

Protocolo Nacional de Vigilancia

# de la infección por VIH y las infecciones de transmisión sexual

Ministerio  
de **Salud**  
Costa Rica



El presente documento fue elaborado por el Grupo Técnico conformado por:

Ministerio de Salud

Dra. Lenny Centeno Víctor  
Dra. Sandra Delgado Jiménez  
Dra. Adriana Torres Moreno  
Ing. Michael Moya García  
Ing. Miguel Chavarría Herrera  
Msc. Alejandra Obando Rodríguez

Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Gloria Terwes Posada  
Dra. Ana Lorena Torres  
Dr. Carlos Eduardo Araya Muñoz,  
Lic. María de los Ángeles Sánchez Chinchilla  
MSc. Alexandra Acuña Carrillo

### **Grupo Técnico VIH e ITS**

Dra. Marcela Hernández de Mezerville, Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones  
Dra. Gloria Terwes Posada, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS  
Dra. Lucía Quirós Ramírez, Dirección de Compra de Servicios de Salud  
Dra. Tatiana Picado Le-Frank, Dirección de Red Integrada de la Prestación de Servicios de Salud, Central Sur  
Dra. Elenita Ramírez Salas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS

### **Facilitadores del proceso:**

Dra. Grettel Esquivel Garita  
Ing. Fernando Sánchez Arroyo

### **Revisado por:**

Dr. Rodrigo Marín Rodríguez, Director Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud

Versión: I Primera edición	Fecha de publicación: 29-11-2022
Aprobado por: Dra. Melissa Ramírez Rojas	

## 1. Abreviaturas

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
CD4+	Linfocitos T CD4
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades
CILOVIS	Comisión Local de Vigilancia de la Salud
CONASIDA	Consejo nacional de Atención Integral de VIH/sida
CV	Carga Viral
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
EDTA	Acido etilendiaminotetraacético
EGO	Examen General de Orina
ELISA	Enzimoimmunoanálisis de adsorción
FI	Ficha de investigación
FTA-ABS	Prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos
HPV	Papiloma Virus Humano
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MS	Ministerio de Salud
MTS	Mujeres trabajadoras del Sexo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida
PCR	Prueba de Proteína Reactiva
PVV	Personas Viviendo con VIH
RPR	Reagina Plasmática Rápida
PR	Prueba de diagnóstico rápido
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SINAVIS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SIVEI	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica
TAR	Terapia Antirretroviral
TP-PA	Treponema pallidum por aglutinación de partículas
VE-01	Boleta de notificación Individual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WB	Western Blot

## Contenido

1.	Abreviaturas.....	2
2.	Introducción .....	4
3.	Situación Internacional y Nacional .....	5
3.1	Contexto Internacional.....	5
3.2	Contexto Nacional .....	6
4.	Alcance y ámbito de aplicación .....	8
5.	Objetivos .....	8
5.1	Objetivo General.....	8
5.2	Objetivo Específicos.....	8
6.	Etiología y diagnóstico .....	9
7.	Definiciones operativas.....	12
7.1	Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	12
7.2	Sífilis primaria.....	13
7.3	Sífilis secundaria.....	14
7.4	Sífilis latente .....	14
7.5	Sífilis terciaria o neurosífilis .....	15
7.6	Sífilis Congénita.....	16
7.7	Gonorrea.....	19
7.8	Tricomoniasis .....	19
7.9	Papiloma .....	20
8.	Mecanismos de Vigilancia.....	21
8.1	Notificación Obligatoria.....	21
8.2	Codificación de los eventos .....	22
8.3	Investigación de casos .....	24
8.4	Vigilancia activa .....	24
9.	Flujogramas para la notificación.....	28
9.1	Flujograma de notificación de caso probado o confirmado por laboratorio en establecimientos públicos y privados.....	28
9.2	Flujograma de notificación de caso confirmado por laboratorio .....	29
9	Bibliografía .....	30
10	. Anexos .....	32
10.1	Boleta VE 01 .....	32
10.2	Recomendaciones para toma de las muestras. ....	33
10.3	Desagregación de códigos según CIE-10 para la notificación de eventos. ....	34

## 2. Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) por años han sido protagonistas de las causas principales de infertilidad, discapacidad a largo plazo, población con una calidad de vida deteriorada, discriminación y pérdidas de vidas en Costa Rica y el mundo.

Es por ello que, en Costa Rica se creó la ley 7771, Ley General sobre el VIH-SIDA, la cual enmarca derechos de las personas infectadas, acciones de prevención, la vigilancia epidemiológica y el régimen de atención penitenciario; esto acompañado a la ordenanza del Reglamento de Vigilancia de la Salud N°40556-S, la cual regula el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud para contar con información de cobertura, de pertinencia y de calidad-para la toma de decisiones.

En secuencia a los eventos, el Ministerio de Salud como ente rector en salud de Costa Rica, plantea un protocolo que de dirección al cumplimiento de estas disposiciones en el proceso de vigilancia epidemiológica; en consecución a la Agenda de Salud sostenible de las Américas 2018-2030 de la OPS, que busca reducir la mortalidad, la morbilidad y el estigma, asociados a las infecciones de trasmisión sexual.

Conociendo la importancia de la vigilancia de la salud en los eventos epidemiológicos y en general en materia de salud pública, es indispensable que, tanto en el sector privado como las diferentes instituciones públicas involucradas, busquen la mejora en la capacidad y el desempeño del sistema de vigilancia en casos de infección por el VIH e ITS, siguiendo las ordenanzas y disposiciones regulatorias a nivel nacional.

## 3. Situación Internacional y Nacional

### 3.1 Contexto Internacional

Según la OMS (2020), se estimó que, a finales de 2019, había a nivel mundial, alrededor de 38 millones de personas con el VIH. Como resultado de los esfuerzos internacionales concertados para responder al VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente.

En 2019, el 68% de los adultos y el 53% de los niños con el VIH estaban en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida; a finales de ese año, el 81% de las personas con el VIH conocían su estado serológico. El 67% del total estaba en tratamiento antirretrovírico y el 59% había logrado suprimir el virus.

Entre 2000 y 2019, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 39% y las muertes relacionadas con el virus en un 51%, y se salvaron 15,3 millones de vidas gracias al TAR. Este logro fue el resultado de los grandes esfuerzos realizados por los programas de cada país, sobre el VIH con el apoyo de la sociedad civil y los asociados internacionales en favor del desarrollo.

De acuerdo con la OPS (2019), la cantidad de nuevos casos de VIH en América Latina, han incrementado en 21% desde 2010, con aproximadamente 120 000 nuevas personas infectadas en 2019. En la Región afecta de manera desproporcionada a grupos de poblaciones clave: HSH, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales; los cuales representan, aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones en 2019 y el 37% en el Caribe.

