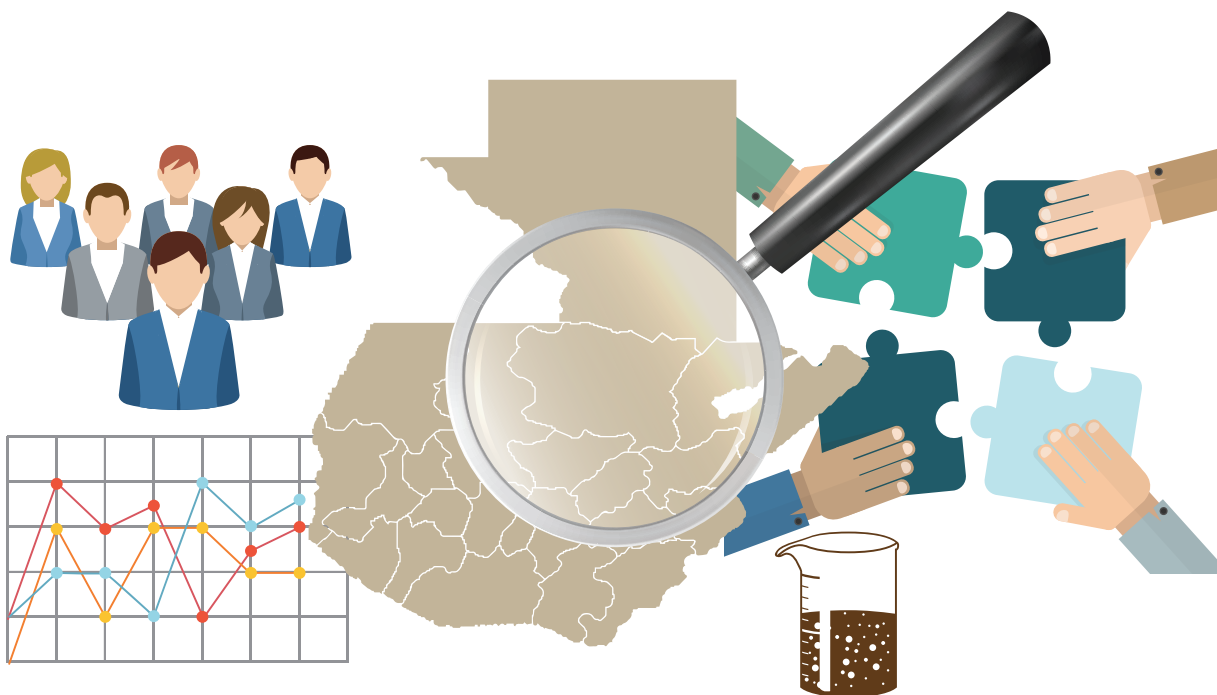




# Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/VIH Avanzado



Guatemala, 2018





## Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo**  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Julio Humberto García Colindres**  
Viceministro de Atención Primaria

**Dr. José Roberto Molina Barrera**  
Viceministro Técnico

**Dr. Mario Alberto Figueroa Álvarez**  
Viceministro de Hospitales

**Lic. Gustavo Arévalo Henríquez**  
Viceministro Administrativo

**Dr. Arnaldo Bringuez Aragón**  
Director General del Sistema Integral de Atención en Salud

**Dr. Manuel de Jesús Sagastume Cordón**  
Jefe Departamento de Epidemiología

**Dra. Thelma Lorena Gobern García**  
Coordinadora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
Departamento de Epidemiología

**Guatemala, octubre 2018**

## Departamento de Epidemiología

**Dr. Manuel de Jesús Sagastume Cordón**  
Jefe Departamento de Epidemiología/SIAS

**Dra. Thelma Lorena Gobern García**  
Coordinadora Nacional de Vigilancia Epidemiológica

**Dra. Ingrid del Carmen Castillo Morales**  
Apoyo Técnico Vigilancia Epidemiológica  
VIH/ITS/TB

## Agradecimientos

### Infecciones de transmisión sexual

**Licda. Verónica Girón**  
**Licda. Claudia Motta**  
**Dr. Mario Hernández**  
Programa Nacional de Prevención  
y Control de ITS, VIH/Sida

**Licda. Claudia Estrada**  
**Licda. Andrea López**  
Laboratorio Nacional de Salud

**Dra. Flora Arana Figueroa**  
**Lic. Ricardo Mendizábal**  
**Lic. Juan Carlos Fonseca**  
**Lic. Carlos Vargas**  
Univerdad Del Valle de Guatemala

## **VIH/VIH avanzado**

**Licda. Andrea López**

Laboratorio Nacional de Salud **Licda. Andrea López**  
Laboratorio Nacional de Salud

**Dra. Laura Figueroa**

Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA)

**Dr. José Rodas**

**Dra. Rosa Elena Morales**

Center for Disease Control and Prevention (CDC)

**Lic. Héctor Sucilla**

ONUSIDA

**Licda. Ilcia García**

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VOH/Sida

**Lic. Juan Carlos Fonseca**

**Dra. Flora Arana**

Programa Regional de VIH CES/UVG

**Dra. Grethel Alvarado**

NASTAD

## Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/VIH Avanzado

### ÍNDICE

<b>1. Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.....</b>	<b>9</b>
1.1 Antecedentes .....	9
1.2 Objetivos.....	11
1.3 Descripción del evento .....	11
1.4 Aspectos epidemiológicos .....	13
1.5 Vigilancia epidemiológica.....	14
1.6 Acciones de control .....	19
1.7 Comunicación de riesgo .....	20
1.8 Indicadores.....	20
<b>2. Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita. ....</b>	<b>21</b>
2.1 Antecedentes .....	21
2.2 Objetivos.....	21
2.3 Descripción del evento .....	22
2.4 Aspectos epidemiológicos .....	22
2.5 Vigilancia epidemiológica.....	23
2.6 Acciones de control .....	24
2.7 Comunicación de riesgo .....	24
2.8 Indicadores.....	24
2.9 Anexos .....	25
2.10 Referencias Bibliográficas.....	28
<b>3. Vigilancia Epidemiológica VIH/VIH Avanzado.....</b>	<b>29</b>
3.1 Antecedentes .....	29
3.2 Objetivos.....	30
3.3 Descripción del evento .....	30
3.4 Aspectos epidemiológicos .....	31
3.5 Vigilancia epidemiológica.....	32
3.6 Acciones de control .....	36
3.7 Indicadores.....	36
3.8 Anexos .....	37
<b>4. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>44</b>

## 1. Vigilancia epidemiológica Infecciones de transmisión sexual

Código CIE-10	Infección
A510-519	Sífilis
A549	Infección gonocócica
A560	Infecciones por clamidia
A57	Chancro blando
A58	Granuloma inguinal
A59	Tricomoniasis
A609	Infección anogenital por herpes simple
B08.1	Molusco contagioso
D977	Papiloma
B86	Escabiosis
B171	Hepatitis C
B169	Hepatitis B

Código CIE-10	Abordaje Sindrómico
N34.3	Secreción uretral
N89.8	Flujo Vaginal
N94.9	Dolor Abdominal bajo
N76.5	Úlcera vaginal
N76.6	Úlcera en vulva
N48.5	Úlcera en pene
N34.2	Úlcera de uretra
K62.6	Úlcera en ano y/o recto
A64	Bubón inguinal
K62.8	Proctitis
A63.0	Verruga anal y/o genital

### 1.1 Antecedentes:

En el marco de la Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016 – 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), vemos que los países se debe de fortalecer los servicios de calidad relativos a la atención de ITS, con un enfoque en la necesidades y preferencias de las personas y que aborden los factores determinantes subyacentes de las epidemias de ITS, entre ellos, el estigma, la discriminación y las inequidades al acceso a los servicios de prevención y tratamiento. Además, se debe reforzar la capacidad de diagnóstico temprano y reducción de riesgos.

Por lo anterior y con el propósito de mejorar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) a nivel nacional, el presente protocolo incluirá tres elementos:

- La vigilancia en poblaciones clave será centinela.
- Se instituirá la vigilancia para la población general a través de Epiweb.
- La vigilancia de la mujer embarazada para la prevención y eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita, a través de Epiweb.

En este momento, la información sobre infecciones de transmisión sexual en la población general es limitada al igual que la de sífilis congénita. Hasta ahora, la vigilancia de ITS se ha llevado desde el año 2007, a través de la estrategia de Vigilancia Centinela de las ITS, centrada en los grupos en mayor riesgo de infección al VIH e ITS: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres transgénero (Trans) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS). Además, el grupo de personas con VIH (PVIH), se considera una prioridad para la vigilancia.

Esta estrategia, en concordancia con las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la vigilancia del VIH, contempla la vigilancia de aspectos socio demográfico, de comportamiento y biológico, haciendo a la Vigilancia Centinela, una estrategia de vigilancia de segunda generación.

En este marco, el país cuenta con datos de estos tres grupos poblacionales desde los servicios de salud, de forma más factible y eficiente en comparación de datos obtenidos de encuestas periódicas.

El proceso de selección de las clínicas de vigilancia centinela, se realizó a partir de evaluaciones formativas realizadas de manera conjunta por el Departamento de Epidemiología (DE), Laboratorio Nacional de Salud (LNS) y Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS), así como la Universidad del Valle de Guatemala (UVG).

Actualmente se cuenta con diez sitios de Vigilancia Centinela:

Sítio	Departamento	Fecha de inauguración
Centro de Salud No. 2 <sup>1</sup>	Guatemala	2007
Fundación Marco Antonio (FMA) <sup>1</sup>	Guatemala	2010
Colectivo Amigos contra el Sida (CAS) <sup>1</sup>	Guatemala	2016
Clínica Barcelona <sup>1</sup>	Escuintla	2016
Centro de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa	Escuintla	2016
Centro de Salud de Quetzaltenango <sup>1</sup>	Quetzaltenango	2010
Hospital Juan José Ortega <sup>1,2</sup>	Quetzaltenango	2013
Centro de Salud de Ayutla <sup>1</sup>	San Marcos	2016
Centro de Salud de Puerto Barrios	Izabal	2008
Centro de Salud San Benito	Petén	2016

## 1.2 Objetivos:

### Generales

- Caracterizar el comportamiento de las infecciones de transmisión sexual para establecer medidas preventivas y de control.

