultánea al nivel estatal y a la Dirección General de Epidemiología (DGE), la presencia del caso.
- Deberá registrar el caso en la hoja diaria del médico y notificarlo en el Informe Semanal de Casos Nuevos "SUIVE-1" (Anexo 1) y asimismo, deberá llenar el formato de Notificación y Estudio Epidemiológico de VIH/SIDA "VIH/SIDA2010-1" (anexo 2).
- El estudio epidemiológico deberá de ser enviado por la unidad médica a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, en sobre cerrado, con sello de confidencial, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, garantizando la confidencialidad de la información contenida en éste, o en su caso el estudio epidemiológico será capturado en el sistema electrónico correspondiente establecido por la DGE para este fin.
- Ante la detección de un caso de VIH/SIDA con probable o confirmada vía de transmisión postransfusional, el médico responsable notificará de forma inmediata a la unidad de vigilancia epidemiológica correspondiente y de forma simultánea a la jurisdicción sanitaria, al nivel estatal y a la DGE a través del sistema NOTINMED la presencia del caso, para la realización de la investigación correspondiente y el establecimiento de medidas de prevención y control, así como la confirmación o descarte de la vía de transmisión, según lo establecido en este manual.
- Realizar el estudio de contactos según lo establecido en este manual.
- Se respetarán los derechos del individuo y la garantía de la confidencialidad de la información proporcionada.
- Las unidades médicas del SNS o CAPASITS de la Secretaría de Salud serán los responsables del seguimiento clínico de los casos hasta su clasificación final, según lo establecido en la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control del VIH/SIDA.

Nivel Jurisdiccional o Delegacional: El responsable de epidemiología en la Jurisdicción Sanitaria se encargará de:

- Difundir de forma interinstitucional y a todas las unidades médicas bajo su área de influencia el Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.

- Verificar el cumplimiento de los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- Supervisar o verificar la realización de los estudios epidemiológicos y en su caso apoyar en la realización de los mismos.
- Concentrar y revisar la calidad de la información contenida en los estudios epidemiológicos de las unidades médicas del sector salud que se encuentren bajo su área de responsabilidad.
- Ante la identificación de un caso con probable vía de transmisión postransfusional realizará o verificará la notificación inmediata al nivel estatal y de forma simultánea a la DGE a través del sistema NOTINMED y realizará la investigación correspondiente para el establecimiento de medidas de prevención y control y la confirmación o descarte de la vía de transmisión, según lo establecido en el apartado correspondiente de estos lineamientos.
- Garantizará y supervisará la captura de los estudios epidemiológicos en el sistema electrónico correspondiente establecido por la DGE para este fin. En las situaciones que en la jurisdicción sanitaria no cuente con los recursos para la realización de la captura de la información, los estudios epidemiológicos serán enviados al nivel estatal para su captura, siempre garantizando la confidencialidad de la información.
- La base de datos de los casos nuevos de VIH/SIDA o en su caso los estudios serán enviados al nivel estatal de forma semanal.
- Apoyará la realización del estudio de contactos, según lo establecido en el apartado correspondiente de estos lineamientos.
- Mantener estrecha coordinación con el laboratorio de referencia correspondiente, con el fin de garantizar resultados de laboratorio en forma oportuna para la confirmación o descarte del diagnóstico VIH/SIDA.
- Recabará los estudios epidemiológicos de todos los casos en los que se obtenga resultados confirmatorios de VIH en el laboratorio de referencia.
- Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria.
- Recibirá los certificados de defunción de las muertes en cuyo certificado de defunción en el apartado I o II se encuentre registrado “infección por virus de la inmunodeficiencia humana o SIDA” según los códigos establecidos en la CIE-10^a Revisión.
- Verificará que las defunciones se encuentren como casos en el registro de VIH/SIDA, actualizará la evolución de los casos y notificará de forma trimestral en el formato VIH/SIDA-2010-2 (Anexo3) el seguimiento de los casos de SIDA y de forma semestral el seguimiento de los seropositivos a VIH.
- Realizará la ratificación/rectificación (Anexo 4) de las defunciones por VIH/SIDA registradas en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones (SEED), de acuerdo a los lineamientos de vigilancia epidemiológica de las defunciones.
- Participará en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.
- Realizará el análisis de la información generada por el sistema y la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA y presentará los resultados en el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (CoJuVE).
- Realizará la difusión de la información epidemiológica de VIH/SIDA generada por las

instituciones que integran la jurisdicción sanitaria.

- Realizará supervisión y asesoría a las unidades de vigilancia epidemiológica del nivel local a efecto de identificar problemas en los procedimientos de vigilancia epidemiológica, para la corrección inmediata de los mismos.

Nivel estatal: El responsable de epidemiología en el Nivel estatal se encargará de:

- Difundir de forma interinstitucional el Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.
- Verificar el cumplimiento de los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- Concentrar las bases de datos con la información de los estudios epidemiológicos de los casos nuevos de VIH/SIDA notificados por las jurisdicciones sanitarias, o en su caso garantizar y supervisar la captura de los estudios epidemiológicos en el sistema electrónico establecido para este fin.
- Enviar a la Dirección General de Epidemiología de forma semanal la base de datos estatal de los casos nuevos de VIH/SIDA.
- Supervisar que el estudio de contactos de los casos de VIH/SIDA se realice según lo establecido en el apartado correspondiente de este manual.
- Mantener estrecha coordinación con el Laboratorio Estatal de Salud Pública, con el fin de garantizar resultados de laboratorio en forma oportuna para la confirmación o descarte del diagnóstico de VIH/SIDA.
- Verificar que se cuente con los estudios epidemiológicos de todos los casos en los que se obtengan resultados confirmatorios de VIH en los laboratorios que forman parte de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.
- Verificar que se realice el seguimiento de los casos de VIH/SIDA hasta su clasificación final.
- Supervisar que se realice la validación de las defunciones registradas en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de la Defunciones en el registro de casos de VIH/SIDA, actualizar la evolución de los casos y notificar este seguimiento a la DGE de forma trimestral en el formato VIH/SIDA-2010-2 (Anexo 3). El seguimiento de los casos de SIDA se realizará de forma trimestral y de forma semestral el seguimiento de los seropositivos a VIH.
- Supervisar la realización de la ratificación/rectificación de las defunciones por VIH/SIDA (Anexo 4) registradas en el SEED.
- Participar en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.
- Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA en el estado.
- Realizar la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA.
- Presentar en el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) la situación epidemiológica del VIH/SIDA y los resultados de los indicadores de vigilancia epidemiológica.
- Realizar la supervisión y asesoría al nivel jurisdiccional y local a efecto de identificar problemas en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA para la corrección inmediata de los mismos.
- Gestionar los recursos necesarios para garantizar el análisis de información epidemiológica.

- gica del VIH/SIDA.
- Realizar la difusión de la información epidemiológica de VIH/SIDA generada en el estado.

Nivel nacional: El responsable de epidemiología en el Nivel nacional se encargará de:

- Normar los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- Realizar la actualización o ratificación de los procedimientos de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA de forma anual.
- Recibir, concentrar, validar y analizar de forma semanal la información epidemiológica de los casos nuevos de VIH/SIDA notificados por las 32 entidades federativas.
- Mantener actualizado el seguimiento de los casos vivos de VIH/SIDA.
- Mantener estrecha coordinación con el InDRE con el fin de garantizar en la RNLSP resultados de laboratorio oportunos, para la confirmación o descarte del VIH/SIDA.
- Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA en el estado.
- Realizar la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA de las 32 entidades federativas.
- Presentar en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE) la situación epidemiológica del VIH/SIDA, identificar problemas y reorientar actividades de vigilancia epidemiológica.
- Difundir de forma interinstitucional el Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA y la información epidemiológica genera a través del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Asesorar y supervisar las actividades de vigilancia epidemiológica en todos los niveles técnico-administrativos.
- Capacitar al personal en salud en materia de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.

