

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

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

ROBERTO TAPIA CONYER, Director General de Epidemiología, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3o. fracción XV, 13 apartado A fracción I, 134 fracción XIII, 136, 139 y 140 de la Ley General de Salud, 40 fracción XI, 41, 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8o. fracción IV y 16 fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma fueron consultadas las siguientes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales:

- Dirección General de Epidemiología
- Dirección General de Coordinación Estatal
- Dirección General de Fomento a la Salud
- Dirección General de Medicina Preventiva
- Dirección General de Planificación Familiar
- Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud
- Centro Nacional de Transfusión Sanguínea
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Petróleos Mexicanos
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Educación Pública
- Secretaría de Gobernación
- Secretaría de Marina
- Secretaría de Desarrollo Social

- Departamento del Distrito Federal
- Mexicanos contra el SIDA. Confederación de Organismos no Gubernamentales, A.C.
- Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C.
- Amigos contra el SIDA, A.C.
- SOMARC The Futures Group
- Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, A.C.
- Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.
- Centro de Orientación para Adolescentes, A.C.
- Colectivo Sol
- Salud Integral para la Mujer
- Grupo "7 Ecología"
- The Population Council
- Colegio Madrid, A.C.
- Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población, A.C.
- Instituto Mexicano de Sexología
- Grupo de Intervención Social en SIDA y Defensa de Derechos Humanos, A.C.
- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
- Asociación Mexicana de Infectología
- Asociación de Medicina Interna de México, A.C.
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.

INDICE

INTRODUCCION

1. OBJETIVOS Y CAMPOS DE APLICACION
2. REFERENCIAS
3. DEFINICIONES Y ESPECIFICACION DE TERMINOS
4. DISPOSICIONES GENERALES
5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN
6. MEDIDAS DE CONTROL
7. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES

8. BIBLIOGRAFIA

9. VIGENCIA

Introducción

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a las disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1 de julio de 1992 que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en el país.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios del CONASIDA, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

Esta Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, aglutina los puntos de vista, propuestas y resultados de investigaciones que diversos organismos, tanto gubernamentales, no gubernamentales y privados han realizado en los diversos ámbitos que ha generado la epidemia.

Básicamente la presente norma enumera las definiciones y especificación de términos, disposiciones generales, medidas de prevención, medidas de control; asimismo, describe una bibliografía básica y la concordancia que tiene con otras normas a nivel internacional.

1. Objetivos y campo de aplicación

1.1.- Las disposiciones de esta Norma Oficial Mexicana son de orden público e interés social, y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en virtud de que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública.

1.2.- Esta Norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del país. 1.3.- La vigilancia de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los Estados en el ámbito de sus respectivas competencias.

2. Referencias

Para la aplicación correcta de esta Norma es necesario consultar:

2.1.- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (Diario Oficial de la Federación del 18 de julio de 1994).

3. Definiciones y especificación de términos

3.1.- Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana se entenderá por:

ADN: Acido desoxirribonucleico

ARN: Acido ribonucleico

BCG: Bacilo Calmette-Guerin Caso índice: persona que presenta la infección por VIH; o una persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a partir de la cual se infectan otras personas.

CDC: Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).

CD4: Linfocitos T cooperadores.

CONASIDA: Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.

CRS: Complejo relacionado al SIDA. Se utiliza para designar un cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

DPT: Vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos. Donante de sangre o sus componentes: Sujeto que suministra sangre o alguno de sus componentes, obtenidos mediante procedimientos de extracción simple o aféresis. Líquidos de alto riesgo: Sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo, semen y secreciones vaginales.

ELISA: Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay)

IgA: Inmunoglobulina A.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PPD: Derivado proteínico purificado.

Prácticas de alto riesgo: Actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

Prácticas sexuales de alto riesgo: Actividades en las que existe penetración pene-vagina o peneano, sin el uso de una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre. Precauciones universales: Técnicas de manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos los pacientes deberán ser considerados como potencialmente infectantes con el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre.

Pruebas de tamizaje: Pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en suero sanguíneo o plasma. Incluye metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.

Pruebas suplementarias: Las de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo. Incluye metodologías como la inmunoelectrotransferencia (Western Blot), la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación (RIPA).

Sexo protegido: Prácticas sexuales en las cuales existe penetración, pero se utiliza una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Sexo seguro: Prácticas sexuales en las cuales no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2.

V.O.: Vía oral.

4. Disposiciones generales

4.1.- La infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es causada por los Retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmite de la manera siguiente:

4.1.1.- por contacto sexual con persona infectada por el VIH;

4.1.2.- por transfusión de sangre contaminada y sus componentes;

4.1.3.- por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados;

4.1.4.- de una madre infectada a su hijo, durante el período perinatal por vía transplacentaria, por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto o a través de la leche materna, y

4.1.5.- por trasplante de órganos y tejidos contaminados.

4.2.- Los grupos de población con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH son los siguientes:

4.2.1.- aquéllos que realizan prácticas sexuales de alto riesgo:

a) hombres y mujeres que tienen varios compañeros sexuales, independientemente de su preferencia sexual;

b) hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual; y

c) compañeros sexuales de:

- personas con VIH/SIDA;

- personas que a su vez tienen varios compañeros sexuales;

- transfundidos entre 1980 a 1987;

- usuarios de drogas intravenosas; y

- hemofílicos.