### Específicos

- Determinar las prevalencias de VIH e ITS en poblaciones HSH, MTS, Trans y PVIH, en Guatemala.
- Implementar la vigilancia de ITS en población general y embarazada.
- Determinar la prevalencia de sífilis en embarazadas.
- Caracterizar a través de variables geográficas y socio demográfico a las poblaciones clave que asisten a los servicios de vigilancia centinela.
- Analizar las tendencias de prevalencia de ITS y comportamiento de riesgo a través de los años de implementación de vigilancia centinela.
- Difundir la información relacionada a la vigilancia centinela para la toma de decisiones que mejoren la respuesta al VIH e ITS.

## 1.3 Descripción del evento:

Microorganismo patógeno	Manifestaciones clínicas y otras enfermedades asociadas
<b>Infecciones bacterianas</b>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p style="text-align: center;"><b>GONORREA</b></p> <p><b>Hombres:</b> Secreción uretral (uretritis), epididimitis, orquitis, infertilidad.  <b>Mujeres:</b> Cervicitis, endometritis, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico, parto prematuro, perihepatitis; generalmente asintomática.  <b>Recién Nacido:</b> Oftalmia neonatal, sépsis</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p style="text-align: center;"><b>INFECCIÓN POR CLAMIDIAS</b></p> <p><b>Hombres:</b> Secreción uretral (uretritis), epididimitis, orquitis, infertilidad.  <b>Mujeres:</b> Cervicitis, endometritis, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria infertilidad, ruptura prematura de membranas, perihepatitis; generalmente  <b>Ambos sexos:</b> Proctitis, faringitis, síndrome de Reiter.  <b>Recién nacidos:</b> Conjuntivitis, neumonía.</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p style="text-align: center;"><b>LINFOGRANULOMA VENÉREO</b></p> <p><b>Ambos sexos:</b> Úlcera, tumefacción inguinal (bubón), proctitis.</p>
<i>Treponema Pallidum</i>	<p style="text-align: center;"><b>SÍFILIS</b></p> <p><b>Ambos sexos:</b> Úlcera primaria (chancro) con adenopatía local, erupciones  <b>Mujeres:</b> Pérdida de embarazos (aborto, mortinato), parto prematuro.  <b>Recién nacidos:</b> Conjuntivitis, neumonía.</p>





<i>Haemophilusducreyi</i>	<p style="text-align: center;"><b>CHANCRO BLANDO</b></p> <p><b>Ambos sexos:</b> Úlceras genitales dolorosas; a veces con bubón.</p>
Infecciones virales	
<i>Virus del papiloma humano</i>	<p style="text-align: center;"><b>VERRUGAS GENITALES</b></p> <p><b>Hombres:</b> Verrugas peneanas y anales; carcinoma de pene.  <b>Mujeres:</b> Verrugas vulvares, anales y cervicouterinas, carcinoma cervicocarcinomavulvar, carcinoma anal.  <b>Recién nacidos:</b> Papiloma laríngeo.</p>
<i>Virus del herpes tipo 1 y 2</i>	<p style="text-align: center;"><b>HERPES GENITAL</b></p> <p><b>Ambos sexos:</b> Lesiones vesiculares y ulceraciones anogenitales.  <b>Recién Nacidos:</b> Herpes neonatal (a menudo mortal).</p>
<i>Virus de la hepatitis B y C</i>	<p style="text-align: center;"><b>HEPATITIS VIRAL</b></p> <p><b>Ambos sexos:</b> Hepatitis aguda, cirrosis hepática, cáncer de hígado.</p>
<i>Virus del molusco contagioso</i>	<p style="text-align: center;"><b>MOLUSCO CONTAGIOSO</b></p> <p><b>Ambos sexos:</b> Nódulos cutáneos umbilicados, de consistencia firme; situados en la zona genital o generalizados.</p>
Infecciones protozoarias	
<i>Trichomonas Vaginalis</i>	<p style="text-align: center;"><b>TRICOMONIASIS</b></p> <p><b>Hombres:</b> Secreción uretral (uretritis no gonocócica); a menudo asintomática.  <b>Mujeres:</b> Vaginosis con flujo vaginal profuso y espumoso; parto prematuro.  <b>Recién nacidos:</b> Peso bajo al nacer.</p>
Infecciones fúngicas	
<i>Cándida albicans</i>	<p style="text-align: center;"><b>CANDIDIASIS</b></p> <p><b>Hombres:</b> Infección superficial del glande.  <b>Mujeres:</b> Vulvo-vaginitis con flujo vaginal espeso similar a cuajada, prurito vulvar o escozor.</p>
Infestaciones parasitarias	
<i>Ácaro Sarcoptes scabiei variedad hominis</i>	<p style="text-align: center;">Infestación pubiana o generalizada por escabiosis.</p>



## 1.4 Aspectos epidemiológicos

EVENTO	AGENTE CAUSAL	RESERVORIO	VÍA DE TRANSMISIÓN	PERÍODO DE INCUBACIÓN	PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD	FACTORES DE RIESGO		
Secreción uretral/ oral/ anal	<i>Neisseriagonorrhoeae</i>	Humanos	Sexual	2 a 5 días	Mientras dure la infección	Vida sexual activa, relaciones sexo genitales sin condón.		
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Humanos	sexual	1 a 4 semanas				
	<i>Ureaplasmaurealyticum</i>	Humanos	sexual	7 a 14 días				
Verruga genital/ anal/ oral	Virus del papiloma humano	Humanos	Sexual, contacto piel o mucosa	Dependiendo si es de alto o bajo riesgo puede ser entre 3 a 4 meses.		Mientras dure la infección		
	<i>Molluscumcontagiosum</i>	Humanos	Contacto directo con piel y fómites	2 a 8 semanas				
Flujo Vaginal	<i>Neisseriagonorrhoeae</i>	Humanos	sexual	2 a 5 días			Mientras dure la infección	Vida sexual activa, relaciones sexo genitales sin condón.
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Humanos	sexual	1 a 4 semanas				
	<i>Trichomonasvaginalis</i>	Humanos	sexual	5 a 28 días				
	<i>Cándida Albicans</i>	Humanos	sexual	1 a 5 días				
	<i>Gardnerellavaginalis</i>	Humanos	sexual	1 a 5 días				
	<i>Mycoplasma</i>							
	<i>hominis</i>							
<i>Neisseriagonorrhoeae</i>								
Proctitis	<i>Neisseriagonorrhoeae</i>	Humanos	sexual	2 a 5 días	Mientras dure la infección	Duchas vaginales, DM2 no controlada, uso de esteroides, problemas hormonales, entre otros		
	<i>Clamydiatrachomatis</i>	Humanos	sexual	1 a 4 semanas				

EVENTO	AGENTE CAUSAL	RESERVORIO	VÍA DE TRANSMISIÓN	PERÍODO DE INCUBACIÓN	PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD	FACTORES DE RIESGO			
Dolor Abdominal Bajo	<i>Neisseriagonorrhoeae</i>	Humanos	sexual	2 a 5 días	Mientras dure la infección	Vida sexual activa, relaciones sexo genitales sin condón.			
	<i>Clamydiatrachomatis</i>	Humanos	sexual	1 a 4 semanas					
	<i>Gardnerellavaginalis</i> y <i>Micoplasma hominis</i>	Humanos	sexual						
Ulcera genital/ anal/ oral	<i>Treponema pallidum</i>	Humanos	sexual	1 a 2 semanas		Mientras dure la infección	Vida sexual activa, relaciones sexo genitales sin condón.		
	<i>Haemophilusducreyi</i>	Humanos	sexual	5 a 7 días					
	Virus del Herpes 2	Humanos	Oral, sexual, contacto con mucosa o roturas en piel	2 a 3 semanas					
Bubón inguinal	<i>Haemophilusducreyi</i>	Humanos	sexual	5 a 7 días			Mientras dure la infección	Vida sexual activa, relaciones sexo genitales sin condón.	
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Humanos	sexual	1 a 4 semanas					
Hepatitis B y C	Virus de Hepatitis B y C	Humanos	Contacto percutáneo o mucoso con sangre o líquidos corporales potencialmente infecciosos	15 a 50 días para Hepatitis B y caso de Hepatitis C entre 4 y 12 semanas				Mientras dure la infección	Vida sexual activa, relaciones sexo genitales sin condón.
Escabiosis	Ácaro <i>Sarcoptes</i> <i>scabiei</i> / <i>variedad hominis</i>	Humanos, animales, fómites	Contacto sexual, con animales infectados, sillones o colchones contaminados	1 a 4 días					

## 1.5 Vigilancia epidemiológica:

La vigilancia de ITS se llevará de la siguiente forma:

- A través de la vigilancia centinela en poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero y personas que viven con VIH), de forma sindrómica y etiológica en todos los casos a excepción de papilomatosis, molusco contagioso y herpes.
- En población general, se vigilará a través de epificha de forma sindrómica a excepción de la sífilis que se vigilará etiológicamente.

Definiciones de Caso Sindrómico

### **Úlcera Genital**

Una interrupción visible de la piel en pene, escroto, recto, labios vulvares, vagina y cuello uterino.

### **Secreción Uretral**

Secreción por el meato uretral, con o sin expresión de la uretra. Puede presentar o no disuria.

### **Flujo Vaginal**

Flujo vaginal anormal con cambio de la cantidad, consistencia, color u olor. Puede presentar o no presencia de prurito o escozor vulvar.

### **Dolor Abdominal Inferior**

Dolor en la mitad inferior del abdomen. Cuando se acompaña de flujo vaginal anormal, dolor pélvico marcado y dolor con el movimiento del cuello uterino, con o sin fiebre.

### **Infección anorrectal**

Infecciones anales externas del conducto anal que afectan epitelio escamoso estratificado, manifestadas por secreción rectal anormal, con presencia o no de dolor.

### **Bubón Inguinal**

Enfermedad ulcerosa lentamente progresiva de la piel y de los vasos linfáticos de la zona genital y perianal.

### **Escabiosis**

Paciente con prurito, intenso y de predominio nocturno, que va seguido, de lesiones secundarias en forma de excoiaciones eritematosas localizadas. Con posterioridad pueden aparecer lesiones papulares y urticariformes en cualquier parte del cuerpo.

### **Molusco contagioso**

Paciente con pápulas umbilicadas de color blanco brillante en genitales



## Definiciones de Caso Etiológicas

### **Sífilis (primaria y secundaria)**

Todo caso sospechoso de úlcera genital, con demostración de la presencia de *Treponema pallidum* en muestras clínicas por microscopía sobre campo oscuro, DFA-TP, prueba de ácidos nucleicos o métodos equivalentes.

### **Sífilis latente**

Ningún signo o síntoma clínico de sífilis y 1). Resultados positivos en una prueba no treponémica y treponémica en un paciente sin diagnóstico previo de sífilis, ó 2). Un título en una prueba no treponémica que sea, al menos, cuatro veces superior al título que se obtuvo en la última prueba no treponémica realizada en un paciente con diagnóstico previo de sífilis.

La sífilis latente, puede clasificarse como temprana latente si hay indicios de que la infección se adquirió durante los 24 (ó 12) meses anteriores, y como tardía latente si hay indicios de que la infección tuvo lugar antes.

### **Proctitis**

Inflamación causada por infecciones que tienen lugar desde la línea pectínea hasta la unión rectosigmoidea.

### **Gonorrea**

Aislamiento mediante cultivo de diplococos intracelulares, oxidasa positiva y gramnegativos, confirmado mediante la prueba de utilización de azúcares o la demostración de ADN específico de *Neisseria gonorrhoeae*.

### **Infección genital por *Chlamydia trachomatis***

Cultivo positivo, prueba de anticuerpos fluorescentes directos, o prueba de detección de antígenos de *Chlamydia trachomatis*, o demostración de ADN específico de *Chlamydia trachomatis*.

### **Chancro blando**

Infección causada por *Haemophilus ducreyi*, que se caracteriza por la presencia de úlceras genitales dolorosas y de adenopatía inguinal inflamatoria, confirmada por la identificación de *Haemophilus ducreyi* mediante cultivo o prueba de ácidos nucleicos.

### **Herpes genital**

Cultivo positivo o demostración de la presencia de ADN específico de VHS mediante pruebas de ácidos nucleicos realizadas en el exudado de las ampollas o úlceras.

### **Linfogranuloma venéreo**

Infección por los serotipos L1, L2 o L3 de *Chlamydia trachomatis*, caracterizada por lesiones genitales, linfadenopatía regional supurativa o proctitis hemorrágica.

### **Infección por trichomonasvaginális**

Presencia de tricomonas características en el examen microscópico de una preparación en fresco de muestras genitales o de orina de mujeres, o presencia de tricomonas características detectadas por frotis cervical o aislamiento mediante cultivo de Trichomonasvaginalis, o demostración de presencia de ADN de Trichomonasvaginalis en muestra uretral, cervicouterina, vaginal o de orina mediante prueba de detección de ácidos nucleicos.

### **Vaginosis bacteriana**

Afección en la que se altera la flora bacteriana normal de la vagina y es sustituida debido al sobrecrecimiento de Gardnerellavaginalis, Bacteroides, Mobiluncus y Micoplasma hominis. A veces se asocia a flujo vaginal anormal, olor, dolor, picor o escozor.

### **Hepatitis B**

Paciente con ictericia y con prueba reactiva para prueba rápida de antígeno de superficie o en panel de marcadores serológicos de HBV: HBsAg, anti-Hbs, HBcTotal y HBcIgM, HbeAg y anti-HBem, o para carga viral VHB.

### **Hepatitis C**

Paciente con ictericia y con prueba rápida para hepatitis C o carga viral.

#### **Procedimientos de la vigilancia:**

La vigilancia de ITS se llevará de la siguiente forma:

- A través del sistema en poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero y personas que viven con VIH), de forma sindrómica y etiológica en todos los casos a excepción de papilomatosis, molusco contagioso y herpes.
- En población general, se vigilará a través de epificha de forma sindrómica a excepción de la sífilis que se vigilará etiológicamente.

#### **Población objetivo:**

<b>TIPO DE VIGILANCIA</b>	<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>LUGARES PRIORIZADOS</b>
Vigilancia Centinela	MTS HSH Transgénero femeninas PVIH	Guatemala Escuintla Quetzaltenango San Marcos Petén Izabal
Vigilancia Universal	Hombres y mujeres población general	No aplica



## Pruebas de laboratorio:

Síndrome	Agente etiológico a buscar	Laboratorio Local	Laboratorio de Referencia
Secreción uretral, anal, oral	<i>C. trachomatis</i>	- Tinción de Giemsa	Pruebas moleculares
	<i>N. gonorrhoeae</i>	Tinción de Gram	Pruebas moleculares
			Cultivo
Verruga anal, genital y orofaríngeo	Virus de papiloma humano	-Inspección visual con ácido acético IVAA (cervix)	<u>Tinción de Papanicolaou (cervix, ano y orofaringe)[1]</u>  Prueba molecular PCR para virus de papiloma humano
Flujo vaginal	<i>C. trachomatis</i>	Tinción Giemsa	Pruebas moleculares
	<i>N. gonorrhoeae</i>	Tinción de Gram	Pruebas moleculares
			Cultivo
	<i>T. vaginalis</i>	Preparación fresco	-
		Gram	
	Vaginosis bacteriana	Tinción de Gram Valoración de Nugent	-
		Preparación en fresco	
<i>Candida sp</i>	Tinción de Gram	-	



Síndrome	Agente etiológico que buscar	Laboratorio local	Laboratorio de referencia
Proctitis	<i>C.trachomatis</i>	Tinción de Giemsa	Pruebas moleculares
	<i>N. gonorrhoeae</i>	Tinción de Gram	Pruebas moleculares Cultivo
Úlcera	Herpes		
	<i>Haemophilusducreyii</i>		
	<i>Treponema pallidum</i>	Pruebas no treponémica y treponémica	Prueba treponémica
Dolor abdominal bajo	<i>C.trachomatis</i>	Tinción de Giemsa	Pruebas moleculares
	<i>N. gonorrhoeae</i>	Tinción de Gram	Pruebas moleculares Cultivo
Bubón inguinal	<i>Haemophilusducreyii</i>		Cultivo
	<i>C.trachomatis</i> L1-L3*		Prueba molecular, sin diferenciación de serotipo*
Hepatitis B	Virus de la Hepatitis B	Prueba rápida de antígeno de superficie	Panel de marcadores serológicos de HBV: HBsAg, anti-Hbs, HBeTotal y HBcIgM, HbeAg y anti-HBe.  Carga viral VHB

Síndrome	Agente etiológico a buscar	Laboratorio Local	Laboratorio de Referencia
Escabiosis	<i>Sarcoptes scabiei</i>	-	-
Molusco contagioso	<i>Moluscum contagiosum</i>	-	-
Pediculosis Púbrica	<i>Pthirus pubis</i>	-	-
Hepatitis C	Virus de la hepatitis C	Prueba rápida para hepatitis C	
			Carga viral

### **Registro y notificación:**

La vigilancia, se realizará a través de notificaciones de caso individuales a través de la plataforma de Vigilancia Centinela para grupos de población clave y Epiweb para población general y de forma sindrómica y/o etiológica como se explica al inicio de este protocolo.

### **Notificación:**

Las áreas de salud, deberán elaborar curvas epidémicas y analizar mensualmente los datos locales de los diferentes tipos de vigilancia. Notificarán al Departamento de Epidemiología los primeros 7 días, después de la detección de un posible brote, a través de correo electrónico.

Se debe conformar a nivel local, un comité para el abordaje de brote al cual se integrará el equipo de Epidemiología de nivel central. Para la notificación de casos el uso del código único de identidad dado por el documento personal de identificación será obligatorio.

### **Periodicidad de la notificación:**

La notificación es obligatoria, mensual y desde la detección del caso sospechoso y deberá de actualizarse la misma cuando se tenga el diagnóstico etiológico de la infección.

### **Investigación de caso:**

En donde y cuando se considere necesario se desarrollarán estudios específicos enfocados hacia la vigilancia de las ITS. En caso de que sea requerido se gestionará la aprobación del comité de ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

### **Acciones de control y prevención:**

Se priorizará la búsqueda de parejas sexuales a través de los servicios. Se valorará con el equipo de brotes el tratamiento profiláctico a parejas en base a evidencia científica actual, guía de tratamiento de ITS vigente y existencias de medicamentos.

### **Notificación, investigación y control de brotes:**

Se abordarán según el evento (ver protocolo de atención brotes).

#### **1.6 Acciones de control:**

Manejo Sindrómico y Etiológico según Guía para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual con Énfasis en Manejo Sindrómico Vigente (PNS). Tamizaje para VIH.

Notificación, investigación y control de brotes:

Se abordarán según el evento (ver protocolo de atención brotes).

Manejo Sindrómico y Etiológico según Guía para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual con Énfasis en Manejo Sindrómico Vigente (PNS). Tamizaje para VIH.



### 1.7 Comunicación de riesgo:

La información será recolectada, procesada y analizada mensualmente en los diferentes niveles de atención, debe incorporarse a la sala situacional la cual será virtual y física, esta información se utilizará para la toma de decisiones con participación comunitaria. La información a nivel nacional se analizará semestralmente y se enviará a todas las áreas de salud, programas y entidades que laboren en el tema.