Se estima que el 23% de las personas con VIH en América Latina desconocen su infección, y aproximadamente un tercio se diagnostica tarde, con inmunodeficiencia avanzada. Aproximadamente 1.3 millones de personas que viven con VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR) en América Latina a fines de 2019, lo que

representa un 60% de cobertura de TAR entre todas las personas que viven con VIH en América Latina.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), cada día, más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). Se estima que anualmente, unos 376 millones de personas contraen alguna de las tres ITS siguientes: gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Asimismo, más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH).

### 3.2 Contexto Nacional

Costa Rica tiene una prevalencia de VIH en la población general de 0,4% (0,4-0,5) (ONUSIDA, 2018); la epidemia está concentrada en las poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trans y trabajadoras sexuales (Ministerio de Salud, 2019).

La cantidad de casos reportados al 2021 fue de 14 293, En el 2019 hubo el mayor número de casos reportados por año con 942. La incidencia de casos está muy marcada en el sexo masculino con una relación de H:M de 6:1. La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes para el 2021 fue de 3,6, la de hombres de 5,7 y en mujeres 1,4. (INEC, 2022).

El 83 % de las personas atendidas por VIH, son hombres y el rango que tiene mayor registro de casos, es el de 20 a 44 años; sin embargo, la población más afectada es la que se encuentra en el rango entre 20 a 29 años.

Las tres provincias con las mayores tasas de mortalidad de VIH por 100.000 habitantes en el 2021 fueron San José con 5.9, Heredia con 4,3, Guanacaste con 3,0, posteriormente tenemos a Cartago con 2,6, Puntarenas y Limón con 2,2 y Alajuela con 1,4.

Costa Rica tiene como eje fundamental buscar estrategias para eliminar la epidemia para el año 2030. Este compromiso forma parte de la estrategia de ONUSIDA 2016-2021, la cual es una de las primeras del sistema de las Naciones Unidas que está alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y se centra en reducir de forma drástica las nuevas infecciones y cambiar la trayectoria de la epidemia. (CONASIDA, 2018).

Es importante mencionar que, dentro de la Estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS, se pretende tener una mejor respuesta ante la epidemia de las ITS y según la agenda de los ODS 2030 la vigilancia y notificación de la Tricomonas resulta relevante debido a su asociación con parto pretérmino y el nacimiento de niños con bajo peso al nacer. Por esta razón este evento forma parte de la notificación en nuestro país ya que se ha observado que infecciones, como la Gonorrea y la Tricomoniasis, aumentan el riesgo de transmisión de otras ITS, incluida la transmisión y el contagio del VIH (CDC, 2022).

Además, en la “Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana” publicado en el 2018, se encontró en mujeres trans una prevalencia del VIH de 23.0% (17.8-28.1); de sífilis activa, 12.9% (IC 95% 8.7- 17.0). En hombres que tienen relaciones sexuales con hombres la prevalencia de VIH fue de 15.4% (IC: 7.2%-23.6%); de sífilis activa de, 10.5% (IC 95% 5.1-16.8). La prevalencia de VIH en las mujeres trabajadoras sexuales fue de 1.3% (IC 95%: 0.10- 2.5); de 1.4% (IC 95%: 0.1-2.6) de sífilis activa.

## 4. Alcance y ámbito de aplicación

El presente protocolo de vigilancia es de acatamiento obligatorio, de aplicación en todo el territorio nacional, e involucra a todas las instituciones, entidades u organizaciones del sector salud público y privado que presten servicios de salud; asimismo, este instrumento incluye la Vigilancia de las ITS sujetas a la eliminación según recomendaciones de la OMS/OPS.

## 5. Objetivos

### 5.1 Objetivo General

Fortalecer el proceso de Vigilancia Epidemiológica Nacional de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con énfasis en aquellas sujetas a la eliminación y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

### 5.2 Objetivo Específicos

- Identificar la etiología de las ITS en personas sintomáticas mediante pruebas de laboratorio aplicadas en los diferentes establecimientos de salud.
- Protocolizar la notificación de los eventos a las unidades de Vigilancia del Ministerio de Salud para garantizar un flujo de información oportuno.

## 6. Etiología y diagnóstico

Las ITS se encuentran entre las causas más comunes de enfermedades en el mundo, su etiología a través de los años ha sido ampliamente estudiada con el propósito de ofrecer mejores diagnósticos, manejos más certeros, así como una adecuada vigilancia de la enfermedad.

La OMS sugiere la eliminación de ciertas ITS para el 2030. El proyecto de estrategia mundial del sector de la salud contra las ITS se centra en tres infecciones que requieren medidas de control inmediatas y pueden monitorearse:

La infección por *Neisseria gonorrhoeae*, debido al riesgo creciente de gonorrea intratable y de coinfección por otras ITS. La infección por *Treponema pallidum*, con la eliminación de la sífilis congénita, que implica disponer de sistemas sólidos para garantizar el cribado, el manejo adecuado y oportuno de las mujeres embarazadas con serología VDRL positiva y el tratamiento de todas estas mujeres y de su contacto; así como el control de la sífilis en poblaciones específicas. La infección por el virus del papiloma humano, con énfasis en la vacunación para eliminar el cáncer cervicouterino y las verrugas genitales. La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual que también va muy de la mano con el VIH, por lo que se integra al grupo de las ITS para su manejo y eliminación.

Además, La OMS también reconoce la importancia de la infección por *Chlamydia trachomatis* y el aumento de la tasa de infección entre los adolescentes. Sin embargo, como todavía están por definir las mejores estrategias para controlar y cuantificar las infecciones por *Chlamydia trachomatis*; esta patología no se integra al Protocolo Nacional de Vigilancia de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual.

## VIH

- El agente causal de la infección por VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, es un retrovirus humano, se conocen dos tipos, VIH 1 y VIH 2, siendo el más frecuente el tipo 1. A pesar de ser diferentes serológicamente, comparten características epidemiológicas similares. La OMS ha desarrollado una definición de infección por VIH correspondiente con el estadio clínico y los hallazgos inmunológicos para facilitar una mejor vigilancia relacionada con la infección por el VIH. De igual forma realiza una estadificación clínica que permite clasificar la gravedad de la infección por VIH basándose en los eventos clínicos nuevos o recidivantes, lo cual ayuda a su control clínico.
- El **diagnóstico** de la infección por VIH se realiza por la presencia de anticuerpos anti-VIH que suelen aparecer en sangre entre dos y doce semanas después de la infección, las pruebas de detección utilizadas son: inmunoanálisis enzimático de adsorción (ELISA), cuenta con una sensibilidad del 99.5% y la prueba Western blot (anticuerpos VIH). A la infección por VIH se le da seguimiento con el conteo de linfocitos T CD4+ y/o la carga viral determinada por medio de técnicas de biología molecular.