Estudio de contactos de personas viviendo con VIH y casos de SIDA

La vigilancia epidemiológica de los contactos constituye una de las actividades importantes, cuyo propósito es incidir tempranamente para reducir el riesgo de contagio a otras personas y mejorar su calidad de vida mediante la intervención de un tratamiento médico oportuno.

El estudio de contactos sólo se debe realizar si hay libre consentimiento de la persona con VIH/SIDA, respetándose su voluntad de no proporcionar información. Cuando la persona sea mayor de edad, se obtendrá la información directamente de él. En el caso de menores de edad, se puede obtener la información del padre, la madre, tutor o representante legal.

Para el estudio de contactos de los casos del VIH/SIDA se pueden adoptar otras modalidades, como:

- Apoyar al paciente para que él mismo informe a sus contactos para que asistan a la unidad médica.
- Informar a los contactos, con el consentimiento del paciente.

En caso de que el paciente prefiera que la notificación sea realizada por el personal de salud, el epidemiólogo o el médico responsable solicitarán que de manera voluntaria y confidencial proporcio-

ne los nombres y domicilios de sus contactos. En el caso de que el paciente no acceda a notificar sus contactos, ya sea de manera personal o por el personal de salud; esta decisión debe constar en el expediente y deberá ser firmada por el paciente.

El epidemiólogo o personal responsable, en colaboración con el médico que identificó el caso, deberá de realizar el estudio de contactos en el centro de salud o la unidad médica correspondiente.

El estudio de los contactos comprende:

- Estudiar los contactos sexuales durante los cinco años previos a la fecha probable de infección.
- Estudiar a quienes le hayan donado o a quienes el paciente haya donado sangre, órganos, tejidos y células germinales, durante los cinco años previos a la fecha probable de infección.
- Identificar a las personas con quienes haya compartido el uso de agujas y jeringas, en cinco años previos a la fecha probable de infección.
- Estudiar a los hijos nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad.
- En menores de cinco años debe descartarse mediante investigación del estado serológico de la madre, la transmisión perinatal del virus. Es frecuente que el niño inicie con la sintomatología asociada a la infección por VIH, mientras que la madre se encuentra aún asintomática, por lo que ante un caso de SIDA en un niño deberá investigarse el estado serológico de los padres.

Se proporcionará a los contactos:

- Asesoría sobre las implicaciones de haber estado expuesto a la infección o la probabilidad de estar infectado.
- Prueba de detección de anticuerpos anti-VIH en forma voluntaria, anónima y confidencial.
- Asesoría previa y posterior a la realización de la prueba.
- Referencia para su atención médica y psicológica en caso de requerirla.
- En caso de confirmarse como VIH positivo o caso de SIDA, seguirá los procedimientos mencionados anteriormente.

La información del estudio de contactos deberá de ser registrada en el apartado de "Contactos" del formato de Notificación/Estudio Epidemiológico de VIH/SIDA 2010-1.

Ante la identificación de un caso confirmado de VIH/SIDA en los contactos, se realizará el estudio epidemiológico correspondiente y la notificación del mismo, siguiendo los procedimientos establecidos en estos lineamientos.

Cuando sea necesaria la visita en el domicilio de una persona con VIH, para dar o solicitar información, no se debe mencionar el diagnóstico de VIH/SIDA, bajo circunstancia alguna, a otra persona que no sea al paciente. En caso de que el paciente haya fallecido, sólo se debe solicitar información al médico tratante y a quien elaboró el certificado de defunción.

ACCIONES DE VIGILANCIA EN BANCOS DE SANGRE Y LABORATORIOS

Los bancos de sangre y laboratorios son una fuente de información fundamental para realizar la detección y el seguimiento de los casos hasta su confirmación o descarte, por lo que:

- De forma semanal, todo banco de sangre y laboratorio sean públicos o privados notificarán al área de vigilancia epidemiológica de la jurisdicción sanitaria correspondiente: el número de pruebas de tamizaje realizadas para el diagnóstico de VIH, el número de pruebas reactivas y el nombre, domicilio y derechohabencia de todos los individuos a quienes la prueba de tamizaje haya resultado reactiva.
- La notificación se deberá de realizar en sobre cerrado, con sello de confidencial, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, garantizando la confidencialidad de la información contenida en éste.
- Los responsables de los bancos de sangre garantizarán la entrega de una copia de la historia clínica que se realiza a toda persona que acude a donar y en la que se obtenga prueba de ELISA reactiva, para la identificación y localización de las personas por las áreas de vigilancia epidemiológica.
- El responsable del banco de sangre verificará la recepción del informe en el área de vigilancia epidemiológica correspondiente, según el nivel técnico administrativo en donde se encuentre localizado.

Ante la identificación de un caso reactivo el banco de sangre:

- Designará una persona responsable que se encargará de informar los resultados reactivos a las personas, previa consejería según lo establecido en la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Canalizará a la persona con prueba de tamizaje reactiva a la unidad médica correspondiente, para la confirmación o descarte del padecimiento.

Las áreas de vigilancia epidemiológica:

- Recibirán el informe semanal de las pruebas de tamizaje de los bancos de sangre y laboratorios.
- Identificarán las personas reactivas a anticuerpos para VIH.
- Revisarán si estas personas se encuentran ya registradas como casos de VIH o SIDA.
- Si las personas no están registradas aún como caso de VIH/SIDA, notificarán a la institución de derechohabencia bajo los términos de confidencialidad ya mencionados, el nombre de la persona e historia clínica proporcionada por el banco de sangre para que se dé el se-

- guimiento correspondiente y se verifique la confirmación o descarte de infección por VIH.
- Para los casos sin derechohabencia el área de vigilancia epidemiológica verificará que las personas hayan sido referidas a la clínica de atención especializada o CAPASITS de la Secretaría de Salud, para su confirmación o descarte.
- Garantizará que los casos que sean confirmados como VIH o SIDA sean notificados siguiendo los procedimientos ya mencionados.

Ante la presencia de casos VIH/SIDA secundarios a probable vía de transmisión pos-transfusional; el banco de sangre, la unidad médica, laboratorio o personal de salud, deben notificar de forma inmediata por la vía más rápida al área de vigilancia epidemiológica correspondiente la presencia del caso o casos y de forma simultánea a los responsables de vigilancia epidemiológica jurisdiccional, estatal y a la Dirección General de Epidemiología.