4.2.2.- usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.

4.2.3.- aquéllos expuestos a condiciones de alto riesgo:

a) hemofílicos y transfundidos entre los años de 1980 y 1987.

b) personas transfundidas después de 1987 con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.

c) hijos nacidos de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA.

4.2.4.- quienes se encuentran expuestos a condiciones de bajo riesgo: a) personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presentan cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, o salpicadura de sangre o secreciones.

b) personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas por sangre, como las usadas en acupuntura y tatuajes.

4.3.- De acuerdo con la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la infección por VIH presenta las cinco variedades clínicas siguientes:

4.3.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias resultantes de enfermedad por el VIH (B20);

- B20.0 Enfermedad por VIH con infección micobacteriana; Enfermedad por VIH con tuberculosis;

- B20.1 Enfermedad por VIH con otra infección bacteriana;

- B20.2 Enfermedad por VIH con enfermedad por Citomegalovirus;

- B20.3 Enfermedad por VIH con otra infección viral;

- B20.4 Enfermedad por VIH con candidiasis;

- B20.5 Enfermedad por VIH con otra micosis;

- B20.6 Enfermedad por VIH con neumonía por *Pneumocystis carinii*;

- B20.7 Enfermedad por VIH con infección múltiple;

- B20.8 Enfermedad por VIH con otra enfermedad infecciosa y parasitaria;

- B20.9 Enfermedad por VIH con enfermedad infecciosa o parasitaria inespecífica;

Enfermedad por VIH con infección sin especificar.

4.3.2. Neoplasias malignas resultantes de enfermedad por el VIH (B21);

- B21.0 Enfermedad por VIH con sarcoma de Kaposi;

- B21.1 Enfermedad por VIH con linfoma de Burkitt;

- B21.2 Enfermedad por VIH con otro tipo de linfomas no Hodgkin;
- B21.3 Enfermedad por VIH con otras neoplasias malignas; linfoideas hematopoyéticas y tejidos relacionados;
- B21.7 Enfermedad por VIH con múltiples neoplasias malignas;
- B21.8 Enfermedad por VIH con otras neoplasias malignas;
- B21.9 Enfermedad por VIH con neoplasias malignas inespecíficas.

4.3.3. Otras enfermedades específicas resultantes de enfermedad por el VIH (B22);

- B22.0 Enfermedad por VIH con encefalopatía; VIH con demencia;
- B22.1 Enfermedad por VIH con neumonitis intersticial linfoidea;
- B22.2 Enfermedad por VIH con síndrome de desgaste; Enfermedad por VIH con adelgazamiento progresivo;
- B22.7 Enfermedad por VIH con múltiples enfermedades clasificadas en otra parte.

4.3.4. Otras condiciones resultantes de enfermedad por el VIH (B23);

- B23.0 Síndrome de infección aguda por VIH;
- B23.1 Enfermedad por VIH con linfadenopatía generalizada (persistente);
- B23.2 Enfermedad por VIH con anomalías hematológicas e inmunológicas no clasificadas en otra parte;
- B23.8 Enfermedad por VIH con otras condiciones específicas.

4.3.5. Enfermedad inespecífica por el VIH (B24);

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) sin especificar;
- Complejo relacionado a SIDA (CRS) sin especificar.

4.4.- Con base en los estudios de laboratorio realizados, se considerará que la persona se encuentra "infectado por el VIH" o no, conforme a los siguientes criterios:

4.4.1.- Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo aquélla que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo.

4.4.2.- 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 las pruebas suplementarias son negativas.

4.4.3.- En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria es indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y suplementaria) tres meses después.

4.5.- Se considerará que una persona es un "caso de SIDA", cuando satisfaga la siguiente definición:

4.5.1. 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, los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA:

- . Neumonía por *Pneumocystis carinii*;
- . Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar;
- . Infección diseminada por *M. kansasii* o complejo *M. avium-intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hiliar o cervical);
- . Infección por Herpes simplex, 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 el hígado, bazo o ganglios linfáticos, en pacientes con más de un mes de edad;
- . Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad;
- . Criptosporidiasis con diarrea, de más de un mes de duración;
- . Estrongiloidosis 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 menores de 13 años;
- . Criptococosis extrapulmonar.

4.5.2.- Cuando la prueba de laboratorio para VIH es positiva:

4.5.2.1.- Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo.

- . Sarcoma de Kaposi a cualquier edad;
- . Linfoma primario cerebral a cualquier edad;

. Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de 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 y extrapulmonar;

. Diseminación extrapulmonar por *M. avium* o *M. kansasii*;

. 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 tifoídica 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 *Legionella*, *Haemophilus*, *Streptococo* (incluyendo neumococo) o alguna otra bacteria piógena;

. Episodios recurrentes de neumonía bacteriana;

. Cáncer cervicouterino invasivo.

4.5.2.2.- Uno o más de los siguientes diagnósticos realizados de manera presuntiva (no comprobados por microscopía o cultivo).

. Neumonía por *P. carinii*;

. Toxoplasmosis cerebral en 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.