### 1.8 Indicadores:

- Prevalencia por Síndrome.
- Prevalencia de Sífilis activa.
- Prevalencia de Sífilis activa en embarazadas.
- Porcentaje de personas que tuvieron un resultado positivo en las prueba de hepatitis B en los últimos 12 meses.
- Número de hombres que informan cuadros de secreción uretral en los últimos 12 meses.
- Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres (desagregados en HSH y Trans femeninas).
- Porcentaje de mujeres trabajadoras sexuales que utilizaron condón en su última relación sexual con cliente.
- Porcentaje de hombres trabajadores sexuales que utilizaron condón en su última relación sexual con cliente.
- Porcentaje de población transgénero femenina que utilizaron condón en su última relación sexual con cliente.
- Porcentaje de hombres que utilizó condón en su última relación sexual anal.
- Porcentaje de población más expuesta con sífilis activa.

El Departamento de Epidemiología, será el responsable a nivel nacional de dar el dato oficial sobre los indicadores antes descritos, así como cualquier otro que le sea requerido.

## 2. Vigilancia epidemiológica de sífilis congénita

### Nombre del evento y su código CIE-10

Código CIE-10	Evento
A50	Sífilis congénita
A500	Sífilis congénita precoz, sintomática
A501	Sífilis congénita precoz, latente
A502	Sífilis congénita precoz sin otra especificación
A506	Sífilis congénita tardía, latente
A507	Sífilis congénita tardía, sin otra especificación
A509	Sífilis congénita, sin otra especificación

### 2.1 Antecedentes

La infección por VIH y la sífilis son importantes problemas de salud pública que afectan a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión al conjunto de la comunidad en América Latina y el Caribe.

Son bien conocidas las consecuencias que la sífilis gestacional puede ocasionar. Sin tratamiento, de un 50% a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis acabarán de forma adversa, pudiendo producirse aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación. Se estima que en ALC en el 2007, más de 164,000 niños nacieron con sífilis congénita.

En ALC, la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9%, con un rango variable entre países del 0,7% al 7,2%. De acuerdo a esta cifra, se calcula que la Región de las Américas (exceptuando EUA y Canadá), se producen cada año unos 460,000 casos de sífilis gestacional.

En los últimos 3 años, se han reportado en la República de Guatemala 93 casos de sífilis congénita, siendo Escuintla el Departamento que más casos reporta.

2015	2016	2017
31	30	32

### 2.2 Objetivos

#### General

- Implementar la vigilancia de Sífilis Congénita.

#### Específicos

- Caracterizar el comportamiento de la Sífilis Congénita para establecer medidas preventivas y de control.
- Determinar la prevalencia de Sífilis Congénita.

### 2.3 Descripción del evento

Los microorganismos infecciosos (*T. pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana).

La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración, transmitirán la infección al niño no nato. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16<sup>a</sup> y la 28<sup>a</sup> semana del embarazo. La probabilidad de transmisión está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección.

En la sífilis materna temprana, la tasa de transmisión materno fetal puede alcanzar el 80%, mientras que en la sífilis tardía la infectividad se reduce. La concentración de espiroquetas en la sangre es máxima durante los dos primeros años tras la infección, a partir de los cuales va disminuyendo lentamente como resultado de la inmunidad adquirida. Así pues, el riesgo de infección para la pareja sexual es máximo durante los dos primeros años y desaparece casi por completo posteriormente; sin embargo, el riesgo de transmisión materno-fetal perdura. El curso de la infección materna no parece verse alterado por el embarazo.

Dado que la infección por sífilis puede tardar de 10 a 45 días en ser detectable por análisis de sangre, una prueba inicial negativa no garantiza la ausencia de infección. Las mujeres embarazadas con una primera prueba negativa, deben volver a ser examinadas en un momento posterior del embarazo o en el parto.

Los datos sobre la incidencia de la sífilis congénita entre lactantes nacidos vivos son limitados por varios motivos, como la dificultad del diagnóstico, la posibilidad de infecciones asintomáticas y la ausencia de sistemas de vigilancia o notificación. Si bien existe gran variedad en la manera de notificar resultados adversos de embarazos de mujeres infectadas por sífilis, suelen aceptarse como tales el aborto espontáneo, la muerte perinatal, el bajo peso al nacer (incluido el nacimiento prematuro) y la infección por sífilis neonatal.

### 2.4 Aspectos epidemiológicos:

AGENTE CAUSAL	RESERVORIO	VÍA DE TRANSMISIÓN	PERÍODO DE INCUBACIÓN	FACTORES DE RIESGO
<i>Treponema pallidum</i>	Humanos	Sexual	1 a 2 semanas	Relaciones sexuales sin condón, múltiples parejas, trabajo sexual.

## 2.5 Vigilancia epidemiológica:

### **Definición de caso:**

Un nacido vivo o muerte fetal con menos de 20 semanas de gestación ó > 500 g (incluida la muerte fetal) nacidos de una mujer con serología positiva para sífilis y sin tratamiento adecuado para la sífilis.

El tratamiento materno adecuado se define como al menos una inyección de 2.4 millones de unidades de benzatinabenzilpenicilina por vía intramuscular al menos 30 días antes del parto.

Un nacido vivo, niño muerto o niño de menos de 2 años de una mujer con serología positiva para la sífilis o con estado serológico desconocido, y con pruebas de laboratorio y/o radiográficas y/o clínicas de infección por sífilis<sup>1</sup> (independientemente del momento o la adecuación del tratamiento materno).

Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la vigésima semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis, durante la presente gestación.

### **Procedimientos de la vigilancia**

Los casos de sífilis congénita, serán notificados a través del sistema Epiweb con el instrumento de Epifichas. Para la vigilancia de la sífilis congénita, es imprescindible una investigación activa en hospitales y, sobre todo, en servicios de obstetricia y laboratorios. Toda sospecha de caso de sífilis congénita, debe ser notificada de forma urgente e individualizada al Departamento de Vigilancia Epidemiológica para realizar la investigación del caso.

### **Población objetivo**

Toda mujer en edad reproductiva, mujeres embarazadas, niños menores de 2 años con madre positiva para sífilis y mortinatos.

### **Pruebas diagnósticas**

El diagnóstico se realizará a través de pruebas no treponémicas. El título del niño debe ser el doble del de la madre.

### **Registro y notificación**

A través de epifichas físicas las cuales deben de digitarse en la plataforma Epiweb.

---

<sup>1</sup> Ver Sección de laboratorio

### Periodicidad de la notificación

La notificación es obligatoria, mensual y desde la detección del caso sospechoso y deberá de actualizarse la misma cuando se tenga el diagnóstico etiológico de la infección.

### Investigación de caso

En donde y cuando se considere necesario, se desarrollarán estudios específicos enfocados hacia la vigilancia de las ITS. En caso de que sea requerido, se gestionará la aprobación del comité de ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

## 2.6 Acciones de control y prevención

Aparte la notificación de los casos de sífilis congénita es necesario:

- Tratamiento específico de los casos según la Guía para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual con Énfasis en Manejo Síndromico Vigente (PNS). Tamizaje para VIH.
- **Seguimiento de los casos:** A través de pruebas de serología no treponémicas cuyos títulos podrán desaparecer con el tiempo.
- **Control de contactos:** Estudiar las titulaciones de la madre y de sus pareja/as sexuales.

## 2.7 Notificación

Las áreas de salud, deberán elaborar curvas epidémicas y analizar mensualmente los datos locales de los diferentes tipos de vigilancia. Notificarán al Departamento de Epidemiología los primeros 7 días, después de la detección de un posible brote, a través de correo electrónico. Se debe conformar a nivel local un comité para el abordaje de brote al cual se integrará el equipo de Epidemiología de nivel central. Para la notificación de casos el uso del código único de identidad dado por el documento personal de identificación será obligatorio.

## 2.8 Comunicación de riesgo

La información será recolectada, procesada y analizada mensualmente en los diferentes niveles de atención, debe incorporarse a la sala situacional la cual será virtual y física, esta información se utilizará para la toma de decisiones con participación comunitaria. La información a nivel nacional, se analizará semestralmente y se enviará a todas las áreas de salud, programas y entidades que laboren en el tema.

## 2.9 Indicadores

- Incidencia de sífilis congénita.
- Niños evaluados para sífilis congénita.
- Embarazadas tamizadas para sífilis.





No. Historia Clínica:

VIGILANCIA CENTINELA DE ITS  
HISTORIA CLÍNICA DE ITS PARA HSH Y TRANS  
ANTECEDENTES

Conocida como:

Fecha: / /

CUI:

Apellido de Casada:  Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Extranjero - No. Pasaporte:  Nombres:

**1. Antecedentes Generales**

1.1 Fecha de nacimiento:  /  /  1.2 Edad:  años

1.3 Lugar de Nacimiento:  Guatemala, Departamento:  Municipio:   Otro país:

1.4 Lugar de Residencia:  Guatemala, Departamento:  Municipio:   Otro país:

1.5 Estado Civil: Soltero  Unión libre con hombre  Unión libre con mujer  Casado  Separado/a divorciado/a  Viudo/a

1.6 Edad de inicio de relaciones sexuales:  años

1.7 ¿En los últimos 5 años, ha tenido relaciones sexuales con? Hombres  Mujeres  Ambos

1.8 ¿Cómo se auto identifica usted sexualmente?\* Gay  Travesti  Transsexual  Transgénero  Homosexual  Heterosexual  Bisexual  Otro

\*Elija solamente una respuesta

1.9 ¿En los últimos 12 meses ha ejercido trabajo sexual? Si  No

1.10 ¿Ejerce trabajo sexual actualmente? Si  No

2.1 Analfabetización ¿Sabe leer? Si  No

2.2 Escolaridad: Ninguna  Primaria Completa  Media Completa  Universitario Completo  Primaria Incompleta  Media Incompleta  Universitario Incompleto

Maya  Ladino/Mestizo  Garifuna  Xinka  Otra:

4.3 ¿En los últimos 12 meses tuvo alguna ITS?

4.4 Si su respuesta es SI, márque todas las respuestas posibles: Sífilis  Pápiloma  Herpes  Hepatitis B  Proctitis  Gonorrea  Proctitis  Otra

4.5 ¿Recibió tratamiento? Si  No

4.6 Si su respuesta fue SI indique dónde: Médico  Farmacia  Automedicado  Otro

5.1 ¿Ha utilizado drogas en los últimos 12 meses? Si  No  No responde

5.2 Si la respuesta fue SI indique la vía: Intravenosa  Nasal  Especifique cuál:  Ora

6.1 ¿En su última relación penetrativa anal con un hombre utilizó condón? Si  No  No responde

6.2 ¿En la última vez con su pareja estable, en su relación sexual penetrativa anal usó condón? Si  No  No responde

6.3 ¿Con sus clientes masculinos en sus relaciones sexuales penetrativas anales utilizó condón en los últimos 30 días? Nunca  A veces  Siempre

6.4 La última vez con un cliente masculino en su relación sexual penetrativa anal usó condón? Si  No  No responde

Pareja estable: personas con las que tuvo relaciones sexuales que no le pagaron y que mantiene una relación afectiva, constante o regular. Por ejemplo, su cónyuge, novio o marido.  
Pareja casual: personas con las que tuvo relaciones sexuales que no le pagaron y que no mantiene una relación estable, constante/afectiva o regular.  
Cliente: Personas con quienes intercambia trabajo sexual por dinero.

**7. Signos y Síntomas**

7.1 ¿En los últimos tres meses ha presentado?

	Si	No	Días
- Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Disuria (dolor al orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Dispareunia (dolor en la relación sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Escorzo (picazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Edema de Escroto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Secreción uretral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Úlcera genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- ¿Le duele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Úlcera anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Vesícula o ampolla genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Vesícula o ampolla anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Verruga genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Verruga anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Verruga oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Adenomegalia inguinal (ganglios inflamados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Otros: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Mostramos / Síntomas  Control Semestral

8.2 ¿Es alérgica a algún tipo de medicamento? Si  No  No sabe

8.3 Si la respuesta fue SI, especifique que medicamento

8.4 Examen general: Realizado  No realizado  ¿Por qué?

9.2 Si se realizó el examen especifique lo encontrado

	Realizado	No Realizado	¿Por qué?
Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Secreción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fisura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



No. Historia Clínica:  Conocida como:

**VIGILANCIA CENTINELA DE ITS  
HISTORIA CLÍNICA DE ITS PARA MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES  
Y MUJERES QUE VIVEN CON VIH**

Fecha: / /

CUI:

Apellido de Casada:  Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Extranjero - No. Pasaporte:  Nombres:

**1. Antecedentes Generales**

1.1 Fecha de nacimiento: d / m / a a a a 1.2 Edad: años

1.3 Lugar de Nacimiento:  Guatemala, Departamento:  Municipio:   Otro país:

1.4 Lugar de Residencia:  Guatemala, Departamento:  Municipio:   Otro país:

1.5 Estado Civil: Soltero  Unión libre con hombre  Unión libre con mujer  Casado  Separado/a divorciado/a  Viudo/a

1.6 Edad de inicio de relaciones sexuales: años

1.7 ¿En los últimos 5 años, ha tenido relaciones sexuales con? Hombres  Mujeres

1.8 ¿Cómo se auto identifica usted sexualmente? Gay  Travesti  Transsexual  Transgénero  Homosexual  Heterosexual  Bisexual  Otro

1.9 ¿En los últimos 12 meses ha ejercido trabajo sexual? Si  No

1.10 ¿Ejerce trabajo sexual actualmente? Si  No

2.1 Analfabetización ¿Sabe leer? Si  No

**2.2 Escolaridad**

Ninguna  Primaria Completa  Media Completa  Universitario Completo  Primaria Incompleta  Media Incompleta  Universitario Incompleto

Maya  Ladino/Mestizo  Garifuna  Xinca  Otra:

4.3 ¿En los últimos 12 meses tuvo alguna ITS?

4.4 Si su respuesta es SI, marque todas las respuestas posibles: Sífilis  Papioma  Herpes  Proctitis  Gonorrea  Proctitis  Hepatitis B  Otra

4.5 ¿Recibió tratamiento? Si  No

4.6 Si su respuesta fue SI indique dónde: Médico  Farmacia  Automedicó  Otro

5.1 ¿Ha utilizado drogas en los últimos 12 meses? Si  No  No responde

5.2 Si la respuesta fue SI indique la vía: Intravenosa  Nasal  Oral  Especifique cuál:

**6.1 PAREJA ESTABLE**

6.1.1 ¿En su última relación sexual penetrativa vaginal utilizó condón? Si  No  No responde

6.1.2 ¿En su última relación sexual penetrativa anal utilizó condón? Si  No  No responde

**6.2 PAREJA CASUAL**

6.2.1 ¿En su última relación sexual penetrativa vaginal utilizó condón? Si  No  No responde

6.2.2 ¿En su última relación sexual penetrativa anal utilizó condón? Si  No  No responde

**6.3 CLIENTE**

6.3.1 ¿En su última relación sexual penetrativa vaginal utilizó condón? Si  No  No responde

6.3.2 ¿En su última relación sexual penetrativa anal utilizó condón? Si  No  No responde

**7. Síntomas y síntomas**

¿En los últimos tres meses no presento?: Sí  No  Otro

- Fiebre
- Disuria (dolor al orinar)
- Dispareunia (dolor en la relación sexual)
- Escozor (picazón)
- Flujo Vaginal
- Dolor abdominal bajo
- Úlcera genital
- ¿Le duele?
- Úlcera anal
- Úlcera oral
- Vesícula o ampolla genital
- Vesícula o ampolla anal
- Vesícula o ampolla oral
- Verruga 1
- Verruga 2
- Verruga oral
- Adenomegalia inguinal (ganglios inflamados)
- Rash
- Otros:

8.1 Motivo de la consulta: Nuevo  Control Trimestral

8.2 ¿Es alérgica a algún tipo de medicamento? Si  No  No sabe

8.3 Si la respuesta fue sí, especifique que medicamento:

8.4 Examen general: Realizado  No realizado  ¿Por qué?

9.2 Si se realizó el examen especifique lo encontrado: Úlcera  Cuerpo extraño  Normal  Secreción  Tumores  Fisura

10.1 ¿Se realizó examen bimanual? Si  No  Menstruación presente

11.1 ¿Se realizó el examen con Anoscopio? Realizado  No Realizado

11.2 Si se realizó el examen especifique lo encontrado: Úlcera  Hemorroides  Normal  Secreción  Cuerpo extraño  Fisura  Tumores

Pareja estable: personas con las que tuvo relaciones sexuales que no le pagaron y que mantiene una relación estable, regular o regular. Por ejemplo, su conyugue, novio o marido.  
Pareja casual: personas con las que tuvo relaciones sexuales que no le pagaron y que mantiene una relación estable, constante/efectiva o regular.  
Cliente: Personas con quienes intercambia trabajo sexual por dinero.



## 2.11 Referencias bibliográficas

- Diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, OMS, 2014.
- Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra Las Infecciones de Transmisión Sexual 2016 – 2021 (OMS), junio 2016.
- Murray Patrick R, Rosenthal Ken S, Pfaller Michael A, Microbiología Médica, quinta edición, Editorial Elsevier Mosby, España 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Guía Global de Criterios y Procedimientos para Validar la Eliminación de la transmisión Madre a Hijo de VIH y Sífilis, segunda edición, 2017.
- Mendizábal-Burastero R, Galindo-Arandi C, Jacobson J, Morales-Miranda S. VICITS-Guatemala. Resumen de datos de la Estrategia de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS): 2007-2012. Universidad del Valle de Guatemala-UVG / Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS. Publicación UVG No. 36 / Julio, 2015.
- García J, Mendizábal-Burastero R, Anton M, Romero LM, Castillo L, Sajquim E, Fonseca J, Calderón MR. Boletín de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), No 2: Años 2015-2016.



### 3. Vigilancia del VIH y VIH avanzado - Código CIE-10 B20-B24

#### 3.1 Antecedentes

Desde su aparición en los años 80's, la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en una pandemia, presentando en su inicio un alto índice de mortalidad para los pacientes a nivel mundial.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 37 millones de personas viven con el VIH en todo el mundo; de ellas, poco más de la mitad, 19,5 millones, tienen acceso a la terapia antirretrovírica, un aumento con relación a los 17,1 millones de 2015 y a los 7,7 millones de 2010. Esto acceso a los medicamentos, ha hecho descender la mortalidad un 26% en los últimos cinco años.

Desde el comienzo de la epidemia, 76,1 millones de personas han contraído la infección y 35 millones han muerto a causa de enfermedades relacionadas con ella (1,8 lo hicieron en 2016). En este último aspecto, la tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH, y es responsable de aproximadamente una de cada tres muertes relacionadas con el virus

En Guatemala, durante el 2017, el sistema de vigilancia captó 1,462 nuevos casos. De estos, el 27.42% eran femeninos y el 72.57% eran masculinos. El 65% de los casos, se encuentra entre los 20 y los 39 años.

Respecto a la vía de transmisión, se registró que un 47.40% (693 casos) era Heterosexual, Homosexual 17.99% (263 casos) y Bisexual 17.99% (55 casos). El HR no desagrega esta vía (174 casos).

La transmisión madre a hijo corresponde a un 1.44% (21 casos).

La Organización de Naciones Unidas (ONU), hizo un llamamiento al acceso a los servicios de educación sexual integral y reducción de daños, así como a reforzar la atención a las jóvenes y las adolescentes y a las poblaciones clave, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, las personas que se inyectan la droga, personas transgénero y prisioneros, así como migrantes.

La Declaración Política de las Naciones Unidas, sobre el VIH/SIDA de 2016: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del Sida para 2030, aprobada por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Sida en junio de 2016, encomendaba al ONUSIDA apoyar a los países a la hora de que estos informen sobre los compromisos de la Declaración Política. Esta Declaración Política, se basaba en tres declaraciones políticas previas: la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001, la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006 y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2011.