Los responsables de vigilancia epidemiológica y del banco de sangre, implementarán las medidas correctivas y preventivas necesarias, realizarán la investigación correspondiente que consistirá en:

- a) Realizar el estudio epidemiológico para identificar los factores de riesgo y poder descartar otra posible vía de transmisión. En caso de considerarse la vía pos-transfusional se debe identificar el número de transfusiones que recibió la persona, la fecha de cada una y la procedencia de las unidades transfundidas, para llevar a cabo las acciones apropiadas de vigilancia epidemiológica.
- b) Investigar si el banco de sangre en donde se obtuvieron los componentes sanguíneos cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-2010, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- c) Solicitar una supervisión al banco de sangre por el área de regulación sanitaria correspondiente, con el fin de poder identificar falta de cumplimiento en los procedimientos establecidos en la normatividad vigente.
- d) En los casos en los que se tenga identificado el donador portador de VIH, identificar el cien por ciento de los componentes sanguíneos obtenidos del donador y el destino final de cada uno de éstos, incluyendo receptores.
- e) En el caso de existir aún componentes sanguíneos de esta donación, no utilizarlos y mantenerlos bajo estricto resguardo.
- f) Llevar a cabo la investigación epidemiológica correspondiente para identificar otros casos de VIH posiblemente asociados al donador.
- g) Investigar al donador para determinar donaciones previas y factores de riesgo (vida sexual activa, antecedentes transfusionales, uso de drogas intravenosas, entre otros).
- h) Llevar a cabo los estudios epidemiológicos correspondientes del o los casos de VIH asocia-

dos al donador.

- i) Notificar los estudios epidemiológicos a la jurisdicción sanitaria correspondiente, siguiendo los niveles técnico-administrativos correspondientes establecidos en estos lineamientos.
- j) Llevar a cabo un informe por escrito del o los casos en estudio que confirme o descarte la vía de transmisión pos-transfusional y enviarlo a la DGE.
- k) El donador y el caso confirmado, deberán enviarse para su evaluación integral y tratamiento correspondiente al servicio especializado de atención de VIH/SIDA de la institución que le corresponda.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La evaluación de los indicadores se realizará en todos los niveles técnico-administrativos de forma trimestral y cuando así se requiera por la situación epidemiológica de forma mensual

Vigilancia epidemiológica:

INDICADOR	VALOR	CONSTRUCCIÓN
Notificación de Casos	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60	$\frac{\text{Casos nuevos de VIH/SIDA notificados a la DGE en menos de 10 días hábiles posteriores a su fecha de diagnóstico}}{\text{Total de casos de VIH/SIDA notificados en el periodo}} \times 100$
Calidad de la información	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60	$\frac{\text{Número de casos de VIH/SIDA con información en al menos 32 variables seleccionadas}}{\text{Número de casos notificados en el periodo}} \times 100$
% de Concordancia de defunciones registradas en el RN VIH/SIDA VS SEED	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60	$\frac{\text{Número de defunciones en el registro nacional de VIH/SIDA en el periodo}}{\text{Número de defunciones registradas por VIH/SIDA en el SEED en el mismo periodo}} \times 100$
% de Concordancia de casos de TB registradas en el RNSIDA VS SVTB	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60	$\frac{\text{Número de casos de SIDA con TB notificados en el Registro Nacional de SIDA en el periodo}}{\text{Número de casos de TB que tengan como enfermedad asociada VIH/SIDA en la plataforma de TB, en el mismo periodo}} \times 100$

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información epidemiológica debe integrarse en un diagnóstico situacional, en cada uno de los niveles técnico-administrativos y será actualizada en forma permanente para su uso en la planeación y evaluación de las acciones de prevención y control.

El nivel de especificidad del análisis dependerá del nivel de información que se tenga, de la desagregación que se requiera y del nivel técnico-administrativo que se encuentre realizando dicho análisis.

El análisis mínimo a desarrollar de la información generada por el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA por nivel técnico-administrativo deberá de incluir:

Nivel local

Unidades de primer nivel

- Casos y defunciones.
- Caracterización Clínica de los casos.
- Muestras tomadas.
- Resultados de laboratorio.
- Casos en tratamiento antirretroviral.

Unidades de segundo nivel

- Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).
- Características clínicas de los casos.
- Tasa de mortalidad.
- Tasa de letalidad.
- Casos en tratamiento antirretroviral.
- Sobrevida de los casos.
- Muestras tomadas.
- Resultados de laboratorio.

Nivel jurisdiccional

- Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, estado actual, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).
- Características clínicas de los casos.
- Institución notificante.
- Tasa de mortalidad.
- Tasa de letalidad.
- Casos en tratamiento antirretroviral.
- Curvas: epidémicas por semana epidemiológica, mes y/o año, porcentaje de positividad de los casos detectados.

- Calidad del llenado de los estudios de caso de VIH/SIDA.
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especial).
- Acuerdos establecidos en el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (CoJUVE) para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y cumplimiento de los mismos.
- Informes de supervisiones realizadas y acciones correctivas ante omisiones detectadas en los procedimientos de vigilancia.

Nivel estatal

- Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, estado actual, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).
- Características clínicas de los casos.
- Institución notificante.
- Tasa de mortalidad.
- Tasa de letalidad.
- Casos en tratamiento antirretroviral.
- Curvas: epidémicas por semana epidemiológica, mes y/o año, porcentaje de positividad de los casos detectados.
- Calidad del llenado de los estudios de caso de VIH/SIDA.
- Calidad de la base de datos.
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especial).
- Acuerdos establecidos en el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y cumplimiento de los mismos.
- Informes de supervisiones realizadas y acciones correctivas ante omisiones detectadas en los procedimientos de vigilancia.

Nivel federal

- Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, estado actual, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).
- Características clínicas de los casos.
- Institución notificante.
- Tasa de mortalidad.
- Tasa de letalidad.
- Curvas: epidémicas por semana epidemiológica, mes y/o año, porcentaje de positividad de los casos detectados.
- Calidad del llenado de los estudios de caso de VIH/SIDA.
- Calidad de la base de datos.
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.

- Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especial).
- Acuerdos establecidos en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE) para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y cumplimiento de los mismos.
- Informes de supervisiones realizadas y acciones correctivas ante omisiones detectadas en los procedimientos de vigilancia.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información resultado de la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA debe difundirse a través de reportes impresos o electrónicos que favorezcan su accesibilidad, como en el boletín epidemiológico semanal, páginas web y otros que defina el estado, los medios mínimos a considerarse se describe en el cuadro 3.

Cuadro 3. Medios para la Difusión de la información de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA

Padecimiento	Clave CIE	Medios de Difusión				
		Semanal	Anual	Monografías	Panorama mensual	Reporte de encuestas
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	Z21	x	x	x	x	x
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20-B24	x	x	x	x	x

Se deberá proteger los datos personales de las personas con VIH/SIDA, de acuerdo a los principios que establece la Ley Federal de Transparencia de Acceso a la Información Pública Gubernamental.

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

Pruebas diagnósticas

Realizar el diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en forma adecuada y oportuna, es el primer paso para la implementación de una serie de intervenciones, que permitan realizar una adecuada vigilancia epidemiológica, evitar la rápida progresión de la enfermedad en la persona y el control del tratamiento antirretroviral, entre otras.

En la actualidad existen un gran número de pruebas de tamizaje, por lo cual es muy importante la selección de estos métodos con base en el objetivo de la detección.

Los principales objetivos de las pruebas de detección son:

Vigilancia epidemiológica

- a) Diagnóstico de la infección por VIH, principalmente en poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad.
- b) Seguir la evolución de la prevalencia y de las tendencias de la infección por VIH en el trans-

curso del tiempo en una determinada población.

Seguridad de la sangre y sus derivados utilizados en transfusiones. Tamizaje de la sangre y de los productos sanguíneos.

Recientemente se ha incrementado el uso de pruebas rápidas, que son de gran utilidad para la detección de individuos infectados, particularmente en poblaciones de difícil acceso, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el uso de estas pruebas para el tamizaje de la sangre de los donantes en centros de transfusión sanguínea y bancos de sangre.