4.6.- Criterios diagnósticos en menores de 18 meses de edad: una prueba positiva para anticuerpos contra VIH no será definitiva, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno; por ello, para hacer el diagnóstico en este grupo se requiere:

4.6.1.- En presencia de sintomatología y alteraciones inmunológicas sugestivas de VIH/SIDA, contar con prueba suplementaria positiva, si bien en menores de 18 meses de edad las pruebas suplementarias como el Western Blot y la Radioinmunoprecipitación no son útiles, ya que sólo las enunciadas en el inciso 4.6.2 de este mismo apartado, son de utilidad en este grupo de edad.

4.6.2.- En ausencia de sintomatología, deberá haber un resultado positivo en alguna de las siguientes pruebas:

- Cultivo de virus;
- Determinación de antígeno viral;
- Reacción en cadena de la polimerasa, para determinar ARN viral o ADN proviral.

4.7.- De acuerdo con la clasificación del CDC, los casos pediátricos se clasifican según datos clínicos y de laboratorio, como:

- infección indeterminada (clase P-0);
- Infección asintomática (clase P-1); e
- Infección sintomática (clase P-2), de acuerdo a los siguientes criterios:

Clase P-0 Infección indeterminada (niños menores de 18 meses de edad, sin evidencia definitiva de infección por VIH/SIDA; pero nacidos de madre VIH positiva);

Clase P-1 Infección asintomática (seropositivos);

Subclase A: función inmunológica normal;

Subclase B: función inmunológica anormal;

Subclase C: función inmunológica no probada;

Clase P-2 Infección sintomática:

- Subclase A: hallazgos no específicos (pérdida de peso, diarrea y fiebre de más de un mes de evolución, adenopatías, hepatoesplenomegalia y aumento de tamaño de parótidas);
- Subclase B: enfermedad neurológica progresiva (disminución del perímetro cefálico, signos piramidales, disminución o aumento del tono muscular, hipotrofia muscular, retraso del desarrollo psicomotor, pérdida de habilidades adquiridas, hipoacusia sensorial, crisis convulsivas);
- Subclase C: neumonitis intersticial linfocitaria;
- Subclase D: enfermedad infecciosa secundaria;

Categoría D1: infecciones secundarias específicas causadas por *Cryptosporidium* (Criptococo, *Salmonella*, *Toxoplasma*, *Histoplasma*, *Citomegalovirus*, *P.carinii*);

Categoría D2: infecciones bacterianas recurrentes (neumonía, septicemia, otitis media, infección de vías urinarias);

Categoría D3: otras infecciones secundarias específicas (candidiasis mucocutánea, tuberculosis, estomatitis herpética, infección por Herpes zoster).

- Subclase E: cánceres secundarios:

Categoría E1: cáncer secundario específico (Sarcoma de Kaposi);

Categoría E2: otros cánceres posiblemente secundarios a la infección por VIH (Linfoma no Hodgkin, Linfoma primario intracraneano);

- Subclase F: otras enfermedades relacionadas a la infección por VIH (hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía, trombocitopenia, enfermedad dermatológica).

5. Medidas de prevención

5.1.- La prevención de la infección por VIH se debe realizar con toda la población, además de llevarse a cabo acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y al personal de salud.

5.2.- La prevención general de la infección por VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.

5.3.- En materia de educación para la salud, las acciones estarán orientadas a:

- a) Informar sobre la infección por VIH como problema de salud pública y su trascendencia;
- b) Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables, para reducir la probabilidad de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana;
- c) Instruir a la población acerca de medidas personales para prevenir esta infección; y
- d) Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas infectadas con el VIH o con SIDA.

5.4.- En materia de participación social:

- a) Sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control;
- b) Invitar a personal de salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubes y grupos deportivos y grupos de la comunidad a que colaboren en actividades educativas y de promoción;
- c) Capacitar al personal de salud con el objeto de sensibilizar y mejorar la atención de las personas con VIH/SIDA;

- d) Promover la intervención activa de las organizaciones de la comunidad, en actividades relacionadas con el control de la infección por VIH o SIDA;
- e) Procurar la integración y capacitación de otros grupos sociales, en acciones concretas de educación y detección;
- f) Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas; y
- g) Educar al personal de salud para reducir el riesgo de transmisión del VIH ocurrida por instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas.

5.5.- Las medidas fundamentales para la prevención de la infección en la comunidad, son las siguientes:

- a) Informar respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH;
- b) Difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH;
- c) Comunicar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes que le den preferencia al uso de material desechable; cuando esto no sea posible, entonces esterilizar y desinfectar en forma adecuada los instrumentos punzocortantes utilizados;
- d) Evitar las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo; y
- e) A la población con prácticas de alto riesgo (apartados 4.2.1, 4.2.2 y 4.2.3) se les debe recomendar, además:
 - Evitar la donación de sangre, órganos, tejidos y células germinales; y
 - Practicarse periódicamente pruebas de detección de anticuerpos para VIH.