La Vigilancia Mundial del Sida de 2018, corresponde al segundo año tras la transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y es también; el segundo año de la presentación de informes para el marco de trabajo de vigilancia del VIH para el período 2016–202. La OMS, ONUSIDA y sus socios, han colaborado para compilar las directrices de información estratégica consolidadas sobre el sida para el sector sanitario que han contribuido a las directrices sobre Vigilancia Mundial del Sida.

La presente actualización, incluye modificaciones en el sistema de seguimiento según las necesidades presentadas por el país y las recomendaciones que da CDC para la Vigilancia Epidemiológica.

### 3.2 Objetivos

- Establecer la prevalencia de VIH y VIH Avanzado en Guatemala
- Identificar cambios en tendencia por población para establecer acciones preventivas.
- Caracterizar geográfica y socio demográficamente los casos VIH y VIH Avanzado.
- Implementar un sistema de vigilancia basado en el seguimiento de personas hasta el momento de la vinculación.
- Contribuir a la respuesta oportuna y eficaz para el control y prevención de la epidemia.
- Implementar la vigilancia en mortalidad por VIH

### 3.3 Descripción del evento

El virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1, es el agente productor de SIDA una enfermedad reconocida desde hace más de 30 años que ha alcanzado proporciones pandémicas. Su origen, se remonta a la transmisión a humanos de retrovirus que infectan a poblaciones de chimpancés en África Central hace aproximadamente 100 años. Desde esta localización, su expansión a todo el mundo ha sido espectacular principalmente en las últimas décadas. La intensa investigación realizada, nos permite disponer de un tratamiento eficaz para controlar la replicación del virus y evitar la progresión de la enfermedad, sin embargo, no disponemos aún, de una vacuna que impida la continua extensión de la pandemia.

El VIH-1, tiene forma de esfera, la envoltura consiste en una bicapa lipídica tomada de la membrana de la célula humana durante el proceso de gemación de nuevas partículas. Los factores relacionados con la dificultad de neutralizar la infección por VIH-1, están directamente relacionados con:

- Gran variabilidad de la envoltura con 5 regiones hipervariables en la zona más externa del gp 120.
- Alto nivel de glicosilación de Env. con más del 50% de su masa en azúcares que impiden la unión de anticuerpos.
- Enmascaramiento conformacional, término que describe que una de las zonas más vulnerables de Env. el sitio de unión con los co-receptores (CCR5 ó CXR4) no existe

hasta que se organiza espacialmente después del cambio en la conformación del gp 120 introducido por la interacción con CD4.

Los linfocitos T CD4, son la célula diana principal del virus y expresa en la superficie los dos receptores necesarios para la entrada: la propia molécula CD4 y un receptor de quimiocinas, generalmente CCR5 en las primeras fases de la infección. En algunos pacientes, el virus puede utilizar un receptor alternativo CXCR4 en fases avanzadas de su evolución, en lo que se conoce como cambio de tropismo.

Una de las características de la replicación de los retrovirus y en particular el VIH-1, es su gran capacidad de variabilidad. El proceso de retro transcripción, tiene una relativa tasa de error, a lo que se añade la facilidad para la recombinación de fragmentos genómicos si varias partículas infectan la misma célula. El VIH-1 se caracteriza por una elevada heterogeneidad genética lo que favorece que en la población de virus de un mismo individuo existan genomas relacionados entre sí, pero no idénticos y que se conocen como cuasiespecies víricas.

En teoría, todas estas variantes circulantes pueden integrarse en forma de provirus en las células y estar representadas en el reservorio de células latentemente infectadas. El linfocito T CD4 infectado, se destruye en 24 horas al completar el virus su ciclo infeccioso, sin embargo, unas pocas células infectadas no son destruidas y pueden revertir al estado quiescente después de la infección albergando al virus latente durante períodos muy prolongados, en lo que se conoce como reservorio.

El reservorio celular latente de VIH-1, consiste principalmente en linfocitos TCD4 memoria en estado de reposo. Este reservorio de células latentemente infectadas, tiene una vida media de más de 4 años y es el obstáculo principal para la erradicación del virus. Por esta razón, cuando se suspende el tratamiento, se reinicia la replicación a expensas de este reservorio.

### 3.4 Aspectos epidemiológicos

#### • Agente causal

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) miembro de la familia Retroviridae, perteneciente al género Lentivirinae, con dos tipos VIH 1 y VIH 2. El VIH 1 presenta 3 grupos: M, N y O. El grupo M se divide en 7 subtipos: de A a la J. El VIH 2 presenta 5 subtipos: de la A a la E.

#### • Reservorio: El ser humano

#### • Modo de transmisión:

- Contacto Sexual.
- Vertical (madre a hijo).

- Uso de drogas intravenosas.
- Transfusiones y transplantes.
- Accidentes laborales.

- **Período de ventana**

Es variable. El tiempo que transcurre entre el contacto hasta la aparición de anticuerpos detectables, puede ser de 3 meses.

- **Período de transmisibilidad**

Comienza poco después de iniciarse la infección por VIH y continua de esta manera hasta que el paciente inicia tratamiento, logra y mantiene una carga viral indetectable.

- **Susceptibilidad:**

Toda la población es susceptible, sin embargo; los hombres que tienen sexo con hombres, mujeres y hombres trabajadores sexuales y Transgénero femeninas son población con mayor riesgo de infección.

- **Distribución de la enfermedad:**

En Guatemala, se documentó por primera vez la presencia del VIH en el año de 1984. El análisis de la tendencia observada desde los primeros registros hasta la actualidad, evidencia un aumento notorio de la epidemia en el país en especial en Escuintla, Suchitepéquez, Guatemala, Izabal, Retalhuleu y Quetzaltenango.

### 3.5 Vigilancia epidemiológica

#### *Definición de caso*

##### **Caso sospechoso:**

###### **Para mayores de 18 meses:**

Toda persona con una prueba rápida de VIH reactiva.

###### **Para menor de 18 meses:**

Todo menor nacido de madre positiva para VIH.

##### **Caso confirmado:**

###### **Para mayores de 18 meses:**

Toda persona con una prueba virológica reactiva del VIH o de sus componentes (ARN, ADN o antígeno p24) o con dos pruebas rápidas reactivas de distintas características operativas, según el algoritmo diagnóstico nacional<sup>2</sup>.

###### **Para menores de 18 meses:**

Paciente con prueba virológica reactiva del VIH o sus componentes, confirmada mediante otra prueba virológica realizada en una muestra distinta, conforme a lineamientos nacionales<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy

<sup>3</sup> Guía Nacional de tratamiento antirretroviral y de infecciones Oportunistas 2015

### **Caso de infección de VIH avanzado**

- Criterios inmunológicos para el diagnóstico de la infección avanzada por el VIH:
  - Adultos y niños a partir de 5 años con infección VIH confirmada y cifra de linfocitos CD4 menor de 200 mm<sup>3</sup> o estadio 3 ó 4 de la OMS.
  - Todos los niños menores de 5 años que tienen diagnóstico de VIH es considerado que tienen VIH avanzado<sup>4</sup>.

#### **Persona contacto:**

- Toda persona que haya tenido contacto sexual en los últimos 12 meses con una persona con VIH.

### **Procedimientos de la vigilancia**

- **Vigilancia Universal**

Pasiva: Todos los casos que lleguen a cualquier servicio y cumplan con los criterios de casos sospechoso o confirmado.

Activa: Búsqueda de casos que cumplan con los criterios de caso sospechoso o confirmado, en poblaciones vulnerables, a través de pruebas de tamizaje masivas.

### **Pruebas de laboratorio**

- **Pruebas de tamizaje:**

a) Prueba rápida para detección de anticuerpos anti-VIH 1 y 2 validadas en el país y catalogada como altamente sensible.

- **Pruebas confirmatorias:**

a) Segunda prueba rápida, para detección de anticuerpos anti-VIH 1 y 2 altamente específica y validada en el país<sup>5</sup>.

b) Segunda prueba por enzimo inmuno análisis de 3era. Generación, para detección de anticuerpos anti-VIH 1 y 2.

c) PCR para detección del ADN proviral (según Guía de Tratamiento Antirretroviral).

### **Registro y notificación**

La notificación, deberá ser diaria y de carácter obligatorio a través del instrumento Epificha en formato web y en formato físico.

Para el registro del paciente, se deberá usar el código único de identificación que aparece en el documento personal de identificación (DPI) siendo esto obligatorio, y el código de 16 dígitos<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Ibid 3

<sup>5</sup> Ibid 6

<sup>6</sup> Normas, principios y recomendaciones para la vigilancia de VIH/SIDA 2003. Pag. 25 y 26 Programa Nacional de SIDA,

El tamizaje y confirmación pueden tener varias rutas (ver en anexo mapa de posibles recorridos del paciente), por lo que la ficha de notificación en Epiweb será siempre la misma, identificando al paciente por el CUI, y teniendo la opción de actualizarse en la plataforma Epiweb hasta que este se vincule a una Unidad de Atención Integral.

La vigilancia y notificación, se iniciarán con el paciente que en el momento de la prueba de tamizaje sea reactiva. Desde ese momento, se debe llenar la ficha de notificación y subirse al sistema Epiweb. El caso puede clasificarse como reactivo, indeterminado o positivo. En los casos no confirmados (reactivos e indeterminados), habrá un plazo de 4 semanas para que el paciente sea confirmado, de no ser así, se iniciará la investigación de caso.

El paciente que se confirma, se dejará de vigilar en el momento en el que sea vinculado a una Unidad de Atención Integral (MSPAS, IGSS, SM, Hospicio San José). Si el campo de CD4 no está lleno en 2 semanas, se establecerá comunicación con los servicios implicados para investigar el caso y clasificarlo.

En el caso del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la responsabilidad de notificarle competirá a la persona que capte el caso en el servicio en el que se encuentre; de la misma forma sucederá en las unidades de atención integral. En relación con las instituciones ajenas al MSPAS, será bajo la responsabilidad del epidemiólogo o jefes de las instituciones o personal delegado por ellos. El Departamento de Epidemiología, mantendrá comunicación directa con el personal designado al llenado de la epificha, para la supervisión de la vigilancia.

**Periodicidad de la notificación:** La notificación deberá ser diaria, en el momento de la detección de un caso en cualquiera de sus clasificaciones.

**Notificación tardía de casos:** El cierre de mes se hará el último día del mes, teniendo hasta el día 7 del mes siguiente para notificar el caso. Todos los casos posteriores a esta fecha serán tomados como notificación tardía y se sumarán a la notificación del mes siguiente, separándolos como lo que son. La notificación tardía no deberá de exceder el día 15 del mes posterior.

• **Investigación de caso:**

Se investigará cualquier caso que siendo reactivo en una prueba de tamizaje o con resultado indeterminado, luego de 4 semanas no se confirme o descarte. En el caso de ser caso confirmado, hasta que se vincule al servicio correspondiente.

• **Investigación caso en niños**

Se investigarán a todos los niños nacidos de madre con prueba de VIH reactiva.

**Ficha de investigación del caso:** La ficha de vigilancia epidemiológica, debe llenarse a todo paciente que presente 2 pruebas diferentes (una sensible y la otra específica), ver anexo.



### 3.6 Acciones de control:

- a) La hospitalización sólo está indicada en casos complicados, conservando las normas de protección universal para el manejo de sangre y fluidos corporales.
- b) Brindar educación sobre conductas sexuales de riesgo y uso adecuado y consistente del condón, así como de otros mecanismos de transmisión.
- c) Atención integral que incluye asistencia médica, psicológica y social al infectado asintomático o enfermo, con el fin de reducir la frecuencia y gravedad de las complicaciones orgánicas, psíquicas, sociales y laborales que presenten e interrumpir la cadena de transmisión.
- d) El médico tratante, deberá programar el seguimiento clínico tanto para los VIH y SIDA cumpliendo con los objetivos de la evolución clínica y el diagnóstico oportuno de las infecciones oportunistas u otras afecciones relacionadas al VIH/SIDA.
- e) En las mujeres infectadas por el VIH o enfermas con SIDA, si procede, se estudiarán sus hijos nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad.

### 3.7 Indicadores

#### Indicadores de vigilancia

1. Estimación del número de personas viviendo con VIH (población total y poblaciones clave).
2. Prevalencia de VIH Y VIH Avanzado.
3. Incidencia de infecciones por VIH.
4. Porcentaje de personas que se hicieron la prueba de VIH en el período del reporte.
5. Porcentaje de personas que se hicieron la prueba de VIH en el período del reporte y conocen sus resultados.
6. Porcentaje de personas vinculadas a servicios de atención de VIH (con o sin TARV), en relación al número de personas que fueron diagnosticadas VIH y conocen sus resultados.
7. Número de personas que viven con VIH (PVV) que han sido diagnosticadas con la infección y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV.
8. Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV.
9. Porcentaje de personas de las poblaciones priorizadas que se han realizado la prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conocen su resultado.
10. Prevalencia de VIH entre grupos de poblaciones clave (porcentaje de grupos de población clave específicos que viven con VIH).
11. Diagnóstico temprano: Número de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos.
12. Porcentaje estimado de niños que contraen el VIH, mediante transmisión materno infantil entre el número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores.



13. Mortalidad relacionada al VIH.
14. Diagnósticos tardíos del VIH.

### **Indicadores de monitoreo y evaluación**

- a) Proporción de unidades que notifican.
- b) Proporción de establecimientos privados (ONG'S, clínicas privadas, hospitales privados etc.) que notifican.
- c) Proporción de reuniones de sala situacional donde se haya analizado la situación de las ITS, VIH Y SIDA.
- d) Proporción de personal de salud capacitado en acciones de vigilancia epidemiológica de las ITS, VIH Y SIDA.

El Departamento de Epidemiología, será el responsable de dar el dato nacional oficial sobre los indicadores antes descritos, así como cualquier otro que le sea requerido.



### 3.8 Anexos



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA**  
**Ficha Epidemiológica VIH**  
Notificación de infección por VIH y caso VIH Avanzado adulto y pediátrico



No. correlativo:

#### 1. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

UNIDAD NOTIFICADORA		1.2. No. De Ficha:	Área	Distrito	Municipio	VIH		
1.1. Fecha de notificación:	/					Evento	Año	
1.3. Ubicación de la unidad notificadora								
Área de salud: _____			Distrito: _____		Servicio: _____			
Hospital: _____			Otro: _____					
1.4. Responsable del llenado del instrumento: _____								
Cargo: _____								

#### 2. DEMOGRÁFICA

#### 3. INFORMACIÓN

2. CUI:

3.1  Código del paciente

3.4. Sexo al nacimiento: M  F

3.2. Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3.5. Lugar de nacimiento - Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_

3.6. Lugar de residencia - Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_

3.7. Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Xinca  Otro:

3.8. Pueblos: Ladino/mestizo  Maya  Garfuna

3.9. Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Unión libre  Viudo(a)  Divorciado(a)

3.10. Escolaridad: Analfabeto  Alfabeto  Primaria  Básico  Diversificado   
Universitario

3.11. Embarazada: Si  No  3.12. Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

3.13. Estado del reposo:  Viv  Muerto  3.14. Fecha de muerte: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3.15. Ruta de Transmisión  Sexo c  Se  con Madre  Hijo uario de droga   
inyectadas Transfusiones Accidentes de Trabajo Hombres Mujeres



#### 4. INFORMACIÓN POBLACIÓN CLAVE

4.1. ¿Se identifica usted como Trans?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4.5. ¿Se identifica usted como trabajador del sexo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.2. ¿Se identifica usted como Gay/Homosexual?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4.6. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.3. ¿Se identifica usted como Bisexual?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4.7. ¿Es privado de libertad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.4. ¿Se identifica usted como Heterosexual?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

#### 5. CASOS PEDIÁTRICOS

5.1. La madre está viva	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>																																																																																	
5.3. Madre VIH positiva: Si sabe	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																																																
5.4. Fecha de diagnóstico de la madre: ____/____/____				5.10. ADN Pro-viral																																																																																
5.11. CUI de la madre: _____																																																																																				
5.5. La madre tiene tratamiento con ARV: Si	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>																																																																																		
5.6. Fecha de inicio de tratamiento de la madre con ARV: ____/____/____																																																																																				
5.7. Resolución del parto: Parto vaginal	<input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>																																																																																	
5.8. La madre recibió AZT durante el parto: Si	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>																																																																																		
5.9. Recibió lactancia materna: Si	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>																																																																																		

#### 6. RESULTADOS DE LABORATORIO

Pruebas de Laboratorio	Resultados	Fecha	Servicio dónde se realizó	Recibió sus resultados
6.1. Primera prueba: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.2. Segunda prueba: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.3. Tercera prueba: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	____/____/____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.4. Prueba para TB: _____	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



6.5. CD4 Basal: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> /\_ /\_ Si   
 No

6.6. Carga Viral Basal: \_\_\_\_\_ cop/mL /\_ /\_ Si   
 No

6.7. Fecha de último resultado negativo (más reciente) de prueba de VIH (si se ha realizado alguna vez): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6.8. Lugar en que se realizó la última prueba de VIH: Centro de Salud  Hospital Público   
 Hospital Privado  Otro: \_\_\_\_\_

#### 7. CLASIFICACIÓN DEL CASO Y VINCULACIÓN

7.1. Diagnóstico final: VIH  VIH Avanzado  Pendiente de Confirmación  Negativo

7.2. Fecha de diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

7.3. Paciente vinculado a la Unidad de Atención Integral (UAI): Si  No  7.4. Nombre de la UAI: \_\_\_\_\_

7.5. Paciente inició tratamiento con antirretrovirales (ARV) en esta UAI (7.4) y en esta fecha (7.2): Si  No



## Instructivo boleta de notificación

### Instructivo boleta de notificación

#### 1. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

**1.1. Fecha de notificación:** día, mes y año en que se notifica.

**1.2. No. de Ficha:** anotar el número de área, distrito, municipio (corresponde a la ubicación de la unidad notificadora) y el año en que se llena la boleta.

**1.3. Ubicación de la unidad notificadora:** anotar el nombre del área de salud, distrito, y servicio de la unidad notificadora.

**1.4. Responsable del llenado del Instrumento:** nombre completo de la persona que llena la boleta de notificación y el cargo que ocupa.

#### 2. CÓDIGO DEL PACIENTE (16 DÍGITOS):

Se deberá escribir el código de identificación del paciente según el siguiente procedimiento:

- El primer dígito del código será la letra del **sexo** de la persona:

\*M = masculino \*F = femenino

- Los siguientes 6 dígitos son la **fecha de nacimiento**, la cual deberá colocar en el siguiente orden: día, mes y año, (010102) correspondiente al 1 de enero del año 2002.

- El siguiente dígito corresponde al **país de nacimiento** de la persona:

1 = Guatemala 4 = Honduras 7 = Panamá

2 = Belice 5 = Nicaragua 8 = México

3 = El Salvador 6 = Costa Rica 9 = Otro país

- Los siguientes 2 dígitos son del **departamento de nacimiento** de la persona, se usará la Codificación del INE (ver código departamental). En el caso de ser extranjero deberá anotarse: 00

- Los siguientes 2 dígitos corresponden al Código del **municipio de nacimiento** de la persona de acuerdo a lo establecido por el INE (ver códigos municipales). En el caso de ser extranjero deberá anotarse: 00

- Los restantes 4 dígitos son relacionados al **nombre** de la persona, las primeras 2 letras del primer nombre y las primeras 2 letras del

primer apellido, ambas en letras mayúscula. (Recordar que un nombre con apellido compuesto como por ejemplo: Juan De La Cruz se abrevia: JUDE, el apellido comienza desde la palabra DE.)

#### Ejemplo de código del paciente:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1. Sexo: Masculino                          | 4. Departamento de nacimiento: Mixco |
| 2. Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1995 | 5. Municipio de nacimiento: Mixco    |
| 3. País de nacimiento: Guatemala            | 6. Nombre: Juan Miguel Pérez López   |

Código del paciente : M12049510108JUPE

Si alguno de los datos no existiera como fecha de nacimiento o lugar, deberá marcarse una letra X por cada casilla faltante: es decir, dos X en aquellas que llevan dos dígitos (departamento, por ejemplo) y una X en las que llevan únicamente un dígito (país por ejemplo).

#### 3. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

**3.1. CUI:** Anotar el código único de identificación (CUI) del Documento Personal de Identificación (DPI) del paciente. Anotar un dígito por cada cuadro.

**3.2. Edad:** Anotar años o meses cumplidos al momento de la notificación.

**3.2. Fecha de nacimiento:** Día, mes, año de la fecha de nacimiento.

**3.3. Sexo:** Marcar con una X, M si es masculino o F si es femenino.

**3.4. Lugar de nacimiento:** Anotar el departamento, municipio y localidad de nacimiento de la persona.

**3.5. Lugar de residencia:** Anotar el departamento, municipio y localidad de la residencia actual de la persona.

**3.7. Nacionalidad:** Anotar la nacionalidad de la persona.

**3.6. Pueblos:** Marcar con una X el pueblo en el que la persona se considere.

**3.8. Estado civil:** Marcar con una X el estado civil de la persona al momento de la notificación.

**3.9. Escolaridad:** Marcar con una X, analfabeta, persona que no sabe leer ni



escribir; alfabeto, persona que sabe leer y escribir; primaria, básico, diversificado, universitario, si la persona cursó algunos de esos niveles.

**3.10. Embarazada:** Marcar con una X una de las dos respuestas.

**3.11. Semanas de embarazo:** Anotar semana de embarazo en números en que se encuentra la paciente en el momento que se realiza la prueba de VIH.

**3.12. Estado de Reporte:** Marcar con una X, correspondiente al estado del paciente al momento de llenar la boleta, vivo o muerto.

**3.13. Fecha de muerte:** Si marcó "muerto" anteriormente, debe de colocar la fecha de defunción día, mes y año.

**3.14. Ruta de Transmisión:** Marcar con una X la vía que la persona considere que fue la vía de transmisión de la enfermedad. (Puede marcar más de una opción).

#### **4. INFORMACIÓN POBLACIÓN CLAVE**

**4.1. ¿Se identifica usted como Trans?:** marcar con X una de las dos respuestas

**4.2. ¿Se identifica usted como Gay / Homosexual?:** marcar con X una de las dos respuestas.

**4.3. ¿Se identifica usted como bisexual?:** marcar con X una de las dos respuestas.

**4.4. ¿Se identifica usted Heterosexual?:** marcar con X una de las dos respuestas.

**4.5. ¿Se identifica usted como trabajadora sexual?:** marcar con una X una de las dos respuestas.

**4.6. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes?:** marcar con una X una de las dos respuestas.

**4.7. ¿Es privado de libertad?:** Marcar con una X una de las dos respuestas.

#### **5. CASOS PEDIÁTRICOS**

**5.1. Madre VIH positiva:** Marcar con una X una de las respuestas.

**5.2. Código de 16 dígitos de la madre:** Si marcó anteriormente "Si", colocar el código de

16 dígitos de la madre VIH positiva del paciente pediátrico.

**5.3. CUI de la madre:** Independientemente de las respuestas marcadas anteriormente, colocar el código único de identificación (CUI) del Documento Personal de Identificación (DPI) de la madre del paciente pediátrico. Anotar un dígito por cada cuadro.

**5.4. Fecha de diagnóstico de la madre:** Si marcó "Si" a la pregunta 5.1, colocar la fecha de diagnóstico de la madre (día, mes y año).

**5.5. La madre tiene tratamiento con ARV:** Marcar con una X una de las opciones si la madre tiene tratamiento con antirretrovirales.

**5.6. Fecha de inicio de tratamiento:** Si marcó "Si" anteriormente, colocar la fecha de inicio de tratamiento de la madre (día, mes y año.)

**5.7. Resolución del parto:** Marcar con una X una de las opciones.

**5.8. Recibió lactancia materna:** Marcar con una X una de las respuestas.

**5.9. ADN Proviral:** Marcar con una X el resultado y anotar el día, mes y año del resultado.

#### **6. RESULTADOS DE LABORATORIO**

**6.1. Primera Prueba:** Anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.

**6.2. Segunda Prueba:** Anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.

**6.3. Tercera Prueba:** Anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.

**6.4. Prueba para Tuberculosis:** Anotar el nombre de dicha prueba, marcar con una x el resultado y escribir la fecha en que se realizó (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.

**6.5. CD4 Basal:** Se debe de anotar el resultado de la prueba y escribir la fecha del resultado (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.



**6.6. Carga viral Basal:** Se debe de anotar el resultado de la prueba y escribir la fecha del resultado (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.

**6.7. Fecha de último resultado negativo (más reciente) de prueba de VIH (si se ha realizado alguna vez):** Si aplica anotar (día, mes y año), anotar si la persona recibió el resultado.

**6.8. Lugar en que se realizó la última prueba de VIH:** Si en la pregunta anterior se anotó la fecha, marcar el lugar que el paciente se realizó la prueba de VIH.

## **7. CLASIFICACIÓN DEL CASO**

**7.1. Diagnóstico final:** Con base a los resultados de laboratorio, marcar con una X si el caso es VIH o VIH avanzado. Si solamente se tiene la primera prueba es un caso pendiente de confirmar y si la segunda o tercera prueba no es reactiva el caso es negativo.

**7.2. Fecha:** Anotar el día, mes y año en que se realizó el diagnóstico final.

**7.3. Paciente vinculado a la Unidad de Atención Integral:** Marcar a aquellos pacientes que tuvieron un recuento de linfocitos CD4 o una CV y haber recibido TAR en la farmacia o una consulta de atención a la infección por el VIH en el año determinado, en la UAI en la que se completa esta sección.

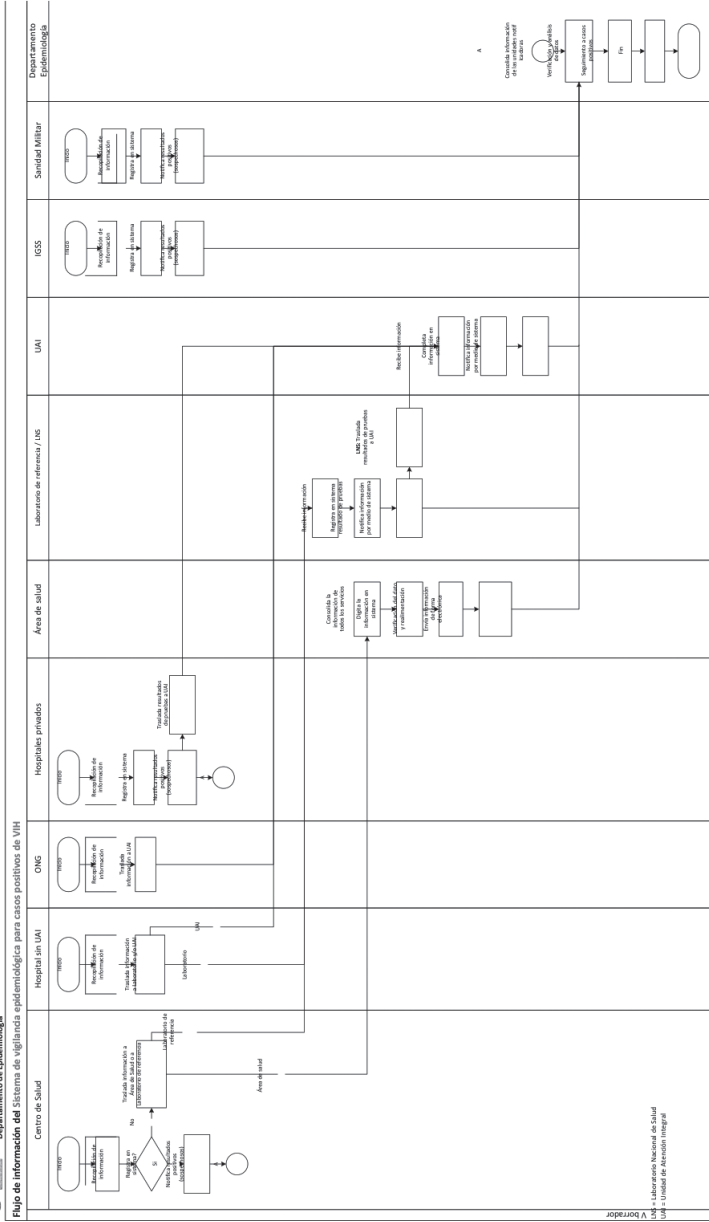
**7.4. Nombre de la UAI:** Escribir el nombre de la UAI.

**7.5. Paciente inició tratamiento con antirretrovirales (ARV) en esta UAI (7.4) y en esta fecha (7.2.):** Marcar SI o NO según corresponda.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Sistema Integral de Atención en Salud  
Dirección General de Vigilancia Epidemiológica

Flujo de información del Sistema de Vigilancia epidemiológica para casos positivos de VIH



V Borrador  
LIS - Laboratorio Nacional de Salud  
UAI - Unidad de Atención Integral







#### 4. Referencia bibliográfica

1. Informe Mundial, ONUSIDA 2013.
2. INE, estimaciones de población para Guatemala, 2002.
3. UNAIDS/WHO, Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. 2000.
4. Análisis de vigilancia Epidemiológica VIH, Guatemala. CNE, 2014.
5. Estimaciones y Proyecciones del VIH, para Guatemala, Spectrum, ajuste al 2013.
6. Monitoreo Global del Sida 2018, ONUSIDA 2017.
7. Rafael Delgado, Características virológicas del VIH, *EnfermInfeccMicrobiolClin.* 2011;29 (1): Elsevier.
8. Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy.
9. Guía Nacional de tratamiento antirretroviral y de infecciones Oportunistas 2015.
10. Normas, principios y recomendaciones para la vigilancia de VIH/SIDA, PNS.