El diagnóstico de la infección por VIH generalmente se realiza por métodos indirectos, demostrando la presencia de anticuerpos contra el VIH-1/2. La presencia de anticuerpos es consecuencia de la respuesta humoral de la persona contra el virus y se presenta en el 100% de los casos. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, estos anticuerpos no tienen un efecto protector, pero estarán presentes durante toda la vida de la persona.

También puede utilizarse métodos directos para el diagnóstico, es decir aquellos que detectan al virus, sus antígenos o su material genético, entre ellos tenemos el cultivo viral, que es costoso, requiere mucho tiempo e instalaciones especiales, la detección de antígenos virales, (antígeno p24), que son métodos poco sensibles y la detección del genoma viral por RT-PCR, PCR tiempo real o la detección de ADN proviral.

Selección de la muestra

En la selección del tipo de muestras que se utilizarán en las pruebas de diagnóstico se debe considerar el método de obtención de las mismas, la infraestructura para su obtención y la situación para aplicar las pruebas, con la finalidad de evitar el retraso en la entrega de resultados.

Suero y plasma

Se usan muestras de suero o plasma para las pruebas convencionales y rápidas de detección del VIH y para la prueba confirmatoria. Requiere la extracción de sangre por punción venosa con el uso de agujas de seguridad para toma múltiple con soporte y tubos de recolección estériles (tubos con vacío), además, será necesario centrifugar la sangre total para separar el suero y el plasma de los eritrocitos.

Sangre total por punción dactilar

Para el caso de las pruebas rápidas, la mayoría funcionan con muestras de sangre total obtenidas por punción dactilar. Este tipo de muestra se puede obtener con facilidad, no necesita de equipo adicional y puede ser tomada por cualquier miembro del personal debidamente capacitado. Sin embargo, toda prueba rápida reactiva debe de ser confirmada por un ELISA y Western blot.

Fluido oral y otros fluidos

En la actualidad existen pruebas rápidas que utilizan otros líquidos corporales para la detección del VIH, como el fluido oral (líquido crevicular) que están disponibles en México y que presentan buen desempeño.

Procedimientos para toma y manejo de muestras:

Material para la toma de muestras de sangre:

- Torundas,
- Aguja de seguridad para toma múltiple,
- Soporte de seguridad para aguja,
- Tubo con gel separador,
- Alcohol 96°, ligadura, guantes, bata y lentes de seguridad.

Material para el envío de muestras:

- Contenedor primario (recipiente irrompible),
- Contenedor secundario (hielera),
- Geles congelantes,
- Material absorbente,
- Contendor terciario (caja de cartón),
- Etiquetas, material de empaque, cinta canela, folder en bolsa de plástico conformato único para el envío de muestras biológicas y oficio de solicitud de los estudios requeridos.

Procedimientos para la Toma de muestra.

De acuerdo a lo descrito en el Manual para Toma, Manejo y Envío de Muestras del InDRE (REMU-MA-01).

Análisis de las muestras. De acuerdo a lo descrito en el método específico (VIHU-M-01, VIHU-M-02, VIHU-M-03) de los lineamientos para la aplicación del algoritmo por laboratorio para diagnóstico de VIH, 2012 del InDRE.

Transporte de las muestras. De acuerdo a lo descrito en el Manual para Toma, Manejo y Envío de Muestras del InDRE (REMU-MA-01).

Criterios de aceptación

La muestra de plasma/suero debe tener un volumen de por lo menos 1 ml y debe estar entre 2°-8°C, oficio de solicitud, resumen de la historia clínica y el formato único para el envío de muestras biológicas.

Todas las muestras deberán de estar codificadas con datos no relacionados al nombre de la persona, RFC o CURP.

Criterios de rechazo

Muestras hemolizadas, contaminadas o lipémicas, en volumen menor a 500 µl, información incompleta o errónea (falta de formatos o información discordante).

Descripción del proceso de laboratorio

Tipo de muestra	Método de toma de muestra	Medio/Contenedor/Forma de envío	Tiempo de procesamiento de resultados	Técnica
Suero/Plasma	Flebotomía	Triple embalaje 2°C – 8°C	72 hrs.	Quimioluminiscencia
Suero/Plasma	Flebotomía	Triple embalaje 2°C – 8°C	72 hrs.	ELISA
Suero/Plasma	Flebotomía	Triple embalaje 2°C – 8°C	72 hrs.	Western Blot

Métodos de diagnóstico utilizados

Los métodos más utilizados son las pruebas inmunoenzimáticas (ELISA) o combinaciones de éstas con pruebas rápidas. La elección de la estrategia y la selección de las pruebas dependerán de la calidad de éstas y de otras consideraciones de orden práctico relacionadas con la aplicación y la logística así como también de un análisis de los beneficios en función de los costos.

La calidad de los métodos utilizados se encuentra en función de la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos positivo y negativo. La sensibilidad de un método, es la capacidad de un método para identificar concentraciones pequeñas de anticuerpos, en tanto que la especificidad corresponde a la capacidad del método para identificar correctamente los anticuerpos contra el VIH. Con estos parámetros se determina la exactitud de una prueba para distinguir un individuo infectado de otro no infectado y ambos dependen de las características propias de la prueba que se emplee. Con un reactivo de sensibilidad y especificidad conocidas, la probabilidad de que el resultado determine con precisión si una persona está o no infectada (valor predictivo), variará según la prevalencia de la infección por el VIH en la población en estudio. A mayor prevalencia disminuye la proporción de falsos positivos, mientras que aumenta la proporción de falsos negativos. Los valores predictivos indicarán la posibilidad de que una muestra determinada como positiva o negativa corresponda verdaderamente a que el sujeto en estudio esté infectado o no.

Será fundamental que las pruebas que se utilicen en los algoritmos tengan una sensibilidad y especificidad de por lo menos el 99%. La mayoría de las que existen en el mercado, tanto pruebas inmunoenzimáticas como pruebas rápidas de diagnóstico del VIH, satisfacen estos criterios.

Una de las responsabilidades del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (In-DRE), es la evaluación del desempeño de los métodos disponibles en el mercado, con la finalidad de garantizar la calidad de las pruebas que utiliza la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública

(RNLS) y del sector salud. Se recomienda realizar estas evaluaciones comparativas análogas de algunos estuches de las pruebas seleccionadas en el ámbito nacional o regional con antelación a la definición de los algoritmos nacionales de diagnóstico.

Diagnóstico por medio de anticuerpos

El diagnóstico del VIH en la mayor parte del mundo se realiza a través de la detección de anticuerpos contra VIH utilizando métodos inmunoenzimáticos (ELISA o EIA), pruebas rápidas y confirmado con Western blot.

La mayoría de las pruebas de tamizaje se basan en el principio de ELISA o EIA (por sus siglas en inglés *enzymelinkedimmunosorbentassay*). Estas pruebas son lo suficientemente sensibles como para evitar resultados falsos negativos y además tienen la capacidad de detectar varios subtipos del VIH. El tiempo que tardan en realizarse varía entre 2 a 6 horas.

El resultado de estas pruebas se considera como reactivo o no reactivo, y nunca deberá ser considerado como una prueba única para el diagnóstico de infección por VIH.

Las pruebas rápidas de detección del VIH también detectan anticuerpos utilizando técnicas como inmunocromatografía o aglutinación en partículas de látex, y al igual que las pruebas de ELISA deben ser confirmadas. Este tipo de pruebas no se deben considerar para demostrar la circulación de VIH -2.