5.6.- El personal de salud deberá recomendar a la población infectada con el VIH/SIDA:

- a) Practicar el sexo seguro o sexo protegido (usar el condón de látex o de poliuretano);
- b) NO donar sangre, semen ni órganos para trasplante;
- c) NO compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas), y en general, objetos punzocortantes de uso personal;
- d) Valorar la conveniencia de evitar el embarazo, recibiendo información sobre el riesgo de transmisión perinatal;
- e) Las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de leche materna. En caso contrario, se recomienda continuar la alimentación al seno materno.

- f) Que el paciente informe de su estado al personal que lo atiende, cuando se someta a procedimientos dentales, extracción de sangre, estudios invasivos o cirugías;
- g) Evitar el contacto con pacientes con padecimientos contagiosos;
- h) Evitar el contacto o la convivencia con animales;
- i) No automedicarse;
- j) Solicitar atención médica periódica, aun en ausencia de sintomatología;
- k) Fomentar la salud a través de una dieta adecuada, reposo, ejercicio y apoyo psicológico;
- l) Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco; y
- m) Conocer los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales, disponibles en su localidad, que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA o a sus familiares.

5.7.- Las medidas fundamentales que deben adoptarse para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud y sus familiares que tengan contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, células germinales y cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados, son las siguientes:

- a) Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas;
- b) Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados, para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso;
- c) Manejar siempre los líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres, como potencialmente infectados; y darles destino final por incineración o inactivación viral, mediante esterilización con autoclave o utilizando soluciones de hipoclorito de sodio, del 4 al 7%;
- d) Observar las "Precauciones Universales" en todos los pacientes, que consisten en:
 - lavar siempre las manos, antes y después de tener contacto con cualquier paciente;
 - usar guantes siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos de alto riesgo;
 - usar bata, delantales o ropa impermeable, cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa con líquidos de alto riesgo;
 - usar máscara o lentes, siempre que exista la posibilidad de salpicaduras;
 - desechar las agujas y otros instrumentos cortantes, en recipientes rígidos, no perforables, que contengan algún desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con algún desinfectante;
 - NUNCA recolocar el capuchón de la aguja;
 - después de limpiar minuciosamente el instrumental, esterilizarlo o, en su defecto, desinfectarlo. La desinfección química no debe aplicarse a las agujas y jeringas. En el caso de otros

instrumentos punzantes o cortantes, la desinfección química sólo se utilizará como último recurso, siempre a condición de que pueda garantizarse la concentración y la actividad del producto químico, que se limpie minuciosamente el instrumental antes de sumergirlo en el desinfectante químico;

- limpiar las superficies potencialmente contaminadas, con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada; y

- colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derramamiento de líquidos.

5.8.- En caso de probable exposición al VIH del personal de salud, o por quienes cuidan a personas con VIH o SIDA al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se realizarán de inmediato las siguientes acciones:

a) suspender inmediatamente la actividad;

b) exprimir la herida para que sangre;

c) lavar con abundante agua y jabón;

d) acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra, para:

- constatar por escrito el incidente;

- tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH. Esta prueba inicial es fundamental para demostrar que la persona era negativa al VIH antes del accidente;

- establecer las medidas necesarias para determinar si el paciente accidentado se encuentra realmente infectado por el VIH;

- recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo), o poliuretano (condón femenino), ante la posibilidad de infección. Estas precauciones podrán suspenderse en cuanto se determine que no hubo seroconversión;

- considerar la posibilidad de iniciar, antes de transcurridas seis horas a partir del accidente, la administración de Zidovudina profiláctica (1,200 mgs. diarios, dividido en tres dosis al día, durante 15 días);

e) posteriormente, se tomarán muestras sanguíneas de seguimiento a los tres, seis y 12 meses, diagnosticándose como caso de "infección ocupacional" aquél que demuestre seroconversión durante dicho período.

5.9.- Para la prevención de la infección por VIH en actos de trasplante, transfusión o técnicas de fertilización asistida, se observarán las disposiciones que figuran a continuación:

5.9.1. Se excluirá como donantes de órganos, tejidos y sus componentes, así como de células germinales, a los individuos siguientes:

a) Aquéllos pertenecientes a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH a que se refieren los apartados 4.2.1, 4.2.2 y 4.2.3 de esta Norma;

b) Quienes resulten con positividad en cualquiera de las pruebas de tamizaje que al efecto se practiquen. En caso de que la obtención de órganos y tejidos ya se hubiese efectuado, se les dará destino final en condiciones sanitarias adecuadas, de conformidad con las demás disposiciones de carácter general que al efecto emita la Secretaría.

5.9.2 Las demás medidas que procedan, entre las señaladas en los apartados 5.6 y 5.7 de esta Norma.

6. Medidas de control

6.1.- El control del paciente con VIH comprende las actividades siguientes:

6.1.1.- detección y diagnóstico;

6.1.2.- atención y tratamiento;

6.2.3.- notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos de acuerdo a lo establecido en la Norma de Vigilancia Epidemiológica vigente, y

6.3.4.- investigación y seguimiento de los contactos.