## SÍFILIS

- Es una infección crónica, causada por una bacteria, de género *Treponema*, especie *Treponema pallidum*, la cual se transmite por vía sexual y se caracteriza por fases de actividades separadas por periodos de latencia. La enfermedad se ha dividido en etapas según sus hallazgos clínicos, lo que ayuda a orientar el tratamiento y seguimiento.
- El **diagnóstico** se realiza por medio de pruebas de detección directa como la observación al microscopio de campo oscuro, PCR y FTA, métodos serológicos y análisis de fluido cerebroespinal.

## TRICOMONIASIS

- Es la infección de la vagina o el aparato genital masculino causada por un protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis* transmitida por relaciones sexuales de riesgo. La enfermedad puede cursar asintomática o bien presentar uretritis, vaginitis, o en ocasiones, cistitis, epididimitis o prostatitis.
- El **diagnóstico** se basa en el laboratorio microscópico, directo positivo de las secreciones uretrales o cultivo de la orina.

## GONORREA

- Es una infección de transmisión sexual producida por un diplococo Gram negativo llamado *Neisseria gonorrhoeae*, que afecta tanto hombres como a mujeres, se caracteriza por afectar adultos jóvenes mayormente. Esta bacteria causa infección en los epitelios de la uretra, el cuello uterino, el recto, la faringe o las conjuntivas y causa irritación o dolor y secreción purulenta.
- El **diagnóstico** se hace por medio de la identificación de *Neisseria gonorrhoeae* por medio de cultivo (utilizando medio de cultivo Thayer Martin) o PCR.

## PAPILOMA

- El papiloma virus humano (HPV) es una enfermedad que causa verrugas, más frecuentemente en genitales, aunque pueden aparecer en otra zona de la piel como lesiones sobreelevadas o planas (lesiones de la piel o las membranas mucosas de los genitales). La infección por ciertos tipos de HPV puede conducir al cáncer.
- El **diagnóstico** definitivo de la infección por HPV se realiza mediante técnicas moleculares, que se basan en la captura híbrida de una secuencia específica de genes, mediante la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), para genotipificar el virus y determinar si es de bajo o alto riesgo.

## 7. Definiciones operativas

7.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana	<b>Caso Confirmado</b>
	<p>Todo paciente con dos pruebas positivas que demuestren estado serológico positivo por VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adultos y adolescentes <math>\geq 15</math> años.</li><li>• Niños mayores de 18 meses y hasta los 14 años.</li></ul> <p>Con al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Resultado positivo a una prueba rápida, más un ELISA de 4<sup>o</sup> generación con resultado positivo.</li><li>○ Western blot en casos donde se ha obtenido un resultado positivo y otro negativo, a razón de definir un resultado positivo confiable.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Carga viral en casos de embarazo.</li></ul>
	<p><b>Caso infección VIH Avanzado</b></p> <p>Todo adulto, adolescente y niña o niño de 5 o más años con conteo de linfocitos CD4 <math>&lt;200</math> células/mm<sup>3</sup> (hallazgo inmunológico) un evento clínico correspondiente al estadio 3 o 4 según la clasificación de la OMS.</p>

7.2 Sífilis primaria	<b>Caso Confirmado</b>
	Todo paciente que presente lesión ulcerosa en genitales no dolorosa, fondo limpio, bordes indurados y bien definidos Con prueba de laboratorio positiva: prueba no treponémica y treponémica positivas, o determinación de presencia de <i>T. pallidum</i> por microscopía de campo oscuro o PCR.

<p>7.3 Sífilis secundaria</p>	<p style="text-align: center;"><b>Caso Confirmado</b></p> <p>Todo paciente con presencia de lesiones palmo plantar, sarpullido o lesiones ulcerosas en boca, vagina, ano y además puede estar acompañado de otros síntomas como:Fiebre, ganglios linfáticos inflamados, dolor de garganta, pérdida parcial del cabello, cefalea, pérdida de peso, mialgias y/o fatiga y que cumpla con los siguientes criterios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio positivas (prueba no treponémica y treponémica positivas o determinación de presencia de <i>T. pallidum</i> por microscopía de campo oscuro o PCR).</li> </ul>
<p>7.4 Sífilis latente</p>	<p style="text-align: center;"><b>Caso Confirmado</b></p> <p>Todo paciente que se presente asintomático con reporte positivo por laboratorio de prueba no treponémica (VDRL) y treponémica positivas y FTA.</p> <p><b>La aparición se da entre 1 a 2 años posterior a la primera infección.</b></p>

<p>7.5 Sífilis terciaria o neurosífilis</p>	<p><b>Caso Confirmado</b></p>
	<p>Todo paciente con afectación en varios órganos corazón: aortitis, insuficiencia aortica, aneurisma sacular, estenosis coronaria; cerebro: meningitis, SNC, rigidez nual, cambios en el estado mental, convulsiones, mielopatía, alteraciones de pares craneales o uveítis, iritis, tabes dorsal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente que cumpla con una prueba de laboratorio treponémica o no treponémica en líquido cefalorraquídeo positivo.</li> </ul> <p><b>La aparición se da entre los 10 – 30 años posterior a la primera infección.</b></p>

## 7.6 Sífilis Congénita

### Caso Confirmado

Todo nacido vivo o feto muerto de más de 20 semanas de gestación, o más de 500 gramos de peso, nacido de una mujer con resultados serológicos positivos, para la sífilis y sin un tratamiento.

Nacido vivo, mortinato o niño menor de 2 años nacido de una mujer con resultados serológicos positivos para sífilis o cuyo estado serológico se desconoce y con signos de laboratorio, radiográficos o clínicos de infección por sífilis (independientemente del momento o idoneidad del tratamiento materno).

Los signos radiográficos y de laboratorio compatibles con un diagnóstico de sífilis congénita son cualquiera de los siguientes:

- a. Demostración de *Treponema pallidum* mediante examen microscópico, en campo oscuro o detección de anticuerpos treponémicos fluorescentes en el cordón umbilical; la placenta, el exudado nasal, el material de las lesiones cutáneas o de la autopsia de un recién nacido o un mortinato.
- b. Análisis del líquido cefalorraquídeo reactivo para la prueba de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), o niveles elevados de células o proteínas en el líquido cefalorraquídeo.

**c.** Imágenes radiográficas de los huesos largos compatibles con sífilis congénita (por ejemplo, osteocondritis, osteomielitis diafisaria, periostitis).