Existen situaciones como inmunizaciones, enfermedades autoinmunes, vacunas, etc., en las cuales es posible obtener resultados falsos positivos. Considerando lo anterior, los resultados deben expresarse como "reactivos" y no como positivos y con ello evitar equivocaciones y por tal motivo deberán ser nuevamente evaluados con una prueba confirmatoria.

Un resultado reactivo no significa que la persona está infectada por el VIH.

Western Blot

Esta prueba se utiliza para confirmar si una persona está infectada por el VIH cuando las pruebas de ELISA han sido reactivas.

En esta prueba, las proteínas del VIH se encuentran en una tira de nitrocelulosa separadas de acuerdo a su peso molecular y es posible identificar anticuerpos contra cada una de ellas.

Para la interpretación del resultado del WB, se han establecido diferentes criterios por los diferentes organismos internacionales líderes en salud, en la mayoría un resultado positivo será cuando existan 2 bandas de diferentes genes de las principales proteínas o glicoproteínas del VIH. Solo hasta obtener un Western blot positivo se puede afirmar que la persona está infectada por el VIH.

Diagnóstico por medio de ácidos nucleicos

Los métodos más utilizados son la determinación del RNA viral y DNA proviral. Estas pruebas son utilizadas para establecer el diagnóstico en hijos de mujeres portadoras del VIH y en casos donde no se pueda establecer el diagnóstico con las pruebas de anticuerpos, pero únicamente en centros donde exista personal calificado para su interpretación.

En todos los casos es necesario que la persona que se realice la prueba para el diagnóstico del VIH reciba consejería, información sobre la infección y firmar un consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.

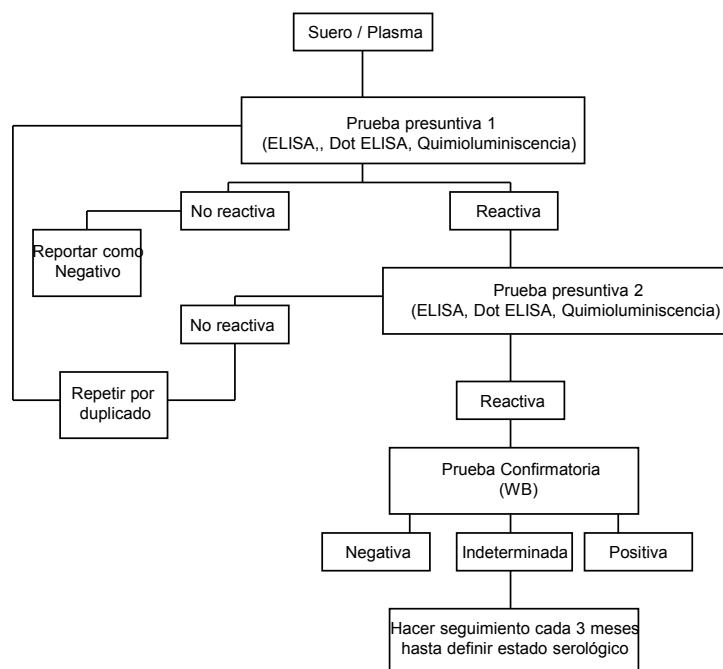
Selección del algoritmo

La Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA recomiendan considerar 3 puntos para elegir el algoritmo:

- Objetivo de la prueba
- Sensibilidad y especificidad de las pruebas
- Prevalencia del VIH en la población.

En México se utiliza el algoritmo III, que es el recomendado para poblaciones donde la prevalencia es menor o igual al 10% en personas asintomáticas. En este algoritmo se requieren de 3 pruebas, dos de tamizaje y una confirmatoria. En México la prevalencia de la infección en población general es menor del 1% al igual que en el grupo de mujeres, pero en grupos de mayor vulnerabilidad la prevalencia puede elevarse hasta un 15%.

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR EL VIH



CAPACITACIÓN

Se deberá realizar al menos una capacitación anual de actualización al personal que realice actividades de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en el nivel local, jurisdiccional y estatal y a todo personal de nuevo ingreso deberá otorgarse un curso de inducción al puesto que incluya al menos, los siguientes aspectos:

- Generalidades de vigilancia epidemiológica.
- Normatividad vigente de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- Panorama epidemiológico.
- Procedimientos para la notificación y seguimiento de los casos.
- Procedimientos de diagnóstico de laboratorio
- Manejo de bases de datos.
- Análisis de la información.
- Indicadores de evaluación.

Se deberá realizar una evaluación escrita a cada participante, previa y posterior al desarrollo del curso.

Su periodicidad será definida acorde a la problemática de las enfermedades en la región, pero mínimamente se realizará una vez por año.

El Programa de Capacitación (incluyendo la Carta Descriptiva y la Evaluación al participante) deberá contar con el aval del área de Enseñanza y Capacitación del nivel correspondiente y el curso constará en las actas de dicha área.

SUPERVISIÓN

La supervisión es un proceso planificado y organizado de carácter formativo, de ayuda, asesoría y orientación; su objetivo principal es vigilar que las actividades para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se realicen acorde a los lineamientos vigentes.

El análisis de la problemática de los procedimientos de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA por los responsables de las unidades de vigilancia epidemiológica en todos los niveles operativos, deberá definir las necesidades de supervisión y como resultado se elaborará un Programa de Supervisión anual.

Etapas de la supervisión:

- Diagnóstico de la situación epidemiológica: Comprende la obtención de toda la información epidemiológica del VIH/SIDA de las unidades a supervisar, la verificación de la información obtenida de las unidades, así como la evaluación de los indicadores de vigilancia correspondientes.
- Planeación: Consiste en la elaboración del plan de trabajo que incluye, entre otros aspectos,

las actividades a realizar, responsables en los diferentes niveles, cronograma y áreas o unidades a supervisar.

- **Ejecución:** Es el proceso propiamente de interacción en el cual se interactúa con los supervisados y se coteja la información obtenida en cada nivel de supervisión.
- **Informe de supervisión:** Todas las actividades encontradas, ya sea de buen o inadecuado funcionamiento, deben quedar plasmadas en informe escrito que deberá ser signado de conformidad. En dicho informe deberá quedar plasmados los acuerdos y compromisos derivados de la misma, precisándose los responsables y tiempos de ejecución

Para la realización de la supervisión debe contarse con Guías de supervisión para cada nivel técnico-administrativo. El contenido general de las guías debe incluir verificación de:

1. Cumplimiento de normatividad
2. Estructura y Equipamiento
3. Organización y Coordinación
4. Vigilancia epidemiológica
5. Laboratorio
6. Sistemas de información
7. Coordinación
8. Análisis de información y proceso de inteligencia epidemiológica
9. Capacitación
10. Difusión
11. Supervisión