6.2.- La detección y el diagnóstico del paciente con infección por VIH, se lleva a cabo a través de los siguientes procedimientos:

6.2.1.- Antecedentes de exposición por alguno de los mecanismos enunciados en el inciso 4.2;

6.2.2.- Satisfacer los criterios de infectado por VIH o caso de SIDA, establecidos en los apartados 4.4, 4.5, 4.6 y 4.7 de esta Norma; o por

6.2.3.- Estudios de laboratorio, según lo enunciado en el inciso 4.4.1:

a) Pruebas de tamizaje: presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma, demostrada por alguno de los siguientes métodos:

- Ensayo Inmunoenzimático (ELISA); o

- Aglutinación pasiva.

b) Pruebas suplementarias: presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma, demostrada por alguna de las pruebas siguientes:

- Inmunoelctrotransferencia (Prueba de Western blot),

- Inmunofluorescencia, o

- Radioinmunoprecipitación (RIPA), o

c) Pruebas suplementarias que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo, como son:

- cultivo de virus;

- determinación de antígeno viral; o

- reacción en cadena de la polimerasa, para determinar el ARN viral o ADN proviral.

6.3.- Toda detección del VIH/SIDA se registrará por los siguientes

criterios:

6.3.1.- Será considerada como cualquier otro recurso auxiliar para el diagnóstico;

6.3.2.- No se utilizará para fines ajenos a los de protección de la salud sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento;

6.3.3.- No se solicitará como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas, o para recibir atención médica;

6.3.4.- No deberá ser considerada como causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o ingreso al mismo, tanto de nacionales como de extranjeros. En el caso de estos últimos, no será causal para negar residencia ni podrá ser utilizada para la deportación.

6.3.5.- Se registrará por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad; es decir, que quien se somete a análisis, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico.

6.4.- La entrega del resultado al paciente será por personal capacitado o, en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No se podrán reportar resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni se comunicará 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 informará al familiar más cercano.

6.5.- Las instituciones del Sector Salud, de acuerdo con sus capacidades, harán todo lo posible para ofrecer el servicio de consejería o apoyo psicológico, a toda persona a quien se le entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a su nueva situación.

6.6.- El SIDA es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica; es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, según la Norma para la Vigilancia Epidemiológica vigente.

6.6.1. La notificación la hará el personal de salud en los formatos aprobados por el Sistema Nacional de Salud, y referidos en la Norma para la Vigilancia Epidemiológica vigente, para la notificación de infectado asintomático y caso de SIDA, independientemente de los utilizados por cada institución.

6.6.2. Esta responsabilidad compete al médico tratante o al personal de salud directamente involucrado, pero no así a laboratorios ni a otras personas que tuvieran acceso a la información.

6.6.3. La notificación de casos de VIH/SIDA se hará de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, y debe proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad, por lo que no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las

directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento.

6.6.4. La notificación de caso de SIDA o infectado por VIH, se hará en sobre cerrado con sello de confidencial y se dirigirá al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo en forma confidencial y bajo su más estricta responsabilidad.

6.6.5. Para fines de vigilancia epidemiológica, se consideran casos de "infección por VIH" aquellos sujetos con infección confirmada según el inciso 4.4 de esta Norma.

6.6.6. Para fines de vigilancia epidemiológica, se considerarán "casos de SIDA" aquellos sujetos que cumplan con los criterios establecidos en los incisos 4.4 y 4.5 de esta Norma.

6.7.- La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA deberá realizarse considerando, tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a la igualdad, confidencialidad, privacidad y no discriminación, actitud que deberá promoverse entre el personal que labora en las Instituciones de Salud.

6.8.- El seguimiento epidemiológico de infectado por VIH o de caso de SIDA, se realizará por el epidemiólogo de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo correspondiente, en el espacio diseñado para este fin en los formatos de notificación del Sistema Nacional de Salud. Este seguimiento deberá efectuarse cada año para los infectados por VIH, y cada seis meses para los casos de SIDA.

6.9.- La investigación de las fuentes de infección y de los contactos, se llevará a cabo en los sujetos infectados por VIH comprobados y en los casos de SIDA, previo consentimiento del paciente, conservando la confidencialidad de la información, y comprende las acciones siguientes:

6.9.1.- Estudiar los contactos sexuales durante los cinco años previos a la fecha probable de infección;

6.9.2.- Estudiar a quienes le hayan donado o a quienes haya donado sangre, órganos, tejidos y células germinales, en los cinco años previos a la fecha probable de infección;

6.9.3.- Identificar a las personas con quienes hayan compartido el uso de agujas y jeringas en los cinco años previos a la fecha probable de infección;

6.9.4.- Estudiar a los hijos nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad;

6.9.5.- En menores de cinco años deberá descartarse la transmisión perinatal del virus mediante investigación del estado serológico de la madre; y

6.9.6.- En todo caso de transmisión transfusional, por trasplante o técnica de fertilización asistida, deberá realizarse estudio epidemiológico para identificar los factores de riesgo y verificar si la infección se adquirió por vía sanguínea. En caso afirmativo, se identificará la procedencia de las unidades transfundidas, tejidos para trasplante o células germinales, para llevar a cabo las acciones de vigilancia epidemiológica apropiadas.

6.10.- La vigilancia epidemiológica y el seguimiento de contactos, deberán tomar en cuenta los criterios siguientes:

6.10.1. Cuando el paciente sea mayor de edad, se deberá obtener la información directamente del caso índice. En el caso de menores de edad, se podrá obtener la información de los padres o responsables legales.

6.10.2. Cuando se visite el domicilio de un paciente para dar o solicitar información, no se mencionará, bajo circunstancia alguna, a otra persona que no sea el paciente el diagnóstico de VIH/SIDA.

6.10.3. En caso de que el paciente haya fallecido, sólo se podrá solicitar información al médico tratante y a quien elaboró el certificado de defunción. El seguimiento se hará garantizando la confidencialidad de la información del diagnóstico, mediante notificación del mismo únicamente a los familiares del finado, en primero y segundo grados.

6.10.4. El seguimiento de contactos sólo podrá realizarse con el consentimiento libre del paciente, respetándose su voluntad de no proporcionar información.

6.10.5. El seguimiento de contactos en el caso del VIH/SIDA podrá adoptar otras modalidades:

- a) apoyar al paciente para que informe él mismo a sus contactos;
- b) informar a los contactos con el consentimiento del paciente, pero preservando su identidad;
- c) evitar en lo posible, la visita domiciliaria, que puede generar graves conflictos al afectado y a su familia, sobre todo en pequeñas poblaciones.

6.11.- El tratamiento del paciente con infección por VIH lo realizará personal capacitado (médicos titulados y con cédula profesional vigente), siguiendo las recomendaciones de la Guía para la Atención de Pacientes con VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales.

6.11.1.- Todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a pacientes con VIH/SIDA, de manera responsable, digna y respetuosa.

6.11.2.- Todas las instituciones de salud estarán obligadas a canalizar a los pacientes para su atención especializada, cuando así lo requieran las condiciones del paciente y la institución no cuente con los recursos para brindarla, siguiendo los niveles de atención de las instituciones correspondientes.

6.12.- El manejo del paciente adulto se basa en el estado clínico y en datos de laboratorio, particularmente en el estudio de subpoblaciones de linfocitos T CD4+, de acuerdo con los siguientes criterios:

6.12.1.- En pacientes asintomáticos con:

a) Cuenta de 500 linfocitos CD4/ μ L o mayor:

- . NO requiere medicamentos específicos;
- . Vigilar clínicamente;
- . Repetir conteo de linfocitos CD4, cada seis meses.

b) Cuenta entre 499 y 200 linfocitos CD4/ μ L:

- . Iniciar Zidovudina, 500 a 600 mg/día (V.O. en tres tomas, respetando el sueño);
- . Iniciar Isoniacida , 300 mg. al día, asociado con piridoxina, 10 mg./día, por un año;
- . Vigilar mielotoxicidad por Zidovudina mediante biometría hemática completa, cada cuatro semanas.

c) Cuenta menor de 200 linfocitos CD4/ μ L:

. Lo incluido en el inciso b), añadiendo:

. Profilaxis contra *Pneumocystis carinii* con:

-Dapsona 100 mg., tres veces por semana; o

-Trimetoprim/Sulfametoxazol, una tableta tres veces por semana; o

-Pentamidina 300 mg., nebulizada, cada cuatro semanas

profilaxis antimicótica:

-Itraconazol, 200 mg. V.O., cada 24 horas; o

-Fluconazol, 100 mg. V.O., cada 24 horas.

6.12.2.- Los pacientes con síntomas menores, que no reúnan los criterios del diagnóstico de SIDA, deberán manejarse de acuerdo con sus problemas específicos; el uso de Zidovudina y profilaxis, deberá establecerse conforme a la cuenta de linfocitos CD4, como se señala en el apartado 6.11.1.

6.12.3.- En los pacientes con diagnóstico de SIDA, se seguirán los siguientes lineamientos:

a) NO se requiere el conteo de linfocitos;

b) Iniciar Zidovudina, a la misma dosis que en el apartado 6.11.1.b;

c) Añadir profilaxis contra tuberculosis, *P. carinii* y hongos, a las dosis recomendadas en el inciso "c" del apartado 6.11.1;

d) Vigilar biometría hemática, cada cuatro semanas.

6.13.- Dado que existe una estrecha relación entre tuberculosis y VIH, se deberán establecer diversas acciones encaminadas a prevenir aquélla, a diagnosticarla, y a proporcionar un tratamiento integral a fin de disminuir las complicaciones secundarias a la asociación del VIH y la tuberculosis.

6.13.1.- Con relación a la prevención específica de la tuberculosis se observarán las siguientes recomendaciones:

a) la vacuna BCG está contraindicada en niños y adultos con SIDA, adultos con infección por VIH y en otras inmunodeficiencias;

b) previamente al inicio de la quimioprofilaxis se deberá descartar el diagnóstico de tuberculosis activa tanto pulmonar como extrapulmonar;

c) la quimioprofilaxis para tuberculosis se administrará a las personas infectadas con VIH y a los enfermos de SIDA sin tuberculosis activa, cuando menos durante un año, sin necesidad de realizar previamente una prueba de PPD, conforme a las siguientes disposiciones:

- se usará isoniacida a dosis de 10 mg/kg. de peso, sin que se exceda de 300 mg. por día;
- se recomienda realizar examen de transaminasas (aminotransferasas) de manera periódica, y proceder de acuerdo con los resultados antes del inicio de la quimioprofilaxis y en forma regular durante su aplicación;
- en caso de aparición de polineuritis o neuropatías, se administrará vitamina B6, sin suspender la quimioprofilaxis;
- la isoniacida se manejará de manera autoadministrada, proporcionando dotación del medicamento cada ocho días; y
- la recomendación para la administración de quimioprofilaxis con isoniacida es temporal, y está sujeta a los resultados de ensayos clínicos actualmente en desarrollo que permitan identificar aquellos sujetos a quienes beneficie en mayor medida la administración de quimioprofilaxis con isoniacida, debido al riesgo de toxicidad y aparición de cepas multirresistentes asociados a su administración.

6.13.2.- Respecto al diagnóstico de tuberculosis, se realizarán las siguientes acciones:

- a) la búsqueda del caso se hará entre las personas que presentan tos y expectoración;
- b) la comprobación del caso de tuberculosis se hará mediante baciloscopía o, cuando se requiera, por cultivo de tejidos, fluidos o secreciones de órganos de pacientes con manifestaciones clínicas, radiológicas y datos epidemiológicos compatibles con la enfermedad.

6.13.3.- Para establecer un tratamiento adecuado de la tuberculosis en los pacientes con infección por VIH o con SIDA, se aplicarán los siguientes criterios:

- a) el enfermo con tuberculosis VIH positivo o con SIDA, recibirá tratamiento bajo estricta supervisión del médico especialista;
- b) el esquema de tratamiento es de diez meses y se utilizan los siguientes medicamentos: rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol;
- c) el tratamiento consta de dos fases: intensiva de 72 dosis y de sostén con 56 dosis, según el esquema inserto a continuación:

FASE INTENSIVA: * Diaria, de lunes a sábado, hasta completar 72 dosis, administrando todos los medicamentos del día en una sola toma:

	Medicamentos separados	Combinación fija (administrar cuatro cápsulas juntas)
Isoniacida	300 mg	75 mg
Rifampicina	600 mg	150 mg

Pirazinamida	1.5 a 2 g	400 mg
Etambutol **	1200 mg	

FASE DE SOSTEN: * Intermitente, dos veces por semana (lunes y jueves o martes y viernes) hasta completar 56 dosis, administrando una sola toma.

Medicamentos separados	Combinación fija(administrar cuatro cápsulas juntas)	
Isoniacida	800 mg	200 mg
Rifampicina	600 mg	150 mg
Etambutol **	2400 mg	

* En enfermos con peso menor a 50 kgs. deberá ajustarse la dosis de acuerdo al peso.

** El Etambutol puede ser reemplazado por Estreptomina de 750 mg; en pacientes de más de 50 años, se administrarán 500 mg.

d) Cuando el enfermo de tuberculosis con coinfección por el VIH o con SIDA, sea dado de alta, debe continuar la quimioprofilaxis con isoniacida por lo menos un año, para reducir el riesgo de reactivación o de infección exógena.

e) El enfermo de tuberculosis con coinfección por el VIH o con SIDA, que haya recaído o abandonado el tratamiento, será referido al especialista en neumología o infectología, para retratamiento en el segundo o tercer niveles de atención. 6.14.- Con relación a las inmunizaciones que deberán utilizarse en pacientes con VIH/SIDA, se observarán las siguientes recomendaciones:

6.14.1.- En pacientes adultos se aplicará vacuna contra la influenza (en forma anual), vacuna contra neumococo en dosis única, con revacunación a los siete años; no se aplicará vacuna BCG, vacuna antitifoídica oral o cualquiera otra vacuna de virus vivos.

6.14.2.- El esquema de inmunizaciones en el niño obedecerá a su condición clínica:

a) En niños asintomáticos:

- se aplicarán las vacunas DPT, antipolio, antisarampión y BCG;
- se pueden aplicar antiparotiditis, antirrubéola y conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b.

b) En niños sintomáticos:

- se aplicarán las vacunas DPT, antipolio, antisarampión;
- se pueden aplicar la vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b, antiparotiditis, antirrubéola;
- en niños sintomáticos, también se recomienda aplicar vacuna antineumocócica y contra influenza; y
- no se aplicará la vacuna BCG.

6.15.- El personal de salud y las instituciones encargadas de la atención del paciente infectado con VIH o que tiene SIDA, observarán los siguientes lineamientos para garantizar la confidencialidad de la información:

6.15.1.- atender a las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del expediente clínico;

6.15.2.- establecer las medidas necesarias para asegurar que el manejo de expedientes clínicos y trámites administrativos de los pacientes con VIH/SIDA garanticen la confidencialidad de éstos;

6.15.3.- tratar al paciente con VIH/SIDA sin discriminación respecto a otros enfermos, evitando difundir informaciones sobre su condición de infectado por el VIH o enfermo con SIDA, entre quienes no tienen que ver con su atención médica; y

6.15.4.- respetar el carácter confidencial del paciente seropositivo o con SIDA, informando acerca de su estado sólo a quien éste proponga.

7. Concordancia con normas internacionales

Esta Norma es técnicamente equivalente a las siguientes Normas:

- World Health Organization paper on "Partner Notification for Preventing HIV Transmission". Global Programme on AIDS, January 1989. Geneva, Switzerland.

- World Health Organization. "Statement from the Consultation on Testing and Counselling for HIV Infection". Global Programme on AIDS, November 1992. Geneva, Switzerland.

- Occupational Safety and Health Administration. OSHA Regulations on Blood Borne Pathogens. US Department of Labor. Federal Register Dec 1991: 64165-64182.

- MMWR. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Vol 37 (43), november 1988.

- World Health Organization. Expanded Programme on Immunization: Global Advisory Group. Wkly Epidemiol. Rec. 65: 5-11, 1990.

- MMWR. Definición operacional de caso de SIDA. RR-17, Dic 18,1992.

- Global Programme on AIDS. Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Report 6. GPA/RES/DIA/93.4, March, 1993.

- World Health Organization. Expanded Programme on Immunization: Global Advisory Group. Wkly Epidemiol. Rec. 65: 5-11, 1990.

8. Bibliografía

- Centers for Disease Control. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1987; 36 (suppl No.1S).

- Centers for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1992; 41 (No. RR-17).

- Guía de Métodos Eficaces de Esterilización y Desinfección contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, de la Serie OMS Sobre el SIDA No. 2, 2da. Edición, Ginebra, 1990.
- Recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna y VIH. WHO Press No. 30, mayo 1992. Ginebra, Suiza.
- Patersen LR; White CR; et al. Premarital Screening for Antibodies to HIV type 1 in the United States. American Journal of Public Health 1990; 80:1087-90.
- Izazola JA; Sánchez HJ; del Río C. El examen serológico para el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como parte de los exámenes prenupciales. Gaceta Médica de México 128:317-27; 1992.
- National Commission on AIDS. Preventing HIV Transmission in Health Care Settings. Washington, DC, USA. July 1992.
- American Bar Association. AIDS/HIV and Confidentiality: Model Policy and Procedures. Washington DC, USA. March 1991.
- U.S. Public Health Service Recommendations on Antipneumocystis prophylaxis for Patients with HIV Infection. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1992; 41 (No. RR-4).
- Ley General de Salud, capítulo II, título octavo: Enfermedades Transmisibles.
- Guía para la Atención de Pacientes con infección por HIV/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. CONASIDA, 1992 (ISBN 968-811-140-6).
- Centers for Disease Control. Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients during Exposure - Prone Invasive Procedures. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1991; 40 (No. RR-8).
- Public Health Service Statement on Management of Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus, including Considerations regarding Zidovudine Postexposure Use. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1990; 39 (No. RR-1).
- Centers for Disease Control. Pelvic Inflammatory Disease: guidelines for prevention and management and Purified Protein Derivative (PPD)- Tuberculin Anergy and HIV Infection: Guidelines for Anergy Testing and Management of Anergic Persons at Risk of Tuberculosis. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1991; 40 (No. RR-5).
- International Statistical Classification of Diseases and relative Health problems. 10a. Revisión. Contenidos: Vol 1, Lista Tabular V2, instrucción manual V3, alfabetic index. World Health Organization 1992, págs. 153-155.
- World Health Organization paper on "Partner Notification for Preventing HIV Transmission". Global Programme on AIDS, January 1989. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. "Statement from the Consultation on Testing and Counselling for HIV Infection". Global Programme on AIDS, November 1992. Geneva, Switzerland.
- Occupational Safety and Health Administration. OSHA Regulations on Blood Borne Pathogens. US Department of Labor. Federal Register Dec 1991: 64165-64182.

- DGE. Inmunización en niños e infección por VIH. Boletín mensual de SIDA. México Año 1 Num 3, págs. 549-552, 1987.
- MMWR. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) Vol 37 (43), november 1988.
- Onorato I. et al. Childhood immunization, vaccine-preventable diseases and infection with human immunodeficiency virus. Ped Infect Dis J. Vol 7(8):588-595, 1988.
- MMWR. BCG vaccination and pediatric HIV infection. Vol 40 (48): 833-836, 1991.
- Pizzo P et al. Perspectives on pediatric human immunodeficiency virus infection. Ped Inf Dis J. Vol 12 (6): 513-530, 1993.
- World Health Organization. Expanded Programme on Immunization: Global Advisory Group. Wkly Epidemiol. Rec. 65: 5-11, 1990.
- MMWR. Definición operacional de caso de SIDA. RR-17, Dic 18, 1992.
- Global Programme on AIDS. Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Report 6. GPA/RES/DIA/93.4, March, 1993.
- Global Programme on AIDS. Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Report 5. GPA/RES/DIA/92.8, October, 1992.
- ASTPHLD. Second Consensus Conference on HIV testing. 16-18 March 1987. Atlanta, Georgia.
- Sepúlveda A. J. y cols. SIDA, ciencia y sociedad en México. Fondo de Cultura Económica. México, 2a. reimpresión, 1989.
- WHO. SIDA, perfil de una epidemia. Publicación científica No. 514, Washington, 1989.

9. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor con su carácter obligatorio al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Fecha de publicación: 21 de junio de 2000