**d.** Lactante con un título reactivo, en las pruebas serológicas no treponémicas el cuádruple o más con relación al de la madre.

**e.** Lactante con un título reactivo, en las pruebas serológicas no treponémicas del cuádruple o más con relación al de la madre.

**f.** Lactante con una prueba serológica no treponémica reactiva con cualquier título, y cualquiera de los signos clínicos mencionados a continuación:

- Nacido de una mujer con resultados serológicos positivos.
- Desconocidos para sífilis, independientemente del tratamiento.

**g.** En los entornos donde no se cuenta con pruebas serológicas no treponémicas, lactante nacido de una mujer con resultados serológicos positivos o desconocidos para la sífilis, independiente del tratamiento, cuya exploración a los 6 meses muestra cualquiera de los signos clínicos mencionados a continuación:

En el caso de los mortinatos, debe determinarse el estado serológico de la madre para la sífilis. Todo mortinato con una prueba materna reactiva debe considerarse un caso de sífilis congénita (es decir, un mortinato sifilítico). Signos clínicos relacionados con la sífilis congénita.

Los signos clínicos tempranos que pueden estar presentes en un lactante con sífilis congénita son:

- Hidropesía no inmunitaria, hepatoesplenomegalia, rinitis, erupción cutánea, pseudoparálisis de una extremidad, retardo del desarrollo.

Los Lactantes mayores o los niños pueden presentar otros signos o síntomas como:

- Frente abombada, incisivos con muescas (dientes de Hutchinson), opacidad corneal, ceguera, dolor óseo, hipoacusia o sordera, tibiae en sable y formación de cicatrices cutáneas alrededor de la boca, los genitales y el ano.

7.7 Gonorrea	<b>Caso Confirmado</b>
	<p>Todo paciente con historia de relación sexual que presente secreción o descarga mucopurulenta en garganta, uretra, cérvix o recto, además de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar uno o más de los siguientes síntomas: disuria, polaquiuria u odinofagia.</li> <li>• Identificación de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> por medio de cultivo (utilizando medio de cultivo Thayer Martin) o PCR.</li> </ul>

7.8 Tricomoniasis	<b>Caso Confirmado</b>
	<p>Todo paciente que presente flujo vaginal con mal olor, coloración amarillo-verdosa e irritación vulvar o uretritis, ardor, prurito o antecedente de infección en la pareja. con examen de laboratorio microscópico directo positivo de las secreciones uretrales, o cultivo sedimento de la orina.</p>

## 7.9 Papiloma

### Caso Confirmado

Toda persona que presente lesiones tipo verruga en genitales externos e internos, ano u orofaringe con:

- Prueba de laboratorio positiva por Virus del Papiloma Humano, por medio de una reacción de la polimerasa en cadena (PCR).
- Paciente con alteración de PAP (lesiones de bajo y alto grado) que no cuente con lesiones tipo verruga con:
  - Prueba de laboratorio positiva por Virus del Papiloma Humano.
- Paciente que se realice hisopado uretral que no cuente con lesiones tipo verruga y que cuente con prueba de laboratorio positiva.

*Nota: se recomienda la genotipificación del VPH para definir si es de alto o bajo grado.*

## 8. Mecanismos de Vigilancia

### 8.1 Notificación Obligatoria

En relación con el Sistema Nacional de Vigilancia, según el Decreto 40556-S, Capítulo VI, artículo 32, menciona de la obligatoriedad de entregar información al Ministerio de Salud.

*“Los entes públicos y privados del país que presten servicios de salud a las personas así como todas las personas y organismos públicos y privados que produzcan, manipulen o concentren información que tenga relación con los eventos de salud incluidos en el presente decreto y sus determinantes, así como de cualquier evento imprevisto o inusitado que pueda afectar la salud humana, deberán de notificarlos de manera oportuna, así como cualquier otra información requerida por el Ministerio de Salud, ente Rector en Salud del país a través de sus diferentes niveles de gestión (artículo No.5 de la Ley General de Salud)”.*

En el caso de VIH y las infecciones de transmisión sexual (Gonorrea, Tricomonas, Sífilis, Papiloma), para efectos de la notificación obligatoria del evento, se clasifica en el **GRUPO B y Grupo D** en el caso de VIH; el cual comprende los eventos cuya notificación es en boleta VE-01; con periodicidad semanal. Estos eventos se notifican por confirmación diagnóstica de laboratorio, ver figuras 9.1 y 10.5.

Se ratifica la responsabilidad que tiene el médico tratante de notificar los casos de estas patologías al Área Rectora de Salud y dar seguimiento a los casos que ameriten.

Para efectos de Sífilis congénita se aplicarán las recomendaciones de la OPS: “Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y el de la Sífilis congénita” y el Lineamiento técnico de detección, abordaje, y seguimiento de niños y niñas con Sífilis congénita, de los establecimientos de salud de la CCSS.

En el caso de los laboratorios privados que realizan pruebas rápidas para detección del VIH y ELISA de 3° o 4° generación, deberán reportar los resultados de las PR reactivas y ELISA positivos a través del módulo de Sistema de Información de Vigilancia Integrada (SIVEI).

Una vez que un caso de VIH ha sido reportado como caso nuevo, éste será notificado solo una vez.

En el caso de las ITS mencionadas en el protocolo estas serán reportadas conforme sean diagnosticadas (este tipo de enfermedades se pueden notificar más de una vez en el año).

## 8.2 Codificación de los eventos

Para la codificación de los eventos sujetos a vigilancia y según aplique en los casos de VIH e ITS, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, vigente en el país y las demás clasificaciones que adopte oficialmente el Ministerio de Salud.

El profesional en salud tiene la responsabilidad de realizar el uso correcto de cada código a reportar según los hallazgos clínicos y de laboratorio, especialmente en VIH, diferenciando entre infección y enfermedad según corresponda. Los laboratorios clínicos que vayan a realizar un reporte de una infección por VIH deben usar el código Z21.X, suponiendo que no se tiene más información clínica para poder identificar signos y síntomas y reportarse como enfermedad. Cabe mencionar que el código B.24 debe usarse en los casos que se identifique un caso de VIH avanzado por los hallazgos inmunológicos (véase sección 7.1).

Tabla 1. Eventos de notificación según codificación internacional CIE-10.

Evento de notificación	Código de la CIE-10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por VIH</li> </ul>	Z21.X, B20-B24, O98.7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis primaria</li> </ul>	A51.0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis secundaria</li> </ul>	A51.3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis Latente</li> </ul>	A52.8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis terciaria o neurosífilis</li> </ul>	A52.0, A52.1, A52.7
-Cardiovascular	A52.0
-Cerebro y Sistema Nervioso Central	A52.1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis congénita</li> </ul>	A50.0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis gestacional</li> </ul>	O98.1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección gonocócica</li> </ul>	
- Orofaringe	A54.5
- Genitourinaria	A54.0
- Infección del Ano y Recto	A54.6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tricomonas</li> </ul>	A59.9
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones por virus de papiloma humano Revisar presencia de virus de VPH</li> </ul>	B97.7

Fuente: Elaboración propia, 2022

En el caso de la notificación de Sífilis gestacional se deberá utilizar el código especificado en la tabla 1; así como se recomienda la utilización y anotación de los códigos adicionales relacionados a la Sífilis gestacional, según se establece en el CIE10 y CIE 11 (cuando esté disponible).

### 8.3 Investigación de casos

El estudio de campo para sífilis gestacional o congénita debe realizarse en un período máximo de una semana, el cual incluye la ficha de investigación (FI) del caso; dicha investigación está a cargo del equipo de epidemiología del establecimiento, posteriormente debe ser analizado el caso en la CILOVIS y deberán dar seguimiento a los casos que lo ameriten.

Los casos de SC y VIH neonatal noticiados al Ministerio de Salud estarán sujetos al análisis del grupo de expertos nacional encargados de valorar la confirmación o no del caso y el cierre de este para fines del reporte internacional.

### 8.4 Vigilancia activa

Se considera vigilancia activa a las acciones tales como: encuestas de comportamiento sexual, controles de brotes, pruebas de tamizaje, pesquisas serológicas, citológicas, bacteriológicas; los resultados de las acciones realizadas para la vigilancia activa de los casos deben de ser notificados al Ministerio de Salud según lo indicado en el punto 8.1 de este protocolo.

## Vigilancia basada en laboratorio

Los síntomas de las ITS más frecuentes no suelen ser específicos en muchos casos, es por ello, que las pruebas diagnósticas de laboratorio son útiles para obtener un diagnóstico acertado y para orientar el abordaje. Cuando las pruebas diagnósticas se realizan rutinariamente en la atención clínica suelen ser de alta importancia para el control, seguimiento y resolución de casos, asimismo, conocer que patógenos están circulando desde la perspectiva temporal y geográfica.

Ver recomendaciones para la toma de muestras en anexo 10.2.

Los laboratorios clínicos deberán mantener estadísticas actualizadas de las pruebas realizadas para detección de VIH e ITS, con el fin de poder aportar información al Ministerio de Salud siguiendo lo establecido en el Decreto de notificación obligatoria.

Tabla 2. Pruebas de laboratorio según patología.

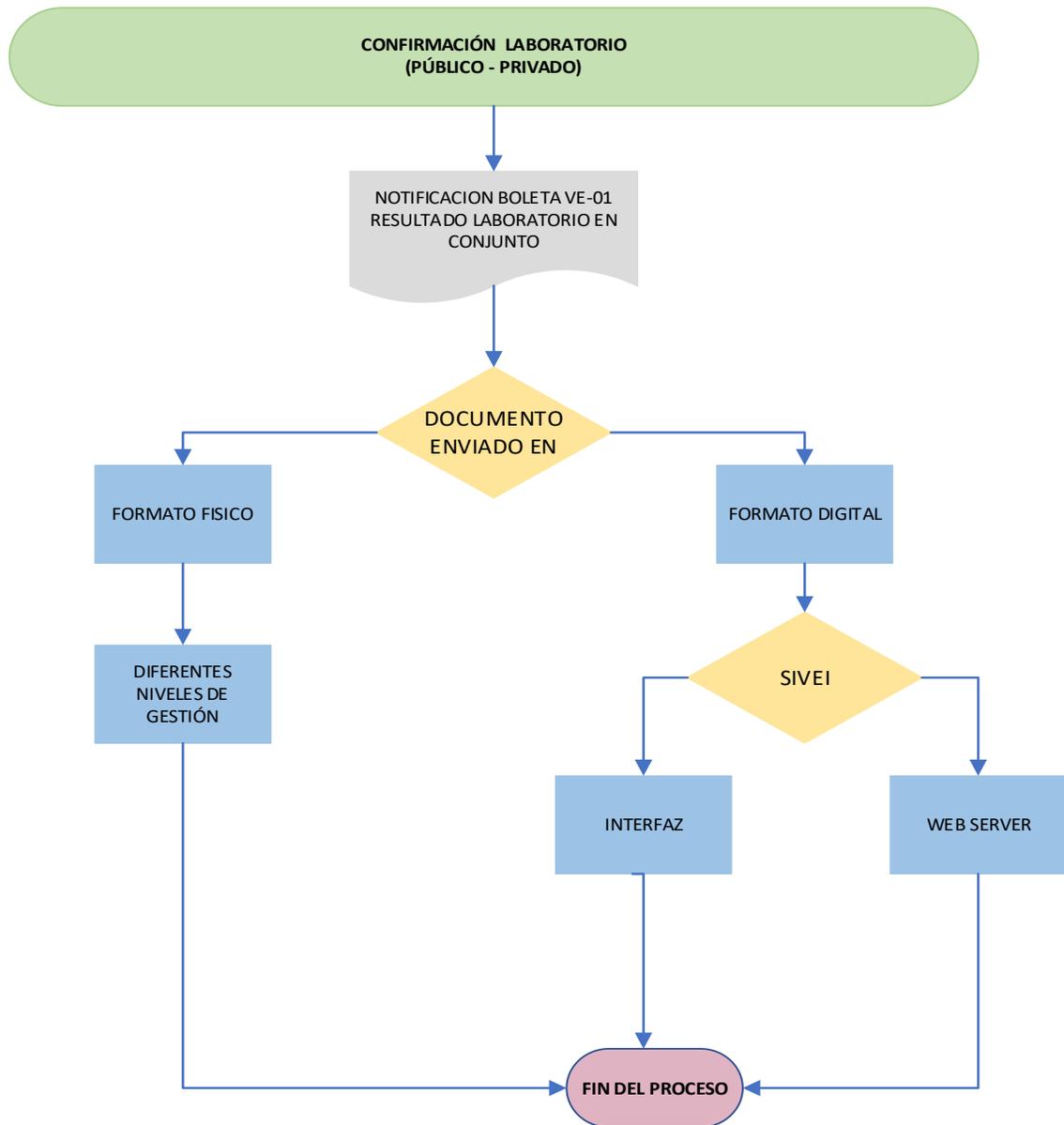
Patología	Descripción	Pruebas
<b>Virus de Inmunodeficiencia Humana</b>	El diagnóstico se puede hacer por serología, detectándose los anticuerpos contra el VIH en el paciente o por detección directa del virus o sus componentes (antígeno p24 o ARN).	Pruebas diagnósticas en adultos y niños, son llevadas a cabo mediante, Pruebas Rápidas de tercera y cuarta generación (inmunoanálisis cualitativa). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enzimoimmunoanálisis, (ELISA):</b> La toma de muestra es a partir de sangre venosa, plasma (EDTA) y suero.</li> <li>• <b>Western blot (WB):</b> La toma de muestra es a partir de sangre venosa, plasma (EDTA) y suero</li> <li>• <b>Análisis de amplificación de ácidos nucleicos</b> (Nucleic Amplification Test, NAT)</li> <li>• <b>Determinación de CD4+:</b> se determina la concentración de linfocitos T CD4+ circulando en sangre o bien el porcentaje de células CD4+ del total de linfocitos que el paciente tiene por medio de citometría de flujo.</li> </ul>
<b>Sífilis</b>	Se puede realizar diagnóstico directo por medio de técnicas como el PCR y FTA y por serología con pruebas treponémicas (detectan anticuerpos contra <i>T. pallidum</i> ) y no treponémicas (determinan anticuerpos contra antígenos generados comúnmente por los tejidos dañados por este microorganismo).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pruebas no treponémicas:</b> Venereal Disease Research Laboratory [VDRL] y Rapid Plasma Reagin [RPR]. Una prueba no treponémica reactiva puede indicar infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un resultado falso positivo.</li> <li>• <b>Pruebas treponémicas:</b> Fluorescent treponemal antibody absorbed [FTA-ABS] y <i>T. pallidum</i> particle agglutination [TP-PA]]. Se utilizan para confirmar un resultado de una prueba no treponémica.</li> <li>• Pruebas serológicas de determinación de anticuerpos contra <i>T. pallidum</i> por medio de inmunoensayos.</li> </ul>

Patología	Descripción	Pruebas
<b>Sífilis primaria</b>	Diagnóstico directo de lesiones, pruebas serológicas positivas después de 1 – 4 semanas de chancro, ninguna prueba es 100% positiva, RPR es más sensible que TP-PA y FTA.	Patrones posibles: <ul style="list-style-type: none"> <li>visión positiva de treponemas y serología negativa,</li> <li>visión positiva de treponemas con TP-PA (-) y VDRL (+) o TP-PA (+) (o bien),</li> <li>visión negativa de treponemas y serología positiva.</li> </ul>
<b>Sífilis secundaria</b>	Diagnóstico serológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas serológicas positivas en 100% de los casos.</li> </ul>
<b>Sífilis latente precoz</b>	No es posible el diagnóstico directo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas serológicas positivas en la mayoría de los casos.</li> <li>Títulos de pruebas reagínicas puede caer lentamente.</li> </ul>
<b>Sífilis latente tardía</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas treponémicas positivas en la mayoría de los casos.</li> <li>Pruebas reagínicas (+) ó (-), según tiempo de evolución.</li> </ul>
<b>Sífilis terciaria</b>	Diagnóstico serológico difícil. Conocer la historia clínica y terapéutica del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas Treponémicas positivas en el 95% de los casos.</li> <li>Pruebas reagínicas negativas el menos en el 30% de los casos.</li> </ul>
<b>Neurosífilis</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>VDRL reactivo en el LCR (75%).</li> <li>Prueba positiva en suero.</li> <li>Aumento de la celularidad en el LCR (&gt;5-10 mononucleares/mm).</li> <li>Aumento de la concentración de proteínas en el LCR en 35% de los casos.</li> </ul>
<b>Gonorrea</b>	El diagnóstico de laboratorio se basa en la identificación de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en secreciones extra-genitales y genitales	Pruebas Diagnósticas de Laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Frotis:</b> Tomar muestra de secreción y realizar tinción de Gram para observar la presencia de diplococos Gram negativos. En secreción uretral de hombres se puede usar como diagnóstico presuntivo la identificación al microscopio de diplococos Gram Negativos intracelulares, no se recomienda usarlo como diagnóstico presuntivo en muestras de secreciones vaginales ni muestras de frotis faríngeos.</li> <li><b>Cultivo:</b> Realizar cultivo utilizando el medio Thayer - Martin, se identifica el tipo de colonia, se aísla la colonia y se procede a realizar identificación de la bacteria</li> <li><b>PCR:</b> se pueden utilizar diferentes tipos de muestras como orina, hisopado vulvovaginal y uretral según especificación de la prueba a utilizar. La prueba identifica la presencia del material genético bacteriano en la muestra.</li> </ul>
<b>Tricomoniiasis</b>	Se pueden utilizar diferentes ensayos para la identificación: <ul style="list-style-type: none"> <li>Observación microscópica (hisopada secreción vaginal)</li> <li>Detección de antígenos</li> <li>Cultivo</li> <li>Técnicas de biología molecular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Microscopia directa:</b> Tomar un hisopado de secreción del fondo de saco vaginal posterior, colocar el aplicador en un vial con solución salina, y extender sobre laminilla (porta objetos) y observar, (50% sensibilidad).</li> <li><b>Examen General de Orina (EGO):</b> Tomar muestra de la primera micción en la mañana preferiblemente y realizar Microscopia directa del sedimento urinario.</li> </ul>

<b>Virus del Papiloma Humano</b>	La toma de la muestra puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos para la obtención de esta, desde un primer nivel de atención hasta un hospital en el tercer nivel. De esta manera es posible descentralizar la toma y favorecer un mejor acceso al tamizaje.	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PCR:</b> determinación de la presencia del material genético del virus y su genotipificación para poder determinar la presencia de genotipos de alto o bajo riesgo.</li></ul>
----------------------------------	--	--

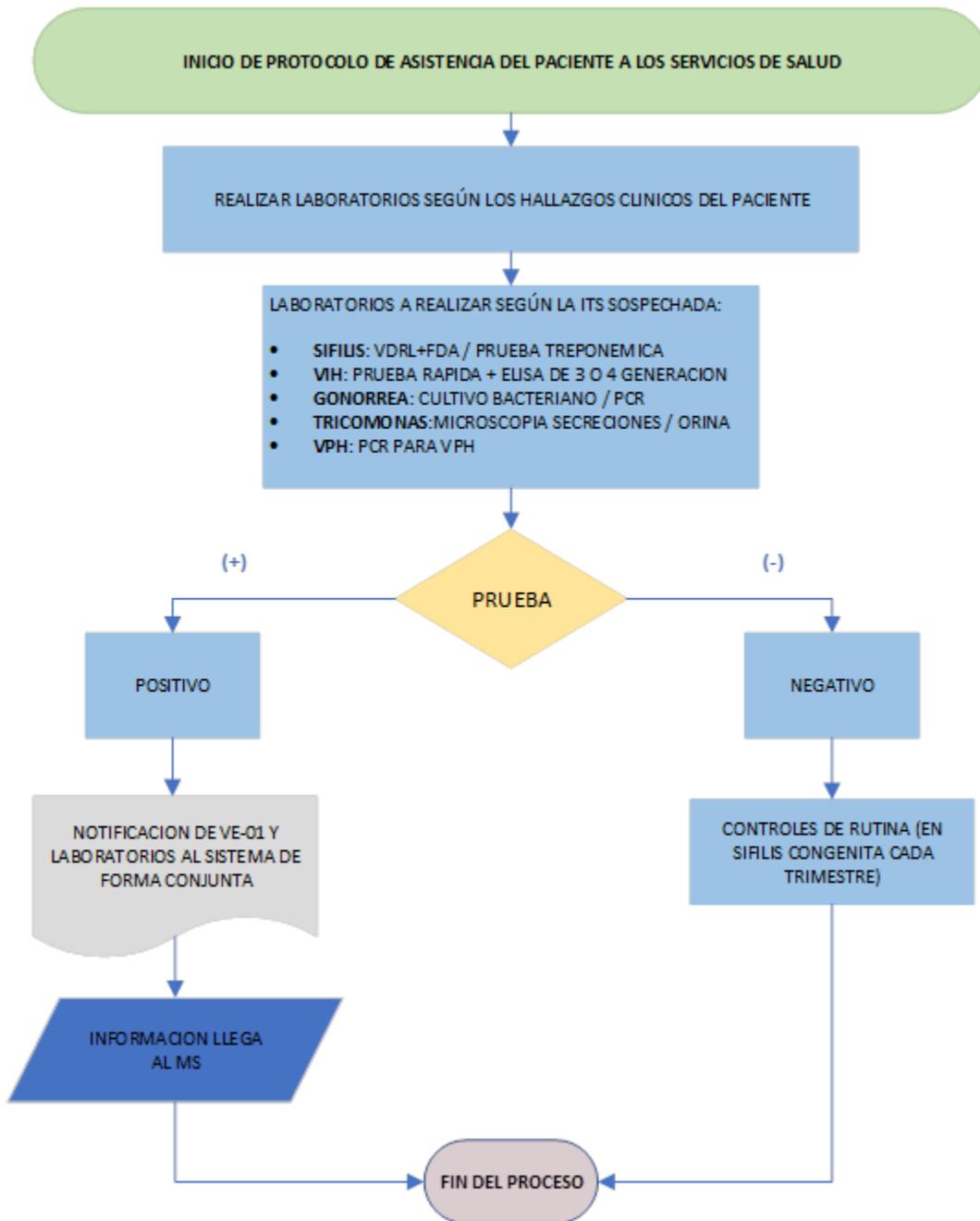
## 9. Flujogramas para la notificación

### 9.1 Flujograma de notificación de caso probado o confirmado por laboratorio en establecimientos públicos y privados.



En el Momento que se establezca el SIVEI, la notificación a través de formato físico se elimina.

## 9.2 Flujograma de notificación de caso confirmado por laboratorio



## 9 Bibliografía

- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) 2018, *Lineamiento técnico: LT.GM.DDSS.0000, 2018. Detección y abordaje de sífilis gestacional en el primer nivel de atención evaluación y tratamiento de recién nacidos de madres con test reactivos por sífilis*. Dirección de desarrollo de servicios de salud. San José.
- Centro para el control y la prevención de enfermedades, CDC. (s.f). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado el 4 de mayo de 2022 de <https://www.cdc.gov/std/spanish/trichomoniasis/stdfact-trichomoniasis-s.htm>
- Consejo nacional de atención integral del VIH-sida (CONASIDA) (2018). *Informe medición del gasto de la respuesta nacional ante el VIH y sida 2018*. Costa Rica.
- “Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana” (Hivos) (2018).
- Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 hacia el fin de Las ITS (2016)
- Hernández de Mezerville M. (2015) *Guía de Diagnóstico y tratamiento de Sífilis Congénita*. Hospital Nacional de Niños: Unidad vigilancia epidemiológica y control infecciones nosocomiales. San José.
- Jawetz E, Melnick J, Adelberg E. *Microbiología Médica*. 27 ed. México D. F. Edit. Mc Graw-Hill, 2016.
- Ministerio de Salud (MS) (2020). *Informe de desarrollo de cascadas de prevención y atención, 2019*. Costa Rica.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) *Centro de prensa: VIH/Sida, datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). Definición de caso de la OMS de la infección por el VIH a efectos de vigilancia. Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION\\_ESTADIFICACION2.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). Directrices para el tratamiento de la infección avanzada por el VIH y el inicio rápido del tratamiento antirretroviral. <https://doi.org/10.37774/9789275320426>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019) *VIH/Sida, datos clave*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/vihsida#:~:text=La%20cantidad%20de%20nuevos%20casos,2010%20a%202013%2C000%20por%20a%C3%B1o>.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2019) *Estadísticas, país Costa Rica*. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica>.
- Report on global sexually transmitted infection surveillance, (2018) ISBN 978-92-4-156569-1 © World Health Organization
- World Health Organization. (2013). Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. <https://doi.org/10.1097/00003081-198209000-00013>

## 10. Anexos

### 10.1 Boleta VE 01

(disponible en: página web del Ministerio de Salud

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/indicadores-en-salud>)

MINISTERIO DE SALUD, COSTA RICA- DYS			
BOLETA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL			Ministerio de Salud Costa Rica
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VE-01			
Número de cédula o identificación	<input type="text"/>		
Nombre del paciente	<input type="text"/>		
Diagnóstico de notificación	<input type="text"/>		
Diagnóstico específico	<input type="text"/>		
Fecha inicio del evento / síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año
Fecha de diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año
Sexo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Etnia <input type="text"/>
	Masculino	Femenino	
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año
Edad Cumplida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Años	Meses	Días
Nacionalidad:	Ocupación <input type="text"/>		
Nombre del padre, madre o encargado (solo en caso de menores de < 18 años, o persona con discapacidad)	<input type="text"/>		
Residencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	Cantón	Localidad
Dirección Exacta	<input type="text"/>		
Teléfono Casa / Celular	<input type="text"/>		
Lugar de Trabajo	<input type="text"/>		
Localización lugar Trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	Cantón	Localidad
Lugar de ocurrencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	Cantón	Localidad
Establecimiento que informa	<input type="text"/>		
Nombre de la persona que informa	<input type="text"/>		
Firma de paciente:	<input type="text"/>		
Para atender notificaciones	<input type="text"/>		
Correo electrónico o fax:	<input type="text"/>		

## 10.2 Recomendaciones para toma de las muestras.

1. La cantidad del material debe ser adecuada.
2. La muestra debe ser representativa del cuadro infeccioso (se puede identificar pus de la lesión subyacente y no de un trayecto fistuloso; material para frotis del plano profundo de la lesión y no de su superficie).
3. Es necesario no contaminar la muestra y para ello habrá que utilizar sólo equipo estéril y técnicas asépticas.
4. La muestra debe ser transportada de inmediato al laboratorio para el análisis correspondiente.
5. Es importante tomar la muestra previa a la administración de cualquier antibiótico u otro tipo de medicamento. Si se administran fármacos antes de obtener muestras para estudio microbiológico los análisis serán negativos, por lo que habrá que interrumpir la farmacoterapia y repetir la obtención varios días después.

### 10.3 Desagregación de códigos según CIE-10 para la notificación de eventos.

Código CIE-10	Diagnóstico
Z21.X	Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
B20.0	Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias
B20.1	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas
B20.2	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus
B20.3	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales
B20.4	Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis
B20.5	Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis
B20.6	Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
B20.7	Enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples
B20.8	Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias
B20.9	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada
B21.0	Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi
B21.1	Enfermedad por VIH, resultante en linfoma de Burkitt
B21.2	Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin
B21.3	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos del tejido linfoide, hematopoyético y tejidos relacionados
B21.7	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples
B21.8	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos
B21.9	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados
B22.0	Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía
B22.1	Enfermedad por VIH, resultante en neumonitis linfoide intersticial

B22.2	Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético
B22.7	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte
B23.0	Síndrome de infección aguda debida a VIH
B23.1	Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente)
B23.2	Enfermedad por VIH, resultante en anormalidades inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte
B23.8	Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas
B24.X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación
O98.7	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio
A51.0	Sífilis genital primaria
A51.3	Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas
A52.8	Sífilis tardía, latente
A52.0	Sífilis cardiovascular
A52.1	Neurosífilis sintomática
A50.0	Sífilis congénita precoz, sintomática
O98.1	Sífilis gestacional
A54.5	Faringitis gonocócica
A54.0	Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria
A54.6	Infección gonocócica del ano y del recto
A59.9	Tricomoniasis, no especificada
B97.7	Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud Décima Revisión, edición 2018.

## 10.4 Ficha de investigación para Sífilis gestacional y congénita.



### FICHA DE INVESTIGACION PARA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA

#### DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICADORA

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_ Fecha notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Región: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Sector que notifica: Público  Privado   
 Nombre completo de la persona que notifica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA MADRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
 Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Cédula Nacional: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_  
 Cédula de Residencia: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Fecha nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad cumplida al momento de la notificación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Asegurada: Si  No  Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Dirección Exacta Actual: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Casada  Soltera  Viuda  Divorciada  Unión Libre   
 Escolaridad: Primaria  Secundaria  Técnica  Universitaria  Ninguna   
 Grupo étnico: \_\_\_\_\_  
 Condiciones de Riesgo: Consume alcohol  Consume tabaco  Otras drogas   
 Trabajo sexual: Si  No  Violencia Intrafamiliar (VIF): Si  No

#### ATENCIÓN PRENATAL

Asistió a control prenatal: Si  No  Donde: Público  Privado   
 Número de consultas prenatales \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fórmula obstétrica: G  P  A  C  O   
 FPP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Inicio control prenatal antes de la semana 20: Si  No  Edad gestacional en 1era visita: \_\_\_\_\_  
 Si no asistió a control prenatal fue por:  
 No lo considero importante  No cuenta con seguro médico de salud  Dificultad de acceso   
 Barreras culturales  Se le negó la atención  Otra causa   
 Se indicó prueba de VDRL en:  
 1er trimestre: Si  No  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: Pos  Neg  Dil  Se interpreto Si  No   
 2do trimestre: Si  No  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: Pos  Neg  Dil  Se interpreto Si  No   
 3er trimestre: Si  No  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: Pos  Neg  Dil  Se interpreto Si  No   
 1° dosis Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Recibió tratamiento: Si  No  2° dosis Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 3° dosis Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Alergias medicamentosas: Se indicó prueba treponémica: Resultado: Positivo  Negativo  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Si  No  Si  No   
 Diagnóstico final de la madre, Sífilis: Primaria  Secundaria  Latente  Terciaria  Descartado



FICHA DE INVESTIGACION PARA  
SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA



Prueba de VIH: Si  No  Se realizó la prueba Si  No  Resultado Positivo  Negativo   
 Referencia a tercer nivel Si  No  Fecha Interpretación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Se interpreta el resultado Si  No   
 Se dio consejería: Si  No

**CONTACTOS**

Se realizó VDRL al contacto: Si  No  Explique porque no: \_\_\_\_\_ Se indicó prueba treponémica: Si  No   
 Se dio tratamiento Si  No  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Completo tratamiento: Si  No

**DATOS DEL NIÑO**

Nombre madre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido1 \_\_\_\_\_ Apellido2 \_\_\_\_\_ No. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Peso: \_\_\_\_\_ gramos Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ Fecha del Parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO**

Embarazo: Término  Pretérmino  Postérmino  Aborto  Mortinato   
 Parto: Cesárea  Vaginal

**SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL NIÑO**

Asintomático  Pseudoparálisis  Sepsis  Hepatoesplenomegalia   
 Lesión Cutánea  Ictericia  Convulsiones  Alteraciones óseas   
 Alteración Respiratoria  Frente abombada  Ceguera  Sordera   
 Incisivos con muesca  Rinitis  Otros Especifique  \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE EN EL NIÑO**

Rx huesos largos NI  Anl  US cerebro NI  Anl  LCR NI  Anl  Radiografías NI  Anl   
 Fondo de ojo NI  Anl  Emisiones otoacústicas NI  Anl  Rx de Tórax NI  Anl   
 Función hepática NI  Anl  Hemograma NI  Anl   
 Se indicó VDRL al nacer: Si  No  Resultado: Pos  Neg  Diluciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Se indicó prueba treponémica: Si  No  Resultado: Pos  Neg  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Se indicó prueba de VIH al nacer: Si  No  Resultado: Pos  Neg  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Se indicó tratamiento: Si  No  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Medicamento Indicado: \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO FINAL EN EL NIÑO**

Sifilis congénita: temprana (<2 años)  tardía (> 2 años)  Neuro sifilis  Descartado   
 Nombre del investigador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 10.5 Flujograma Diagnóstico del VIH.