Los resultados de la supervisión y acuerdos establecidos deberán ser del conocimiento y seguimiento de los comités de vigilancia epidemiológica de cada uno de los niveles técnico administrativos, instancias que deberán dar seguimiento al cumplimiento de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA-2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
3. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM -017- SSA-2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
4. Manual para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, Secretaría de Salud, edición 1998.
5. Manual de técnicas de Laboratorio. Vol. 1 Virología y Bacteriología. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, Secretaría de Salud. ISBN: 968-811-483-9
6. Pruebas para la Detección del VIH y Control de Calidad. Guía para el Personal de Laboratorio AIDSTECH, Family Health International ISBN: 0-939704-07-2
7. Laboratory Methods for the Diagnosis of Sexually Transmitted Diseases 2nd ed. American Public Health Association. ISBN: 0-87553-203-9
8. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010, MMWR Dec 17 2010, Vol. 59. No. RR -12 (RR5912).
9. Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2010, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en: http://www.who.int/hiv/pub/global_report2010/en/index.html
10. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2008. Estimaciones 2007.
11. Registro Nacional de sida y VIH, DGE/SS.
12. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Referencia Oportuna del Paciente con Infección por el VIH en el primer nivel de atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). SSA-067-08.
13. Lineamientos para la Aplicación de los Algoritmos del Laboratorio para el Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual para los Laboratorios de la Red Nacional de Salud Pública 2012. InDRE. Febrero 2012
14. Procedimientos para la Aplicación del Algoritmo para Diagnóstico por Laboratorio de la Carga Viral y Subpoblaciones Linfocitarias CD4, CD8 y CD3 de VIH, para los Laboratorios de la Red Nacional de Salud Pública 2012. InDRE. Febrero 2012
15. Lineamientos para la aplicación del algoritmo por laboratorio para diagnóstico de VIH 2012. InDRE. Febrero 2012
16. Manual para la toma, manejo y envío de muestras del InDRE (REMU-MA-01). Enero 2012.

ANEXOS

Anexo 1. Informe Semanal de Casos Nuevos SUIVE-1



Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; solo al escribir en el reverso coloque papel carbon y siga el orden del angular y copie, remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia

UNAME: _____ Sexo: M _____ F _____ SUIVE-1

Localidad: _____

Institución: Secretaría de Salud IMSS SSSTE 3 Chec Municipio 4 Análisis: MSS Oportunidades 5 DF 6 PEMEX 7 SEDESA 8 SEMAR 9 Estación de Diagnóstico: _____

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo												Total									
			< de 1 año		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-44		45-49		50-59		60-64		65 Y >	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ENFERMEDADES PREVENIBLES																								
POR VACUNACIÓN																								
	HEPATICIS TUBERULOSA (*) * J47.0	44																						
	TETANOS (*) J44.0-08	05																						
	TETANOS NEONATAL (*) J42	06																						
	DIFTERIA (*) J86	02																						
	TOS FERVA (*) J27	03																						
	DAMPONIA (*) J83	07																						
	RAJADA (*) J88	03																						
	PROCTITIS INFECCIOSA B81	42																						
	HEPATITIS AGUDA TPOB (*) B15	38																						
	RUJIDA CONJUNTA (*) P82	100																						
	COLERA (*) J63	01																						
	FEBRIS TIFOIDALES	06																						
	FRANTOYDIA Y OTRAS SALMONELOSIS (*) J62	11																						
	SHIGELIASIS	06																						
	DISF. DE LOS OJOS ORGÁNICOS Y LAS MAL DENOMINADAS DE OJOS NEGROS	08																						
	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA A05	06																						
	HEPATITIS VITREINA AGUDA B45	03																						
	DIARREAS AGUAS	07																						
	CONJUNTO DE DIARREAS Y PROCTITIS AGUDAS	02																						
	TENIAE (*) B60	12																						
	ASCARIASIS B71	04																						
	ENTOCOCOSIS B63	18																						
	DIARREA BACTERIA ROTAVIRUS B61	137																						
	CONJUNTO DE DIARREAS Y PROCTITIS AGUDAS	14																						
	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (*) J94.0-9	19																						
	OTITE MEDIA AGUDA H61.0-1	16																						
	PARAFITIS VAGINALES ESTREPTOCOCCAS J03.0-3	15																						
	INTOXICACIÓN RESPIRATORIA AGUDA J00.0-08 J01.01 J02.01 J03.01 J04.01 J05.01	16																						
	NEUMONÍAS Y BRONQUITIS AGUDAS J06.0-09 J07.01 J08.01 J09.01	17																						
	INFLUENZA (*) J09.0-11	16																						

(*) JACIE ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

Grupo	Diagnóstico y Código CIE-10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																		Total						
			< de 1 año		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-44		45-49		50-59		60-64		65 y >		Total	M	F
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	IPUL COMUNITA (*) A20	20																									
	IPULAZOJONCH (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									
	IPULCOJONCHOCABOJONCHOCABO (*) A20	20																									

ES * SIN CODIGO * INICIA EN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

Grupo	Diagnóstico y Código CIE-10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																								Total				
			< de 4 años		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		Ign.	M	F				
ACIDENTES	01 (CAMIONAS)	128																													
	02 (PERSONAS CON DAÑO DE TRANSPORTE)	128																													
	03 (DAÑO DE TRANSPORTE EN VEHICULO CON MOTOR)	124																													
	04 (MOTOCICLISTAS POR PERRO)	126																													
	05 (MOTOCICLISTAS POR OTROS VEHICULOS)	132																													
	06 (MOTOCICLISTAS POR BIFURCACION)	133																													
ENFERMIDADES RESPIRATORIAS	07 (INFLUENZA)	122																													

ES • SIN CÓDIGO *) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

N.º DE DEL EPIDEMIOLÓGICO

NOMBRE Y RANGO DEL DIRECTOR

NOTA: Calculará la edad a notificación anudada y evaluar el estado epidemiológico. Fecha de Análisis, Puntaje de Riesgo, Nivel de Riesgo, Tipo de Evento, Tipo de Caso, Sexo, Lugar de Occurrencia, Lugar de Diagnóstico, Lugar de Atención, Lugar de Diagnóstico y Lugar de Atención. Informar en el caso de que sea necesario. La información debe ser enviada a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública. Lima. Perú.

Anexo 2. Estudio Epidemiológico de VIH/SIDA

VIH/SIDA 2010-1

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH / SIDA

CLASIFICACIÓN: SEROPOSITIVO SIDA

I

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

No. AFILIACIÓN: _____ FOLIO: _____
 CURP: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____
 Día Mes Año de nacimiento de nacimiento

MUNICIPIO: _____ EDAD: _____ Años Meses Días SEXO: Masculino () Femenino () ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () VIUDO () UNIÓN LIBRE () DIVORCIADO () SEPARADO ()

OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____
 (Actual o última) (Último año aprobado)

RESIDENCIA ACTUAL: _____
 Calle Número Colonia Estado

Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad C.P. Delegación (para IMSS)

Entre qué calle y qué calle: _____ ES MIGRANTE: SI MIGRANTE NACIONAL NO MIGRANTE E.E.U.U. MIGRANTE OTRO _____ Especifique País _____

ANTERIOR LUGAR DE RESIDENCIA POR MÁS DE SEIS MESES A PARTIR DE 1980
 (Si son diferentes al habitual y si han durado más de 6 meses)

ES UN CASO BINACIONAL: SI NO HABLE LENGUA INDÍGENA: SI NO País y Ciudad _____
 ES INDÍGENA: SI NO

¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS? SI NO ¿CUANTOS? _____ HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL: SI NO SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: ANTES DURANTE DESPUÉS DE SU ESTANCIA EN EL CERESO.

II

UNIDAD NOTIFICANTE

Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad

Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) Nombre del Médico Notificante

FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____
 Día Mes Año

III

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

1. SEXUALIDAD
 A. Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres SI NO ? Mujeres SI NO ? NO APLICA

B. A partir de 1980 ha tenido relaciones sexuales con:
 Homosexuales SI NO ? Trabajadoras del sexo comercial SI NO ? Hemofílicos SI NO ?
 Bisexuales SI NO ? Trabajadores del sexo comercial SI NO ? Internos de Centros de Readaptación Social SI NO ?
 Heterosexuales SI NO ? Personas Transgénero SI NO ? Personas con VIH/SIDA SI NO ?
 Migrantes SI NO ? Usuarios Drogas Intravenosas/Inyectables SI NO ? Receptores de transfusión sanguínea o de transplante de órganos/tejidos SI NO ?

C. Es o ha sido trabajador del sexo comercial: SI NO ? NO APLICA

D. Es una persona transgénero: SI NO ?

E. Fue víctima de violación sexual: SI NO ? Fecha en que ocurrió: _____ Fecha de seroconversión a VIH: _____
 Recibió quimioprofilaxis SI NO ? Fecha de Inicio: _____ Cuántas horas después de la violación: _____ Duración de la Quimioprofilaxis: _____ Días

2. HA SIDO TRANSFUNDIDO: SI NO ?
 No. UNIDADES TRANSFUNDIDAS DESPUÉS DE 1980 _____

UNIDAD 1: _____
 Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad
 Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

UNIDAD 2: _____
 Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad
 Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

3. ES HEMOFÍLICO: SI NO ?
 4. ES USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES: SI NO ?
 5. HA DONADO SANGRE: SI NO ?
 6. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: SI NO ?

TIPO DE INTERVENCIÓN: _____
 Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio

FECHA: _____
 Día Mes Año Localidad Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

7. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: SI NO ?
 EXPOSICIÓN A: SANGRE SI NO SECRECIONES _____ Especifique _____ FECHA DE EXPOSICIÓN: _____
 RESULTADO DE PRUEBA BASAL: + - ? FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: _____
 RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS SI NO ? FECHA: _____ CUÁNTAS HORAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN: _____ DURACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS: _____ Días

9. ¿SOSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL? SI NO ?
 (Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)

IV

TRANSMISIÓN PERINATAL

SOLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASOS CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL

¿ALGUNO DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

	MADRE		PADRE	
	SI	NO	SI	NO
1. INFECTADO DE VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. FALLECIÓ POR VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. BISEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PAREJA SEXUAL INFECTADA POR VIH/SIDA O PRÁCTICAS DE RIESGO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. MAS DE UNA PAREJA SEXUAL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. TRANSFUNDIDO DESPUÉS DE 1980.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. HEMOFILIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. DONACIÓN DE SANGRE REMUNERADA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V

MECANISMO DE TRANSMISIÓN: 1 Sexual: Homosexual Bisexual Heterosexual 2 Transfusional

3 Drogas Intravenosas/Inyectables 4 Ocupacional 5 Perinatal 9 Desconocido

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRARÁ Y MANEJARÁ LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO. LA INFORMACIÓN DE VIH/SIDA ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVIARSE EN SOBRE CERRADO.

VI ANTECEDENTES CLÍNICOS

FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH: DIA MES AÑO

FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA: DIA MES AÑO

Estado de residencia al inicio DIA MES AÑO

FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA: DIA MES AÑO

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE SIDA

NOMBRE (Hospital, Clínica, Otros)

INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR)

MUNICIPIO ESTADO

TUBERCULOSIS

TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA SI NO ?

CURP DE LA PERSONA CON TB

TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA. SI NO

SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN ANUAL DE TB LATENTE O PPD. SI NO

SE LE OFRECIÓ DETECCIÓN DE TB SI NO

TIPO DE ESTUDIO REALIZADO PPD RX DE TORAX

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA DETECCIÓN DIA MES AÑO

RESULTADO DE LA DETECCIÓN. POSITIVO NEGATIVO

RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIACIDA. SI NO

POR CUÁNTO TIEMPO SERÁ ADMINISTRADA Meses

FECHA DE INICIO DE QUIMIOPROFILAXIS DIA MES AÑO

ES UN CASO DE TUBERCULOSIS SI NO

LOCALIZACIÓN DE LA TB PULMONAR EXTRAPULMONAR

FECHA DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DIA MES AÑO

RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB SI NO

INFECCIONES

	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO
CANDIDIASIS: Esofágica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Traqueal, bronquial y/o pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Orofaringea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Vulvovaginal > 1 mes o refractaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
CITOMEGALOVIRUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
CRYPTOSPORIDIASIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HEPATITIS: B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HERPES: SIMPLE de más de 1 mes, bronquial o esofágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ZOSTER recurrente o en dos dermatomas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HISTOPLASMOSIS DISEMINADA O EXTRAPULMONAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
INFECCIONES BACTERIANAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
MICOBACTERIOSIS ATÍPICA: avium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
(Diseminada o extrapulmonar) kansasii	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
NEUMONÍA POR P. JIROVECI (P. carinii)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
SEPTICEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
BACTEREMIA RECURRENTE POR SALMONELLA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
TOXOPLASMOSIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ISOSPORIDIASIS DE MÁS DE 1 MES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
COCCIDIODOMICOSIS DISEMINADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ESTRONGILOIDOSIS EXTRAINTestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

EMBARAZO

CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO

ALGUNO DE SUS HIJOS ESTÁ INFECTADO CON VIH SI NO ?

ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA SI NO ?

SI NO ESTÁ EMBARAZADA SE LE OFRECIÓ ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO. SI NO

CUÁL MÉTODO

SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA:

SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EMBARAZO:

RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO SI NO

SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES

COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL

EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA SI NO

TIENE CONTROL PRENATAL SI NO

NEUROLÓGICOS

	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO
COMPLEJO DEMENCIAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
DISFUNCIÓN MOTORA CENTRAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
MENINGITIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
NEUROPATÍA PERIFÉRICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
RETINOPATÍA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
TOXOPLASMOSIS, HERPES O CITOMEGALOVIRUS CEREBRAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

TRATAMIENTO

RECIBE ANTIRRETROVIRALES SI NO ?

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO DIA MES AÑO

UNIDAD TRATANTE

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

CLAVE DE LA UNIDAD

INSTITUCIÓN

ESTADO

JURISDICCIÓN

MUNICIPIO

LOCALIDAD

NEOPLASIAS

	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO
SARCOMA DE KAPOSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ENFERMEDAD DE HODGKIN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
LINFOMA NO HODGKIN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
DISPLASIA O CÁNCER CERVICOUTERINO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ADENOCARCINOMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

ESTADO ACTUAL

AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA:

VIVO

MUERTO FECHA DE LA DEFUNCIÓN: DIA MES AÑO

SE IGNORA

No. de FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

OTRAS

	SI	NO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO
ANGIOMATOSIS BACILAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
LEUCOPLAQUIA PILOSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
CONDILOMAS GENITALES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
LINFADENOPATÍA GENERALIZADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
NEUMONÍA Y/O INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ANEMIA, TROMBOCITOPENIA O NEUTROPENIA > 1 MES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
SÍNDROME DE DESGASTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
PERDIDA DE PESO > AL 10%, O FALLA PARA CRECER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
DIARREA DE MÁS DE 1 MES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
FIEBRE DE MÁS DE 1 MES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otras: (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
1.- <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2.- <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3.- <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

LABORATORIO

Detección Inicial:

ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aglutinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prueba rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detección Repetida:

ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aglutinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prueba rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Confirmatoria:

Western blot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Western blot para IgA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CD4 <input type="text"/> cél/ml <input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Carga Viral <input type="text"/> Copias/ml <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX OBSERVACIONES

CONTACTOS

X	NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)	SEXO		EDAD	Relación con el Paciente	CURP	LABORATORIO				EDO. ACTUAL		NOTIFICADO		
		M	F				Posit.	Neg.	Ind.	Se Ign.	VIVO	MUERTO	SI	NO	

FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE

Anexo 4.

SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LAS DEFUNCIONES



ANEXO 8
SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIONES POR
PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



1.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN			
Folio del certificado de defunción: _____			
Nombre del fallecido: _____		_____	
Nombre (s)		Apellido paterno	
Apellido materno			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Institución de Derechohabiciencia _____		
Edad: _____	_____	_____	Desconocido: _____
Horas	Días	Meses	Años
Lugar de residencia habitual: _____		_____	
Municipio		Entidad	
Lugar donde ocurrió la defunción: _____		_____	
Municipio		Entidad	
Fecha de la defunción: _____		Oficialía: _____	
Día	Mes	Año	
Certificada por: <input checked="" type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre del certificante: _____			
2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN			
	Causas	Intervalo	Código CIE-10
			Código CIE-10 de la Causa Básica
I a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____
II	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: _____			Código CIE-10
3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA			
La causa sujeta a vigilancia epidemiológica _____ Ratifica <input type="checkbox"/> Rectifica <input type="checkbox"/>			
	Causas después de la investigación	Intervalo	Código CIE-10
			Código CIE-10 de la Causa Básica
I a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____
II	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Fecha de recolección: _____	Inicio del estudio: _____		_____
Día	Mes	Año	Día
Día	Mes	Año	Día
Fecha de conclusión: _____	Reporte a INEGI/SS: _____		_____
Día	Mes	Año	Día
Día	Mes	Año	Día
Observaciones: _____			
Nombre del responsable de la investigación: _____			
Cargo: _____		Firma: _____	
4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)			
Tipo de documento: _____	Núm. de paquete: _____	Núm. Acta: _____	Folio de captura: _____
Nombre del codificador: _____		_____	
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Firma

Instructivo para el llenado del Reporte de Causa de Muerte Sujeta a Vigilancia Epidemiológica formato INEGI

Objetivo

Investigar y analizar aquellas causas sujetas a vigilancia epidemiológica que están sujetas a ratificación o rectificación, con la finalidad de mejorar la oportunidad y calidad de la información de la mortalidad.

Instrucciones generales

Este formato debe llenarse en original y dos copias; entregar el original y una copia al coordinador municipal y la unidad se quedará con una copia para su archivo, este formato deberá estar acompañado de la copia del certificado de defunción, resumen clínico, estudio epidemiológico y estudios de laboratorio cuando sea necesario. La información solicitada en este formato deberá transcribirse del certificado de defunción y de los resultados de la investigación.

- Utilice letra de molde clara y legible cuando no se pueda llenar a maquina, no usar abreviaturas.
- Para el llenado de este formato auxíliese de los datos del certificado de defunción, así como de los resultados de la investigación realizada en: expediente clínico, estudio epidemiológico, autopsia verbal, y la entrevista directa con el medico certificador si lo requiere el caso.
- Para las preguntas de opción múltiple, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos (1, 2,3,...9).

Instrucciones específicas

- 1.- Folio del certificado de defunción: Se escribirá el número correspondiente al folio del certificado de defunción, esta se encuentra en el ángulo superior derecho del documento.
- 2.- Nombre del fallecido: En este rubro se escribirá el nombre o los nombres del fallecido así como el apellido paterno y materno. En el caso que el fallecido sea un recién nacido que no cuente con nombre se escribirá S/N y los apellidos correspondientes.
- 3.- Sexo: Se marcará con una "X" el óvalo correspondiente a masculino o femenino.
- 4.- Edad: Se anotará la edad cronológica del fallecido; horas cuando sea menor de un día, días cuando sea menor de un mes, meses cuando sea menor a un año y años cuando sea igual o mayor a uno. En el caso de que la edad se desconozca se marcará con una "X" el recuadro correspondiente.
- 5.- Lugar de residencia habitual: Se anotará en los recuadros correspondientes el lugar donde el fallecido haya vivido durante los últimos seis meses, iniciando por el municipio y la entidad federativa.
- 6.- Lugar donde ocurrió la defunción: Se anotará el municipio y la entidad federativa en donde ocurrió la defunción en los recuadros correspondientes.

- 7.- Fecha de la defunción: Se anotará el día, mes y año en que ocurrió la defunción, ante poniendo un cero cuando sea un solo dígito.
- 8.- Oficialía.- Se anotará el número correspondiente a la oficialía del registro civil donde fue levantada el acta de la defunción, el cual se encuentra en el numeral 29 del certificado de defunción.
- 9.- Certificada por: Se marcará con "X" si el médico que extiende el certificado corresponde al tratante, legista, otro médico, persona autorizada por la secretaría de salud, autoridad civil u otro.
- 10.- Causas de Muerte: Se realizará la transcripción fiel de las causas inscritas en el certificado de defunción, con sus intervalos de tiempo y los códigos correspondientes a la CIE-10.
- 11.- Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: Se anotará la causa y el código de la CIE-10 de la enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, detectada por el nivel jurisdiccional, referida o solicitada por el nivel operativo superior o extra-sectorial, establecida en el manual del Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones.
- 12.- Resultado de la Investigación epidemiológica: Se marcará con una "X" el apartado de ratificación cuando la investigación corrobore un resultado igual a la enfermedad en estudio. Se marcará con una "X" el apartado de rectificación cuando el resultado de la investigación no corresponda a la misma entidad nosológica.

Causas después de la investigación: En el caso de ratificación se anotarán las causas y códigos iguales a las inscritas al inicio de la investigación, cuando se rectifica se anotarán las causas y códigos que originaron la defunción como resultado del estudio.

Fecha de recolección: Se anotará la fecha de recolección de los certificados de defunción de las oficialías del registro civil correspondiente de manera semanal, de acuerdo a la fecha de defunción, la cual no debe de exceder de una semana.

Fecha de inicio del estudio: Anotará la fecha en la que el epidemiólogo jurisdiccional inicia la investigación de la muerte por causa sujeta a vigilancia epidemiológica, la cual no deberá exceder de una semana a partir de la fecha de la recolección.

Fecha de conclusión: Se anotará la fecha en la que se da por terminada la investigación epidemiológica, la cual no debe de exceder de una semana a partir de la fecha de inicio del estudio.

Reporte a INEGI/SS: Se anotará la fecha en la cual se envía este formato al representante estatal de Inegi y a la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE), esta no podrá exceder de 15 días hábiles a partir de la fecha de la defunción.

Nombre del responsable de la investigación: Se anotará el nombre completo de la persona a la cual se le asignó la responsabilidad de la realización de la investigación.

Cargo: Se anotará el cargo específico del responsable de la investigación.

Firma: Se firmará obligatoriamente por el responsable de la investigación.

Datos de control (exclusivo INEGI): Estos datos son de uso exclusivo para el INEGI.

Esta edición terminó de imprimirse en el mes de septiembre de 2012
en IEPSA, Impresora y encuadernadora Progreso, S.A. de C.V;
San Lorenzo #244, Col, Paraje San Juan, Delegación Iztapalapa,
C.P. 09830, México, D.F.

El tiraje consta de 500 ejemplares.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA