

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA



**Por mi bien
y el de mi bebé**



**Por mi bien y
el de mi bebé**

Pruebas de VIH y sífilis
Las pruebas son un derecho.
Pregunta en tu institución de salud.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN
DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL
DEL VIH Y DE LA SIFILIS CONGÉNITA

4 **Manual de**
Procedimientos
Cuarta Edición

Manual de Procedimientos
Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del
VIH y de la Sífilis Congénita
Ministerio de la Protección Social

ISBN: 978-958-8361-72-7
Cuarta edición
Bogotá D.C., Noviembre de 2009

Imprenta: Ofígraf Impresores
Dirección: Carrera 45 N° 24 – 29
Teléfonos: 574 - 2323300
Correo electrónico: ofigraf@gmail.com

© Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se conserve intacto su contenido y se de crédito al Ministerio de la Protección Social.

Supervisor: Ricardo Luque Núñez



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO

Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA

Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRY LÓPEZ

Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA MENDEZ

Secretaria General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director General de Salud Pública (E)

Autores:

Sidia Caicedo Traslaviña
Ministerio de la Protección Social
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Isabel Cristina Idárraga Vásquez
Ministerio de la Protección Social
Organización Panamericana de la Salud - OPS

Paola Pineda Villegas
Fondo de las Naciones Unidas para La Infancia - UNICEF

Adriana Osorio Rincón
Ministerio de la Protección Social
Fondo de las Naciones Unidas para La Infancia - UNICEF

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS GENERALES	10
Procedimientos básicos	10
Captación de la gestante	11
Capítulo I. VIH	13
Pruebas de tamizaje	13
Prueba rápida	14
Pruebas confirmatorias	15
Procedimiento de toma de muestra	16
Reporte de los resultados	16
Pruebas de detección de ácidos nucleicos y recuento de linfocitos	17
MANEJO DEL BINOMIO MADRE-HIJO	18
Manejo de la gestante infectada con VIH	18
Manejo intraparto	20
Consideraciones en la mujer embarazada	22
MANEJO DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH	23
Recomendación	24
Diagnóstico de VIH en el hijo/a de mujer con VIH	25
Recomendaciones para la atención de los niños y niñas de madres consideradas como casos especiales	25
Seguimiento nutricional del recién nacido	26
Capítulo II. SÍFILIS	31
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	31
Diagnóstico en la gestante	31
Pruebas de tamizaje no treponémicas	31
Pruebas treponémicas o confirmatorias	31
Pruebas rápidas	31
Diagnóstico en el recién nacido	34
TRATAMIENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	36
Tratamiento en la gestante	36
Tratamiento del recién nacido	37
SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	37
Seguimiento de la gestante	37
Seguimiento del recién nacido	37

<i>Capítulo III. SISTEMA DE INFORMACION</i>	38
Notificación de casos	38
Recomendaciones generales para el diligenciamiento de los registros	38
Registro de gestantes, asesoría preprueba voluntaria de VIH	40
Informe mensual datos poblacionales gestantes NO afiliadas	42
Informe mensual datos poblacionales para las aseguradoras	44
Seguimiento a la gestante infectada con el VIH y su recién nacido	46
Informe mensual de pruebas de laboratorio procesadas en la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, gestantes NO afiliadas	49
Remisión de muestras para laboratorio clínico	51
Informe sobre el consumo y solicitud de reactivos e insumos de laboratorio	53
Inventario de medicamentos y fórmula láctea	55
Registro de laboratorio para sífilis gestacional y congénita para instituciones prestadoras de servicios de salud	57
Formato para diagnóstico y seguimiento de los casos de sífilis gestacional	59
Formato para diagnóstico y seguimiento de los casos de sífilis congénita.	63
Consentimiento informado	67
Consentimiento informado para realizar la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH	69
Consentimiento informado para el uso de la fórmula láctea de reemplazo de leche materna	70
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	71

PARTICIPANTES

Participaron con sus comentarios acerca de la Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y Sífilis Congénita y con sus observaciones a la cuarta edición de este Manual:

Liliana Andrade

Ministerio de la Protección Social
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Teresa Del Carmen Moreno Chaves

Instituto Nacional de Salud

Gloria Rey Benito

Instituto Nacional de Salud

Juan Guillermo Hoyos Aristizábal

UNOPS

Rafael Ignacio Pardo Abello

Organización Panamericana de la Salud - OPS

Hernán Rodríguez González

Organización Panamericana de la Salud - OPS

Victoria Manjarres

Fundación Francios Xavier Bagnound
Barranquilla – Atlántico

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Grupo Nacer
Universidad de Antioquia
Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

El control del impacto asociado con el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) es una prioridad de salud en Colombia. Entre las ITS, la sífilis sigue teniendo un impacto negativo y la aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias, tanto de orden estructural como técnico en los servicios de salud. Así mismo, el énfasis que se le está dando a la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH está forzando la integración de la prevención de la sífilis congénita en los servicios de control prenatal. La expansión de la estrategia de la transmisión perinatal ofrece una oportunidad para maximizar los recursos existentes dirigidos a disminuir la mortalidad y morbilidad infantil.

El VIH es transmitido de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia, situación que puede ser prevenible si la gestante es diagnosticada a tiempo, si recibe el tratamiento profiláctico antirretroviral indicado junto con el recién nacido, además del suministro de fórmula láctea. Esta estrategia es una de las acciones más eficaces de la respuesta colombiana ante la epidemia de VIH/SIDA; no sólo es una intervención eficaz para disminuir la incidencia de infecciones pediátricas sino para promover el fortalecimiento de cambios de actitud y de conducta de las mujeres en sus propias relaciones sexuales.

Colombia, en el tema de sífilis gestacional y congénita, dió inicio al cumplimiento de la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos antes del año 2.000 con la construcción del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita, en el que planteó estrategias encaminadas a realizar el diagnóstico temprano y proporcionar el tratamiento adecuado a las gestantes que presentaran la infección; paralelamente se definió la sífilis gestacional y congénita como evento de interés en salud pública de reporte obligatorio; se implementó la guía de atención de la sífilis.

En la actualidad el país cuenta con directrices para el tamizaje sistemático prenatal de la sífilis, acceso a los servicios de atención prenatal, pruebas para el diagnóstico de bajo costo y técnicamente aplicables incluso en el primer nivel de atención así como el tratamiento con penicilina incluido en el Plan Obligatorio de salud. A pesar de lo anterior, lejos de acercarnos al cumplimiento de la meta establecida, la incidencia de la sífilis congénita ha pasado de 1 a 2.6 casos por 1.000 nacidos vivos en los últimos diez años.

Si en el control prenatal se realizan las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados se permitiría tener un parto y nacimiento en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre, el recién nacido o la familia. El control prenatal nos brinda la mejor oportunidad para identificar factores de riesgo de la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido, con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal.

Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal son un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de estos indicadores.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS GENERALES

Procedimientos básicos.

La Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, es ejecutada en todas las IPS donde se realizan las actividades de control prenatal y atención del parto. Los procedimientos básicos de la estrategia son:

Preprueba:

- Inducción a la demanda de control prenatal.
- Captación de la gestante.
- Control prenatal.
- Divulgación de la disponibilidad de las pruebas de sífilis y VIH.
- Asesoría preprueba.
- Diligenciamiento del consentimiento informado.
- Toma, almacenamiento y envío de muestra.
- Diligenciamiento del formato establecido por el laboratorio para remisión de muestras.
- Envío de la muestra al laboratorio de referencia.

Postprueba reactiva para VIH:

- Realizar una segunda prueba de tamizaje - ELISA.
- Confirmación con Western Blot.
- Diligenciamiento del formato establecido por el laboratorio para remisión de muestras.
- Envío de la muestra al laboratorio de referencia.

Postprueba reactiva para sífilis:

- Toma de muestra para la realización de prueba treponémica.
- Asesoría para información al compañero sexual.

Postprueba negativa o no reactiva:

- Asesoría postprueba.
- Inducción a la demanda de control prenatal.
- Toma de muestra para serología de sífilis en el tercer trimestre y parto.
- Realización de una nueva prueba de tamizaje para VIH según factores de riesgo.

Postprueba positiva o indeterminada para VIH:

- Asesoría postprueba.
- Asesoría sobre atención integral y aseguramiento.
- Remisión para control prenatal de alto riesgo.
- Consulta especializada, con gineco-obstetra e infectólogo.
- Toma de muestras para carga viral y recuento de linfocitos a la gestante.
- Recepción y suministro de medicamentos para tratamiento profiláctico antirretroviral anteparto profilaxis intraparto de la gestante y tratamiento postparto.
- Programación y atención del parto vaginal y/o realización de cesárea.
- Asesoría para planificación familiar.
- Diligenciamiento de formato de seguimiento de la gestante.

Seguimiento al recién nacido expuesto para VIH:

- Solicitud y suministro de profilaxis antirretroviral.
- Provisión y suministro de fórmula láctea de reemplazo desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida.
- Iniciar esquema de vacunación de acuerdo con las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Ingreso al control de crecimiento y desarrollo.
- Toma de muestra para carga viral al cumplir el primer mes y una segunda a los 6 meses de vida.
- Seguimiento mensual nutricional y del estado de salud.

Seguimiento al recién nacido expuesto a sífilis

- Toma de muestra para la realización de prueba no treponémica al nacimiento.
- Toma de exámenes diagnósticos.
- Aplicación de tratamiento.
- Iniciar esquema de vacunación de acuerdo con las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Ingreso al control de crecimiento y desarrollo.
- Seguimiento trimestral a través de serología hasta que cumpla criterios de curación.

Seguimiento a la puérpera:

- Información sobre aseguramiento.
- Control del puerperio.
- Seguimiento trimestral con prueba no treponémica.
- Provisión de tratamiento antirretroviral.
- Asesoría para planificación familiar.
- Visita domiciliaria al binomio madre hijo.

Captación de la gestante

La detección del VIH y la sífilis en la embarazada se debe considerar una prioridad ya que además de ofrecer un manejo adecuado y oportuno a la mujer, puede evitar la sífilis congénita y la transmisión perinatal del VIH de forma significativa si se hacen intervenciones durante el embarazo, trabajo de parto o en el puerperio. Cualquier atención en salud durante la gestación es una oportunidad para informar sobre la prueba de VIH y sífilis y ofrecer asesoría en salud sexual y reproductiva. El prestador debe realizar sin excepción la asesoría y ofrecer las pruebas de tamizaje (ELISA o prueba rápida, VDRL, RPR), en el primer trimestre del embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres.

A toda gestante que acuda a control prenatal, idealmente en el primer trimestre del embarazo, se le debe realizar asesoría preprueba y ofertar la prueba para VIH. Aquellas que acepten la prueba deben firmar el consentimiento informado y aquellas que no acepten deben firmar el documento de no aceptación. Lo anterior implica que el 100% de las mujeres embarazadas deben tener documentado el proceso de asesoría y el ofrecimiento de la prueba en la historia clínica, así como el desenlace de dicho proceso, aceptación o rechazo. En las pacientes con factores de riesgo se repetirá la prueba para VIH en el tercer trimestre y la prueba de serología se repetirá en el tercer trimestre en todas las gestantes.

Cuando la gestante es captada cerca de la fecha probable de parto e incluso en trabajo de parto, se debe ofrecer la prueba rápida de VIH. En estos casos se puede brindar una información general y postergar la asesoría completa para después del parto.

Previamente a la toma de los laboratorios la gestante debe recibir asesoría integral en salud sexual y reproductiva, dentro de la cual se debe hacer especial énfasis en la toma oportuna de exámenes de laboratorio, en la importancia de conocer y entender los resultados, así como el cumplimiento de los esquemas terapéuticos en caso de ser requeridos. La asesoría para prueba de VIH es un escenario de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el cual se realizan actividades educativas encaminadas a la prevención primaria del VIH, sífilis y otras ITS. Toda gestante a quien se asesore independientemente de si acepta o no la prueba debe recibir la siguiente información:

- Evaluación personal de los beneficios de la prueba de tamizaje para VIH.
- Evaluación de los factores de vulnerabilidad y riesgo de infección por VIH.
- Riesgo de transmisión y cómo puede ser prevenida la infección por VIH.
- La importancia de obtener los resultados de la prueba y los procedimientos necesarios para hacerla.
- El significado de los resultados de la prueba en lenguaje entendible.
- Información concreta acerca de dónde obtener mayor información o asesoría de prevención.
- Información sobre la historia natural del VIH.
- Información general acerca de la existencia de terapias efectivas para la infección por VIH.
- Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales.
- Información sobre derechos y deberes, acceso a servicios, confidencialidad y apoyo social.

Esta información debe darse con ayuda de material audiovisual como: diapositivas, videos, películas, material escrito plegables o cartillas, lo cual permite una mejor comprensión de la información por parte de la gestante.

De acuerdo con el Decreto 1543 de 1997 y a la Resolución 3442 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, la asesoría es un requisito para la realización de cualquier prueba de VIH, en cualquier grupo poblacional. Debe ser realizada por un trabajador del sector salud con adecuada capacitación y entrenamiento. Es recomendable registrar e identificar los conocimientos, actitudes, mitos y comportamientos de las gestantes atendidas en la asesoría preprueba. Este procedimiento permitirá evaluar los cambios encontrados durante una asesoría postprueba.

En el caso de gestantes de 14 a 17 años, se considera que tienen la autonomía para recibir la asesoría y decidir si quieren o no la realización de la prueba, y no requieren consentimiento de los padres o tutores. En el caso de ser detectadas como infectadas con VIH, el asesor invoca la protección del Estado ante el ICBF o las Comisarías de Familia para asegurar la atención integral posterior.

Si la gestante es menor de 14 años, la legislación colombiana considera el embarazo como producto de abuso sexual y se notifica como tal para la atención del caso en los servicios de atención integral del abuso sexual en cuyos protocolos está contemplada la realización de la prueba de VIH.

A la gestante que ingresa en trabajo de parto sin antecedente de control prenatal, se le informa sobre la realización de una prueba de VIH para decidir la aplicación de una profilaxis antirretroviral. Se sugiere que después del parto, la institución reinicie con la asesoría y continúe con el algoritmo diagnóstico. Recomendamos remitirse al Manual de la Estrategia Integra si desea más información sobre los procesos de Asesoría para prueba voluntaria de VIH.

Recuerde: la serología para sífilis y el ELISA para VIH se encuentran dentro del POS, deben ser ofertadas sistemáticamente a toda gestante que asiste a los servicios de salud, independientemente de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social. Por lo tanto no deben existir diferencias en la oferta de pruebas para VIH y Sífilis en las gestantes.

Capítulo I. VIH

Pruebas de tamizaje

Las pruebas de tamizaje para VIH muestran una sensibilidad de más del 99%. Adicionalmente, tienen una altísima especificidad también mayor al 99%, pero a pesar de ello la frecuencia de resultados falsos positivos puede ser relevante si se realiza en poblaciones de baja prevalencia. En general la prevalencia del VIH en Colombia es menor del 1%. Por lo tanto las pruebas de tamizaje requieren ser repetidas y confirmadas. Las pruebas presuntivas incluyen las pruebas serológicas de ELISA y las pruebas rápidas de detección.

El procedimiento de laboratorio se inicia con una prueba de tamizaje para VIH; en caso de un resultado no reactivo (negativo) la gestante debe recibir asesoría postprueba y continuar con sus controles prenatales, es necesario en esta asesoría hacer énfasis en los mecanismos de protección, como el uso del condón para evitar que la gestante se infecte posteriormente, además es fundamental resaltar que una sola prueba negativa no descarta la infección y se debe sugerir repetir la prueba cuando coexisten algunas circunstancias, tales como:

- *Historia de ITS*
- *Presencia de signos y síntomas sugestivos de infección aguda por VIH*
- *Uso de drogas inyectables o sustancias psicoactivas*
- *Trabajo sexual*
- *Varios compañeros sexuales durante el embarazo*
- *Compañero sexual con VIH*
- *Relaciones sexuales sin protección*

En el caso que la primera prueba de tamizaje resulte reactiva (positiva), se repite la prueba de tamizaje, con nueva muestra. Si las dos pruebas de tamizaje son reactivas se debe confirmar el resultado mediante la realización de una prueba confirmatoria. Si la prueba de tamizaje repetida es no reactiva (negativa), se debe repetir nuevamente la prueba de tamizaje. Si la tercera prueba de tamizaje es reactiva (es decir, dos de tres pruebas reactivas/positivas) se debe confirmar el resultado mediante una prueba confirmatoria

Para evitar diagnósticos equivocados como resultado de errores en el manejo de la muestra, se recomienda que se hayan tomado al menos dos muestras de sangre diferente del mismo paciente a lo largo del proceso diagnóstico (por ejemplo, una muestra para prueba de tamizaje inicial, una segunda muestra para prueba de tamizaje repetida y prueba confirmatoria; o una muestra para prueba de tamizaje inicial y repetida y una segunda muestra para prueba confirmatoria)

Recuerde: debe realizarse seguimiento a las mujeres con resultados de pruebas de tamizaje no reactivas (negativas) para VIH, a fin de brindarles servicios de prevención, en especial durante el embarazo y la lactancia, ya que adquirir la infección durante estos periodos aumenta el riesgo de transmisión perinatal.

Prueba rápida

La prueba rápida es una prueba realizada de manera inmediata en el sitio donde se atiende o se capta a la gestante, mediante una muestra tomada por venopunción o punción capilar del dedo (suero, plasma o sangre total).

Recuerde: la prueba rápida tiene como fin decidir la conducta profiláctica y NUNCA definir un diagnóstico. Una gestante con prueba rápida positiva es clasificada como un caso probable de infección por VIH y no un caso confirmado.

Las pruebas rápidas se deben utilizar en los siguientes casos:

- Regiones que presenten dificultades técnicas para el procesamiento en el laboratorio.
- Gestantes sin antecedentes de control prenatal que ingresan por primera vez a una IPS, en trabajo de parto o en expulsivo.
- Gestantes detectadas durante brigadas de salud en sitios de difícil acceso, donde se dificulta volver para entregar un resultado.
- Gestantes que se encuentren en las últimas semanas de gestación, no hayan accedido a la prueba y residan en sitio de difícil acceso geográfico.
- Gestantes detectadas en control prenatal que pueden no volver (alto riesgo psicosocial).
- Gestantes a quien se hizo prueba de VIH en otro momento del embarazo, y esta salió no reactiva (negativa), pero por exposición o conducta de riesgo se considera una prueba rápida durante el parto para descartar que se encuentre en ventana inmunológica.

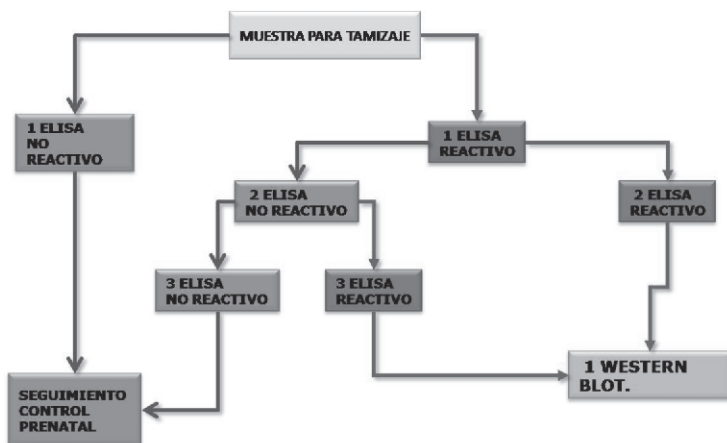
Estas pruebas se pueden ofrecer en dos escenarios: alrededor del parto sin prueba previa o bajo condiciones especiales de acceso. En el primer caso se debe informar preliminarmente sobre el objetivo de la prueba, solicitar el consentimiento informado y tomar una muestra de suero simultánea; durante el puerperio se ofrece la asesoría y se reinicia el algoritmo diagnóstico aprovechando la muestra de suero tomada en tubo. En el segundo caso, se realiza el proceso como si fuese una prueba de ELISA convencional. En caso de que la prueba rápida resulte negativa, se descarta la infección, y se desecha el tubo que se tomó simultáneamente.

Recuerde: la prueba rápida intraparto con resultado POSITIVO, indica la aplicación de medicamentos antirretrovirales profilácticos, situación que es explicada a la gestante previendo la necesidad de confirmar el diagnóstico posterior al parto.

En caso de que la prueba rápida resulte positiva se asume como un primer ELISA y se procesa una segunda prueba de ELISA en la muestra que se tomó en el tubo tapa amarilla, si esta muestra resulta reactiva se procede a realizar una prueba confirmatoria de Western Blot. Este procedimiento permite asegurar el diagnóstico posterior al parto, pero no exime de ofrecer la profilaxis antirretroviral ante la urgencia del parto. En el caso que la prueba se haya tomado en situaciones de difícil acceso diferentes al parto, una prueba positiva indica la necesidad de continuar con el diagrama de flujo del diagnóstico, asegurando la red de frío de la muestra tomada en tubo tapa amarilla simultáneamente.

El personal de salud involucrado en la toma de la muestra debe diligenciar el formato establecido para la remisión de muestras haciendo referencia que es una gestante y resaltando las semanas de gestación.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Pruebas confirmatorias

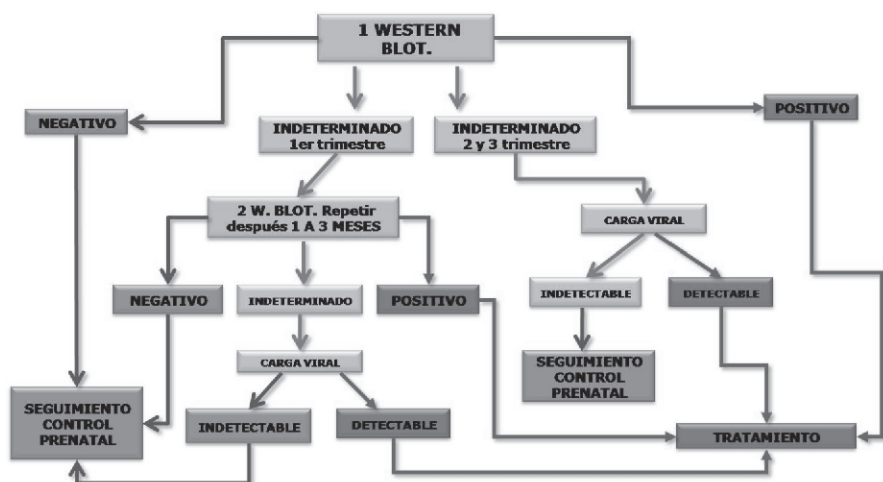
Las pruebas confirmatorias tienen altísima especificidad, conservando una muy alta sensibilidad. La frecuencia de falsos positivos con las pruebas confirmatorias es extremadamente rara, del orden de 0.0004% a 0.0007% puede deberse a:

- Presencia de autoanticuerpos hemodializados.
- Fracaso renal crónico.
- Síndrome de Steven –Johnson.
- Sueros postvacunales (gripe, Hepatitis B).
- Infecciones agudas por virus ADN.
- Enfermedad hepática alcohólica grave.
- Cirrosis primaria biliar.
- Colangitis esclerosante.
- Pacientes con discrasias sanguíneas congénitas.
- Adicción a drogas por vía parenteral.

Estas pruebas deben realizarse únicamente cuando las pruebas de tamizaje hayan resultado repetidamente reactivas (positivas). Las pruebas confirmatorias más usadas utilizan los métodos de western Blot. El Western Blot identifica los anticuerpos dirigidos contra cada una de las proteínas antigénicas del VIH 1 y 2. No se recomienda realizar Western Blot sin haber hecho antes las pruebas de tamizaje.

En el caso de una gestante con Western Blot indeterminado en el primer trimestre, se debe recolectar una segunda muestra de uno a tres meses después para repetir la prueba de Western Blot. Si la prueba continúa indeterminada después de uno o tres meses es muy poco probable que la gestante tenga la infección por VIH y se debe considerar como no infectada a menos que haya tenido exposiciones recientes de riesgo. En caso de que la gestante se encuentre en el segundo o tercer trimestre de embarazo, se debe realizar carga viral. Si ésta es indetectable la gestante continúa en el programa de control prenatal; si es detectable se inicia tratamiento antirretroviral.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Procedimiento de toma de muestra

Las muestras para pruebas de tamizaje y confirmatoria serán tomadas en tubos plásticos tapa amarilla, una vez tomada la muestra, se debe dejar coagular por 30 minutos y centrifugar de 1.000 a 1.300 revoluciones por minuto. Estas muestras deben ser remitidas al laboratorio de referencia en el mismo tubo en que se tomó la muestra, el cual debe estar rotulado con tinta indeleble, consignando los siguientes datos: nombres completos, edad, documento de identificación, edad gestacional, fecha y hora de la toma de muestra y procedencia. Su envío debe realizarse según los estándares internacionales de triple embalaje, en condiciones de refrigeración.

Para la realización de pruebas confirmatorias las muestras serán enviadas en viales plásticos estériles tapa azul a los laboratorios de referencia. Las muestras deben ser almacenadas a una temperatura entre 2 y 8° centígrados, en estas condiciones su preservación es adecuada durante 2 semanas; para su conservación por un tiempo mayor éstas deberán congelarse a menos 20° centígrados; estas muestras deben ser transportadas de acuerdo con los estándares internacionales de triple embalaje, y remitidos en condiciones de refrigeración.

Reporte de los resultados

El resultado del tamizaje puede ser **reactivo**, **no reactivo**, **positivo** o **negativo** y el resultado final de la prueba confirmatoria de VIH puede ser **positivo**, **negativo** o **indeterminado**. Estos resultados son entregados de manera individual durante un proceso de asesoría postprueba y archivados en la historia clínica. A la mujer gestante se le entrega una copia del resultado de su prueba para VIH; este procedimiento mejora la oportunidad de seguimiento cuando hay cambio de la institución a donde asiste.

Los reportes de las primeras pruebas **ELISA reactiva** o **Border-Line** son notificados con carácter urgente al laboratorio de la institución donde fue captada la paciente, solicitando una segunda muestra de 10 ml para realizar otra prueba de Elisa.

Si el **segundo ELISA es reactivo**, es enviada una alícuota de 1 a 2ml de la segunda muestra para la realización del Western Blot en los laboratorios de referencia. Es importante dar prioridad al procesamiento de esta prueba confirmatoria y al envío oportuno de los resultados. Para todo resultado, tanto de las pruebas presuntivas como confirmatorias, se garantiza la confidencialidad en la IPS que atiende el caso y en todos los niveles de la estrategia.

A la gestante NUNCA se le entrega un resultado reactivo de ELISA como diagnóstico definitivo. El resultado de ELISA **reactivo** no significa que la gestante tenga la infección. Ante una ELISA **reactivo** se realizan todos los esfuerzos para localizar a la gestante y confirmar o descartar el diagnóstico.

Las pruebas rápidas tienen una sensibilidad cercana al 100% y no requieren de otra muestra ante un resultado negativo en ese momento. El resultado **positivo** de una prueba rápida es utilizado para tomar la decisión sobre la profilaxis antirretroviral, pero requiere que se continúe el algoritmo de diagnóstico con una segunda Elisa y de ser **reactiva** la confirmación con Western Blot.

Pruebas de detección de ácidos nucleicos y recuento de linfocitos

Carga viral: las muestras son tomadas en ayuno, para esta prueba se requiere plasma recogido en tubo tapa perla, plástico estéril con anticoagulante EDTA o ACD. Las muestras anticoaguladas con heparina no son apropiadas para la prueba. Se debe evitar la recolección de la muestra en forma traumática, recolectar por venopunción de 7 ml de sangre total, en caso de pacientes pediátricos se toma como mínimo 2 ml.

La muestra se debe mezclar suavemente por inversión por lo menos 5 veces, separe el plasma de la sangre total dentro de las 6 horas luego de su recolección centrifugando a 2.500 revoluciones por 20 minutos; verificar la separación de los glóbulos rojos en la parte inferior, gel en la fase intermedia y plasma libre de glóbulos rojos en la parte superior, si se observan glóbulos rojos centrifugar nuevamente durante 5 minutos. El tubo con el plasma se debe refrigerar de 2 a 8o C, hasta su envío, luego de su recolección puede permanecer a temperatura de refrigeración de 2 a 3 días, por tiempos mayores debe conservarse a temperatura de congelación (20 a 80º C) Esta muestra se debe enviar al laboratorio de referencia en sistema de triple embalaje, en condiciones de refrigeración o a temperatura ambiente si se garantiza que la muestra llegue al laboratorio el mismo día de su recolección. El tubo plástico de la muestra debe estar rotulado con marcador permanente, con nombre completo, edad, número de identificación, semanas de gestación, fecha y hora de recolección de la muestra.

Serán causales de rechazo de la muestra para carga viral, cuando esta no sea recolectada en tubo tapa perla con gel, muestra sin centrifugar, muestra hemolizada, con coágulos o no este correctamente rotulada e identificada. La sensibilidad de la carga viral varía entre 90 y 99% dependiendo de la técnica. Hasta un 9% de los resultados positivos con carga viral, usualmente con títulos virales bajos, pueden corresponder a falsos positivos.

Recuento de linfocitos: para esta prueba se utiliza sangre total recolectada en tubo vacutainer con anticoagulante EDTA, tapa lila. Para la toma de la muestra se recomienda un ayuno de 8 a 12 horas (este no debe ser un factor para postergar la recolección de la muestra), se debe evitar la recolección de la muestra en forma traumática. Recolectar por venopunción de 4 - 5 ml de sangre total.

La muestra se debe mezclar suavemente por inversión por lo menos 10 veces, no se debe refrigerar ni centrifugar. Estas se deben enviar a los laboratorios de referencia a temperatura ambiente el mismo día de su recolección, debido a que su procesamiento debe realizarse máximo dentro de las 24 horas una vez recolectada la muestra. La muestra debe ser remitida al laboratorio de referencia en sistema de triple embalaje, el tubo plástico de la muestra deben estar rotulado con marcador permanente, con nombre completo, edad, número de identificación, semanas de gestación, fecha y hora de recolección de la muestra.

Serán causales de rechazo de la muestra para recuento de linfocitos, cuando esta no sea recolectada en tubo tapa lila, muestra con coágulos, microcoágulos, lipémicas o cantidad insuficiente, muestra no transportada a temperatura ambiente o que no esté correctamente rotulada e identificada.

MANEJO DEL BINOMIO MADRE-HIJO

Manejo de la gestante infectada con VIH

La infección por VIH en la paciente embarazada tiene varias particularidades que la hacen una entidad en sí misma. La principal es la posibilidad de afectar al producto de la gestación con el virus propiamente dicho o con efectos tóxicos y/o teratogénicos derivadas de los medicamentos antirretrovirales. Los objetivos del manejo de la mujer embarazada con VIH son el control de la infección para prevenir la progresión de la enfermedad en la madre y la transmisión perinatal, minimizando el riesgo de toxicidad en la madre y en el producto como también el riesgo de malformaciones en éste.

Recuerde: una vez confirmado el diagnóstico de VIH en una gestante, se debe realizar al inicio de la primera evaluación una carga viral y un recuento de linfocitos; entre la semana 32 y 34 se debe realizar una segunda carga viral que permita evaluar la cantidad de virus circulante previo al momento del parto como insumo para ofrecer la vía del mismo.

El objetivo primordial de la terapia antirretroviral durante la gestación es reducir los niveles de carga viral a niveles indetectables para disminuir el riesgo de transmisión perinatal. En la tabla 1 se muestra las opciones terapéuticas de los antirretrovirales durante el embarazo.

Tabla 1. Antirretrovirales y embarazo

Clasificación	Recomendados	Agentes alternativos	No recomendados	Contraindicados
Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósido (ITRN)	Zidovudina (AZT)	Didanosina (DDI)	Tenofovir	Combo Didanosina/estavudina
	Lamivudina (3TC)	Emtricitabina		
		Estavudina (D4T) Abacavir (ABC)		
Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITRNN)	Nevirapina			Efavirenz
Inhibidores de proteasa	Lopinavir/ritonavir	Indinavir/ritonavir	Amprenavir	
	Saquinavir/ritonavir		Fosamprenavir	
	Nelfinavir		Atazanavir	

El esquema terapéutico más aceptado incluye la utilización de la zidovudina en el anteparto, intraparto y postparto, que debe iniciarse en la semana 14 de gestación, en todas las gestantes independientemente del recuento de CD4, del nivel de carga viral y de la presencia o ausencia de síntomas. Tabla 2

Tabla 2. Antirretrovirales recomendados durante el embarazo

Escenario	Factor modificador	Recomendación
Mujer sin tratamiento previo	Primer trimestre	Posponer inicio de antirretrovirales hasta el segundo trimestre, semana 14 de gestación .
Mujer sin tratamiento previo, posterior a primer trimestre, CV mayor o menor de 1.000 copias	Solo si el CD4 es menor de 250/mm ³	Zidovudina 300mg+lamivudina 150 mg+nevirapina* 200 mg. Dar una tableta de zidovudina+lamivudina cada 12 horas, más una tableta de nevirapina cada 12 horas.
Mujer sin tratamiento previo, posterior a primer trimestre, CV mayor o menor de 1.000 copias	Independiente del valor del CD4	Zidovudina 300mg+lamivudina 150 mg+lopinavir 200mg/ritonavir 50mg. Dar una tableta de zidovudina+lamivudina cada 12 horas, más dos tabletas de lopinavir/ritonavir cada 12 horas.
Mujer sin tratamiento previo, posterior a primer trimestre, CV mayor o menor de 1.000 copias	Independiente del valor del CD4	Zidovudina 300mg+lamivudina 150 mg+saquinavir 500mg/ritonavir 100mg. Dar una tableta de zidovudina+lamivudina cada 12 horas, más dos tabletas de saquinavir cada 12 horas y una de ritonavir cada 12 horas.
Mujer sin tratamiento previo, posterior a primer trimestre, CV mayor o menor de 1.000 copias	Independiente del valor del CD4	Zidovudina 300mg+lamivudina 150 mg+nelfinavir 250 mg. Dar una tableta de zidovudina+lamivudina cada 12 horas, mas 5 tabletas de nelfinavir cada 12 horas.
Mujer con tratamiento previo, posterior a primer trimestre	Régimen NO incluye Zidovudina	Añada zidovudina, modifique otros componentes si el régimen incluye combinación de didanosina - estavudina, efavirenz, amprenavir, tenofovir.
Mujer con tratamiento previo, posterior a primer trimestre	Régimen SI incluye Zidovudina	Continúe zidovudina, modifique otros componentes si el régimen incluye combinación de didanosina - estavudina, efavirenz, amprenavir, tenofovir.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Adaptación de Guía para el manejo de VIH/sida, Basada en la Evidencia. Colombia 2006

* El uso de nevirapina en gestantes con conteos de CD4 mayor de 250/ mm³ se asocia a rash y hepatotoxicidad que puede desencadenar la muerte, por lo tanto sólo se recomienda si los CD4 son menores de 250 /mm³ y debe iniciarse los primeros 15 días con una tableta al día, si hay tolerancia al día 16 se aumenta la dosis a una tableta cada 12 horas.

Se debe informar a la gestante la probabilidad de aparición de efectos adversos antes del inicio del tratamiento, indicándole que consulte al médico ante su aparición. Es recomendable la realización de pruebas de función hepática, glicemia y hemograma completo para monitorizar toxicidad por el antirretroviral. Tabla 3.

Tabla 3. Monitoreo de efectos adversos

Antirretroviral	Efectos adversos
Zidovudina	Supresión de la medula ósea, anemia macrocítica o neutropenia, intolerancia gastrointestinal, náuseas, dolor de cabeza, insomnio, astenia, mialgia, acidosis láctica con esteatosis hepática.
Lamivudina	Toxicidad mínima, acidosis láctica con esteatosis hepática, dolor abdominal, náusea, diarrea, exantema, pancreatitis.
Nevirapina	Rash, incluyendo síndrome de Stevens - Johnson, fiebre, náusea, cefalea, ha sido reportada hepatitis sintomática, incluyendo necrosis hepática fatal.
Lopinavir/ritonavir	Intolerancia gastrointestinal, náuseas, vómito, diarrea, astenia, hiperlipidemias, aumento de las transaminasas en el suero, hiperglicemia, distribución anormal de la grasa, posible incremento de sangrados en pacientes hemofílicos.
Saquinavir	Intolerancia gastrointestinal, náuseas, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, dolor de cabeza, aumento de las transaminasas, hiperlipidemias, hiperglicemia, distribución anormal de la grasa, posible incremento de sangrados en pacientes hemofílicos.
Nelfinavir	Diarrea, hiperlipidemia, hiperglicemia, distribución anormal de la grasa, elevación de las transaminasas, posible incremento de sangrados en pacientes hemofílicos.

Manejo intraparto

Escenario	Factor modificador	Recomendación
Mujer en tercer trimestre embarazo con ARV	Carga viral tercer trimestre desconocida o mayor de 1.000 copias	Programe parto por cesárea electiva en la semana 38.
Mujer en tercer trimestre embarazo con ARV	Carga viral tercer trimestre menor de 1.000 copias	Atienda parto vaginal sino existen contraindicaciones obstétricas

La cesárea electiva realizada antes del inicio del trabajo de parto o de una ruptura de membranas reduce significativamente la transmisión perinatal en comparación con la cesárea de urgencia o el parto vaginal, particularmente en pacientes con carga viral mayor de 1.000 copias/ml. Para la realización de la cesárea se debe tener el consentimiento informado de la gestante y debe ser consignado dentro de la historia clínica.

De elegirse parto por vía vaginal, debe evitarse la amniotomía, así como cualquier procedimiento invasivo que aumente el riesgo de exposición fetal a sangre materna como monitoreo fetal invasivo, instrumentación como el uso de fórceps o espátulas y la episiotomía.

La ruptura de membranas a partir de la semana 36 debe orientarse hacia el desahucio de la paciente, y la vía de parto deberá elegirse teniendo en cuenta el estado de la enfermedad materna, su control con medicamentos antirretrovirales, el tiempo de evolución de la ruptura y el grado de progreso del trabajo de parto.

Si la gestante ingresa en trabajo de parto a una institución donde no se realiza cesárea y es muy difícil la remisión, se suministra de todas maneras el goteo de zidovudina. En el caso que no se pueda realizar cesárea o que la paciente no autorice el procedimiento, se aplica profilaxis antirretroviral intravenosa durante el trabajo de parto. Tabla 4.

Tabla 4. Preparación de zidovudina para infusión endovenosa en 100 ml de dextrosa al 5%

Peso de la gestante	Ataque: 2 mg/kg aplicar en la primera hora	Mantenimiento: 1 mg/kg aplicar cada hora
	Zidovudina N° de gotas	Zidovudina N° de gotas
40 kilos	8 ml: 18 gotas/minuto	4 ml: 17 gotas/minuto
50 Kilos	10 ml: 18 gotas/minuto	5 ml: 18 gotas/minuto
60 Kilos	12 ml: 19 gotas/minuto	6 ml: 18 gotas/minuto
70 Kilos	14 ml: 19 gotas/minuto	7 ml: 18 gotas/minuto
80 Kilos	16 ml: 19 gotas/minuto	8 ml: 18 gotas/minuto
90 Kilos	18 ml: 20 gotas/minuto	9 ml: 18 gotas/minuto

Fuente: Manual de Procedimientos. Tercera Edición. Estrategia para la Reducción de la transmisión Perinatal de VIH.

Tabla 5. Antirretrovirales recomendados durante el trabajo de parto/cesárea

Escenario	Factor modificador	Recomendación
Mujer en expulsivo	Sin ARV previo	Zidovudina intravenosa si se alcanza.
Mujer en trabajo de parto	Sin ARV previo	Zidovudina intravenosa mas una tableta de nevirapina 200 mg*.
Mujer en trabajo de parto	Con ARV previo	Zidovudina intravenosa.
Mujer con ruptura de membranas	Con ARV previo	Zidovudina intravenosa y procurar desahuciar en las primeras cuatro horas luego de la ruptura prematura de membranas.
Mujer en preparación para cesárea electiva	Con ARV previo	Inicie zidovudina intravenosa tres horas antes del procedimiento.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Guía para el manejo de VIH/sida, Basada en la Evidencia. Colombia 2006

*Si le administra nevirapina a la gestante se recomienda administrarle zidovudina más lamivudina por siete días posparto para minimizar la aparición de virus resistentes a la nevirapina.

Consideraciones en la mujer embarazada

La gestante con VIH será informada sobre la necesidad de atención del parto a nivel institucional, en un segundo o tercer nivel de atención.

En casos de anemia se suministran suplementos de micronutrientes para su corrección. En el caso de progresión de la anemia a pesar del suplemento, se puede sospechar que está relacionada con el suministro de zidovudina, por lo que se recomienda cambiar el medicamento de acuerdo con la documentación del caso y la solicitud del médico tratante. Si se cambia la zidovudina por la estavudina en caso de anemia, el día de la cesárea electiva no se debe administrar la dosis de la mañana de estavudina debido a que tiene un efecto antagónico con la zidovudina, es decir, inhibe su efecto. Recuerde que a pesar de que la zidovudina haya producido anemia en la gestante, debe usarse siempre en el intraparto.

En el caso de registrar intolerancia a la glucosa o diabetes asociada con el embarazo, no están recomendados los inhibidores de proteasa como el lopinavir/ritonavir, el saquinavir/ritonavir y el nelfinavir. Para el cambio de un antirretroviral se requiere la documentación del caso mediante un resumen de historia clínica que notifique el efecto adverso o la contraindicación encontrada.

Profilaxis de neumonía por pneumocystis jiroveci

Está indicada con un recuento de CD4 menor de 200/mm³ o una historia de candidiasis orofaríngea. En el primer trimestre del embarazo puede discutirse con la paciente la posibilidad de suspender la profilaxis, de acuerdo con un balance del riesgo de infección oportunista y el riesgo de toxicidad al embrión. El agente profiláctico de elección es trimetropim – sulfametoxazol. El régimen preferido es una tableta 160/800 mg por día.

Profilaxis para tuberculosis

La profilaxis para tuberculosis se recomienda en las gestantes que tienen una historia de exposición a tuberculosis, luego de haber realizado todos los esfuerzos para excluir tuberculosis activa. El régimen de elección en las personas que no se han expuesto a tuberculosis resistente consiste en isoniazida diaria o bisemanal. Deberá acompañarse de piridoxina. La posibilidad de teratogenicidad indica iniciar la profilaxis después del primer trimestre.

Profilaxis complejo micobacterium avium

En Colombia la profilaxis está muy discutida por la prevalencia conocida de MAC, la profilaxis está indicada cuando se presenta un recuento de células CD4 menor de 50. La azitromicina se sugiere como la droga de elección en la mujer embarazada, 1200 mg/semana o claritromicina 500 mg cada doce horas.

Vacunación con toxoide tetánico

No aplicar toxoide tetánico o vacunas vivas a la gestante en el último mes de gestación, porque aumenta la carga viral periparto, incrementando el riesgo de transmisión perinatal.

Vacunación contra el neumococo

La vacunación contra el neumococo se recomienda en embarazadas con VIH que no han recibido la vacuna en los cinco años previos. Cuando sea posible, la vacunación de la embarazada debiera diferirse hasta después de iniciado el tratamiento antirretroviral para evitar el aumento transitorio de la viremia asociado con la vacuna y prevenir así un posible aumento de la transmisión perinatal.

Tabla 6. Antirretrovirales recomendados después del parto para la madre

Escenario	Factor modificador	Recomendación
Paciente sin ARV previo a trabajo de parto	No recibió nevirapina durante trabajo de parto	Evaluar con CD4 y carga viral necesidad de iniciar tratamiento antirretroviral.
Paciente sin ARV previo a trabajo de parto	Recibió nevirapina preparto	Dar zidovudina 300 mg+lamivudina 150 mg, una tableta cada 12 horas por siete días postparto, y evaluar con CD4 y carga viral necesidad de continuar tratamiento antirretroviral.
Paciente con ARV previo a trabajo de parto sin indicación de terapia según clínica, CD4 y carga viral.	Recibió nevirapina dentro de su esquema terapéutico	Suspender ARV de forma escalonada, continuar con zidovudina+lamivudina+ nevirapina, en la tercera semana del posparto suspender la nevirapina y una semana después la zidovudina y la lamivudina. Con esta estrategia se busca disminuir la posibilidad de que aparezcan resistencias a la nevirapina.
Paciente con ARV previo a trabajo de parto sin indicación de terapia según clínica, CD4 y carga viral.	No recibió nevirapina dentro de sus esquema terapéutico	Suspender antirretrovirales a los 28 días del posparto.
Paciente con ARV previo a trabajo de parto	Con indicación de terapia según clínica, CD4 y carga viral	Continuar con tratamiento antirretroviral.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, adaptación de Guía para el manejo de VIH/sida, Basada en la Evidencia. Colombia 2006

MANEJO DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH

Atención del recién nacido:

- Evitar contacto del niño con la sangre materna.
- Lavar con agua y jabón inmediatamente después del nacimiento para disminuir el contacto con secreciones cervico-vaginales, el líquido amniótico y la sangre materna.
- Succión de la vía aérea evitando traumatismos.
- Aplicación de la profilaxis con vitamina K.

Al recién nacido se le inicia suministro de profilaxis antirretroviral entre las 8 y 12 horas de nacido y antes de las 48 horas de nacimiento. No hay evidencia médica de que un tratamiento profiláctico iniciado después de las 48 horas de nacido tenga alguna utilidad. Es decir, si se quiere iniciar el tratamiento profiláctico en el tercer día de nacido, éste es inútil. Tabla 7.

Tabla 7. Recomendación de profilaxis al recién nacido

Escenario	Factor modificador	Recomendación
Madre sin ARV previo a trabajo de parto o cesárea	Madre recibió Nevirapina durante el trabajo de parto	Zidovudina 2 mg/kg jarabe cada seis horas* por seis semanas, y como la madre recibió nevirapina el recién nacido tendrá niveles durante las primeras 72 horas de vida, motivo por el cual solo se administrará una dosis de nevirapina 2 mg/kg. a las 48 horas del nacimiento.
Madre sin ARV previo a trabajo de parto o cesárea	Madre no recibió nevirapina durante el trabajo de parto	Zidovudina 2 mg/kg jarabe cada seis horas* por seis semanas y una dosis de nevirapina 2 mg/kg tan pronto como sea posible después del nacimiento y repetir segunda dosis de nevirapina a las 48 a 72 horas del nacimiento.
Madre con ARV previo a trabajo de parto o cesárea	Carga viral tercer trimestre mayor de 1.000 copias	Zidovudina 2 mg/kg jarabe cada seis horas por seis semanas, una dosis de nevirapina 2 mg/Kg a las 48 horas del nacimiento**.
Madre con ARV previo a trabajo de parto o cesárea	Carga viral tercer trimestre menor 1.000 copias	Zidovudina 2 mg/kg jarabe cada seis horas* por seis semanas.
Madre con o sin ARV previo		No usar leche materna para la alimentación del niño o niña.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, adaptación de Guía para el manejo de VIH/sida, Basada en la Evidencia. Colombia 2006

Recomendación

* Para neonatos **menores** de 35 semanas de edad gestacional la dosis de Zidovudina debe ser ajustada de la siguiente manera:

- 1,5 mg/kg por vía intravenosa, cada doce horas (**si no hay tolerancia a la vía oral**) o
- 2 mg/Kg por vía oral, cada doce horas

Si el neonato nació **antes** de las 30 semanas de gestación la frecuencia se debe aumentar a cada ocho horas luego de **4 semanas de vida**. La profilaxis se debe dar por 42 días.

Si el neonato nació **después** de las 30 semanas de gestación la frecuencia se debe aumentar a cada ocho horas luego de **2 semanas de vida**. La profilaxis se debe dar por 42 días.

** No hay evidencia que sustente el uso de nevirapina en estas circunstancias. Sin embargo algunos expertos la recomiendan.

Recuerde: en mujeres con pruebas de tamizaje reactivas, positivas, dudosas o borderline, o con confirmatorias pendientes, administre profilaxis al neonato hasta que descarte de manera definitiva que la madre está o no infectada.

Diagnóstico de VIH en el hijo/a de mujer con VIH

La situación más frecuente en nuestro medio es la del diagnóstico de los niños y niñas en los que se conoce previamente la condición de exposición perinatal a VIH. En otros casos se debe tener en cuenta que los síntomas y signos de la enfermedad en los niños infectados perinatalmente por VIH varían mucho dependiendo la rapidez con que se desarrolle la inmunosupresión. Por este motivo el personal de la salud debe conocer las diferentes formas de presentación de la infección por VIH en los niños de distintas edades para establecer sospecha clínica e indicar las pruebas diagnósticas pertinentes.

Debido al paso transplacentario de los anticuerpos maternos y su posible persistencia hasta los 18 meses, los niños menores de 18 meses de edad requieren pruebas diagnósticas que permitan detectar directamente la presencia del VIH, su genoma o sus proteínas para diagnosticar la infección. La prueba virológica de elección es la determinación del ARN del VIH, mediante una técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Las pruebas serológicas de VIH, incluyendo las pruebas rápidas más recientes, no confirman la infección por VIH en niños de manera precoz debido a la transferencia transplacentaria de anticuerpos maternos por lo que deberá ser utilizado un test virológico (carga viral). Un primer test virológico por encima de 10.000 copias indica, con una elevada probabilidad infección por VIH que debe ser confirmada mediante la repetición del test virológico en una segunda muestra tan pronto sea posible. La detección precoz de la infección en el neonato es prioritaria, dado que permitiría remitir al programa de atención para definir la terapia antirretroviral.

El PCR de ARN del VIH que mide la cantidad de viriones ARN del VIH en la sangre periférica (carga viral) es una medida importante de la actividad de la enfermedad o de la efectividad de la terapia antirretroviral, la detección de niveles bajos de ARN de VIH menor de 10.000 copias/ml puede no ser reproducible, los test con niveles bajos de ARN de VIH deben ser repetidos antes de ser interpretados como la presencia de infección por VIH en el niño o niña.

Recuerde: en niños y niñas, nacidos de mujeres con VIH se debe realizar una primera carga viral al cumplir el primer mes de vida y una segunda carga viral a los seis meses de edad.

Recomendaciones para la atención de los niños y niñas de madres consideradas como casos especiales

No se ahorran esfuerzos para aclarar el diagnóstico con respecto al VIH de las gestantes, son considerados casos especiales los siguientes:

- **Mujer con prueba rápida positiva en el trabajo de parto:** el recién nacido recibirá la profilaxis antirretroviral e inicia la sustitución de la leche materna hasta tanto se aclare el diagnóstico materno.
- **Mujer con prueba de Elisa reactiva en las últimas semanas de gestación a quien no se ha realizado prueba confirmatoria con Western Blot o está pendiente el resultado:** iniciar profilaxis, el recién nacido recibirá la profilaxis antirretroviral e inicia la sustitución de la leche materna, si el diagnóstico es descartado se suspende la aplicación del protocolo de intervención.
- **Gestante detectada como indeterminada:** iniciar profilaxis, el recién nacido recibirá la profilaxis antirretroviral e inicia la sustitución de la leche materna, si el diagnóstico es descartado se suspende la aplicación del protocolo de intervención.

Ante esta situación de diagnóstico inespecífico, las púerperas asegurarán la producción de leche materna mediante el ordeño manual, y de esta forma si el caso es descartado, se reinicie la lactancia materna.

Seguimiento nutricional del recién nacido

El Gobierno Nacional suscribió el "**Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**", adoptado mediante Resolución número AMS 34 -22 del 21 de mayo de 1981, por la Asamblea Mundial de la Salud, comprometiéndose a incorporar en su legislación interna las normas del mismo.

Este código, en su artículo 1 establece que el objetivo es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, **cuando éstos sean necesarios**, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución. De la misma forma, en su artículo 3 define « Sucedáneo de la leche materna »: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

El **Decreto 1397 de 1992**, por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones, en su artículo segundo define ALIMENTO DE FORMULA PARA LACTANTES como "aquellos productos de origen animal o vegetal que sean materia de cualquier procesamiento, transformación o adición, incluso la pasteurización, de conformidad con el Codex Alimentarius, que por su composición tenga por objeto suplir parcial o totalmente la función de la leche materna en niños menores de dos (2) años."

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a través del **Acuerdo número 336 de 2006**, en su artículo segundo incluyó "en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la fórmula láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad, según lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH /SIDA."

Uno de los objetivos de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH es velar por la salud y la vida de los niños y niñas expuestos a la infección con el VIH durante la gestación, el parto y la lactancia materna. Por esta razón, entre las estrategias de reducción de la transmisión perinatal, de acuerdo con la evidencia científica, se estableció la provisión de la fórmula láctea de reemplazo, acompañada de consejería nutricional para apoyar a la madre, su pareja y su familia en el manejo nutricional. Si la madre lactante está infectada con VIH se suspende la leche materna y es necesario el control de la galactorrea mediante la prescripción de bromocriptina, tintura de belladona, cabergolina o el uso de medios físicos.

A los hijos-hijas de madres infectadas con el VIH, por el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna del 15 al 25%, se recomienda la alimentación con fórmula láctea durante los primeros seis meses de vida y la introducción de la alimentación complementaria a partir de esta edad. La fórmula láctea de reemplazo cubre los requerimientos nutricionales de un niño sano durante los primeros seis meses. La leche de fórmula de reemplazo se inicia entre media hora después del nacimiento y las cuatro o seis horas de vida, para prevenir la hipoglicemia y pérdida de peso.

El ofrecimiento y provisión de fórmula láctea exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño o niña debe contar con el consentimiento de la madre. Ella será informada sobre el riesgo de transmisión de VIH a través de la leche materna y de los riesgos de otras

enfermedades como la diarrea y la desnutrición, que se presentan cuando la fórmula láctea de reemplazo no es preparada en la dilución adecuada y en condiciones mínimas de seguridad.

Se deberá desestimular la práctica de alimentar en forma mixta al lactante (se entiende por mixta la utilización paralela de fórmula artificial con leche materna u otros alimentos con leche materna) ya que está demostrado que la alimentación mixta aumenta el riesgo de transmisión perinatal del VIH, al causar inflamaciones o infecciones gastrointestinales que facilitan la entrada del virus al organismo.

Desde la gestación, se debe educar a la gestante sobre la preparación de la fórmula láctea y la forma correcta de realizar las diluciones; es decir, esta fórmula se prepara mezclando en partes iguales, el agua y la medida de la fórmula que incluye en la lata; además, se insiste sobre el mantenimiento de un ambiente limpio cuando se elaboren las mezclas. Todo el equipo se lava, incluyendo las tazas o biberones y los mezcladores. Es indispensable que el lactante reciba la leche inmediatamente después de preparada.

Se debe tener en cuenta que para los menores de seis meses de edad se cuenta con fórmulas lácteas de inicio para cubrir la totalidad de los requerimientos nutricionales de un lactante sano, pero hay que considerar que se presentan casos de intolerancia a la lactosa y también recién nacidos prematuros para los que existen fórmulas específicas, de acuerdo con el criterio establecido para cada caso.

El cálculo del suministro de la fórmula láctea que a continuación se presenta, es un esquema básico que se adapta al estado que presenta el niño(a) al nacimiento; en cada control de crecimiento y desarrollo se debe valorar la curva de crecimiento para realizar los ajustes necesarios sobre los requerimientos del lactante. La siguiente es una recomendación del comportamiento promedio de las necesidades para cada niño (a) y no de todos los niños (a); sin embargo nos brinda una aproximación al número de latas que se debe entregar en cada control de crecimiento y desarrollo. Tabla 8 y 9.

Tabla 8. Alimentación de fórmula láctea de reemplazo para neonatos de 0 a 6 meses presentación latas por 900 gramos

Edad	Leche (onzas)	Medidores	Tomas diarias	Gramos día	Total gramos	Latas 900 gramos	Nº tarros entregar por mes
1a Semana	3	3	10	129	903	1,00	5
2a Semana	3	3	10	129	903	1,00	
3a Semana	4	4	10	172	1.204	1,34	
4a Semana	4	4	10	172	1.204	1,34	
Mes 2	5	5	8	172	5.160	5,73	6
Mes 3	6	6	8	206,4	6.192	6,88	7
Mes 4	7	7	7	210,7	6.321	7,02	7
Mes 5	7	7	7	210,7	6.321	7,02	7
Mes 6	7	7	7	210,7	6.321	7,02	7
Total					34.529	38,4	39

Medidor = 4.3 gramos

1 Onza = 30 cc

Tabla 9. Alimentación de fórmula láctea de reemplazo para neonatos de 0 a 6 meses presentación latas por 400 gramos

Edad	Leche (onzas)	Medidores	Tomas diarias	Gramos día	Total gramos	Latas 400 gramos	Nº tarros entregar por mes
1a Semana	3	3	10	129	903	2,26	11
2a Semana	3	3	10	129	903	2,26	
3a Semana	4	4	10	172	1.204	3,01	
4a Semana	4	4	10	172	1.204	3,01	
Mes 2	5	5	8	172	5.160	12,90	13
Mes 3	6	6	8	206,4	6.192	15,48	15
Mes 4	7	7	7	210,7	6.321	15,80	16
Mes 5	7	7	7	210,7	6.321	15,80	16
Mes 6	7	7	7	210,7	6.321	15,80	16
Total					34.529	86,32	87

Medidor = 4.3 gramos

1 Onza = 30 cc

Después del sexto mes de vida se inicia la alimentación complementaria que significa la inclusión o suministro de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula láctea, e implica la combinación de prácticas que mantiene los aportes de la leche y mejoran la cantidad y calidad de los alimentos que los niños y niñas consumen, para garantizar su seguridad alimentaria y nutricional.

Para el inicio de la alimentación complementaria se brinda consejería nutricional en la que se tiene en cuenta el grado de desarrollo neuro-muscular del niño o de la niña, sus condiciones de salud, las condiciones socioeconómicas de la familia y las posibilidades alimentarias de la región. Para facilitar este proceso, es útil seguir las Guías Alimentarias para los Niños y Niñas Colombianos Menores de 2 años, establecidas por el Ministerio de la Protección Social y el ICBF.

Esquema de inmunización

Estar expuesto al VIH por vía perinatal no significa que el niño o la niña no deban ser vacunados, la prevención de infecciones mediante la inmunización es uno de los pilares básicos del manejo de los niños expuestos al virus del VIH. Tabla 10.

Tabla 10. Esquema de vacunación para el niño con VIH o expuesto

Edad	Vacuna	Dosis
Recién nacido	Antituberculosa - BCG	Única
	Hepatitis B	De recién nacido
A partir de los 2 meses de edad	Pentavalente: Difteria, Tosferina, Tétanos (DPT) - Haemophilus influenzae tipo b - Hepatitis B	Primera
	Polio: inyectable	Primera
	Neumococo	Primera
A partir de los 4 meses de edad	Pentavalente	Segunda
	Polio: inyectable	Segunda
	Neumococo	Segunda
A partir de los 6 meses de edad	Pentavalente	Tercera
	Polio: inyectable	Tercera
De 6 a 23 meses	Influenza	Primera
		Segunda: a las cuatro semanas de la primera
A los 12 meses de edad	SRP: Sarampión, Rubeola, Paperas	Única
	Fiebre Amarilla	Única
	Neumococo	Tercera
	Varicela	Primera
	Hepatitis A	Primera
Al año de la tercera dosis	DPT: Difteria, Tosferina, Tétanos	Primer refuerzo
	Polio: inyectable	Primer refuerzo
	Varicela	Refuerzo
	Hepatitis A	Refuerzo
A los 2 años de edad	Vacuna polisacarida contra el neumococo	Única
A los 5 años de edad	DPT: Difteria, Tosferina, Tétanos	Segundo refuerzo
	Polio: inyectable	Segundo refuerzo
	SRP: Sarampión, Rubeola, Paperas	Refuerzo
	Hepatitis B	Revacunación

Polio: El primer refuerzo se aplica al año de la tercera dosis (18 meses de edad) con polio inyectable por vía intramuscular, para evitar la infección del niño y/o de los padres, cuidadores o familiares en situaciones propicias que favorezcan el riesgo de adquirir la infección por el virus vacunal eliminado por las heces (riesgo si el niño recibiera la polio por vía oral). La vacuna antipoliomelítica inyectable se solicita al Programa Ampliado de Inmunizaciones del ente territorial.

DPT: (Difteria, tosferina y tétanos): El primer refuerzo se aplica al año de la tercera dosis (18 meses de edad). Se administra por vía intramuscular en la región deltoidea (niños y niñas caminadores).

BCG: Se recomienda su aplicación posterior al primer mes de vida, siempre y cuando el niño o niña este asintomático y tenga su primer resultado de seguimiento virológico (carga viral) indetectable. Se debe educar sobre las medidas preventivas para que el niño no se vaya a infectar y o enfermar de TB. Vía de aplicación intradérmica, región supraescapular izquierda, dosis desde 0.05ml hasta 0.1ml de acuerdo con el laboratorio productor de la misma.

Hepatitis B: Se recomienda la aplicación en las primeras 12 horas de vida, independiente de su peso al nacer dado que disminuye en forma importante la transmisión madre-hijo. Se recomienda revacunación completa a los niños o niñas inmunocomprometidos a los 5 años de edad con esquema 0, 1, 6 (la tercera dosis a los 6 meses de la primera), aplicación IM, dosis 10 microgramos.

Triple Viral (SRP: Sarampión, rubéola y paperas): Es recomendada en niños y niñas con recuento de CD4 mayor o igual al 25% células/mm³. El refuerzo se aplica con la misma condición anterior. Se aplica por vía subcutánea.

Fiebre Amarilla: Es recomendada en niños y niñas con recuento de CD4 mayor o igual al 25% células/mm³. El refuerzo se aplica con la misma condición anterior. Se aplica por vía subcutánea, el refuerzo se aplica cada 20 años después de la primera vacunación.

Influenza: Primo vacunación con dos dosis, la primera a los 6 meses de edad y la segunda dosis a los 7 meses de edad, y posteriormente una dosis anual. El programa de vacunación del Ministerio de la Protección Social la garantiza de manera gratuita para todos los niños y niñas entre los 6 y los 24 meses de vida. La vacuna se administra por vía intramuscular o subcutánea.

Vacuna conjugada contra Neumococo: Garantizada por el Ministerio de la Protección Social por el acuerdo 406/2009 para los niños y niñas, desde los 2 meses de vida hasta los 35 meses de edad. Se aplica por vía intramuscular profunda, es prellenada, unidosis. El esquema inicia a los dos meses de edad (primera dosis), la segunda dosis a los cuatro meses de edad y la tercera a los 12 meses de edad.

Varicela: Es recomendada en niños y niñas con recuento de CD4 mayor o igual al 25% células/mm³ (no inmunosupresión). El refuerzo se aplica con la misma condición anterior, “ésta vacuna no está incluida en el PAI”.

Recuerde: con los niños o niñas hijos de madres con infección por VIH (expuestos), se deben de tener las mismas consideraciones anteriormente citadas hasta que se determine su estado serológico.

Capítulo II. SÍFILIS

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

Diagnóstico en la gestante

La norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo Resolución 412 del 2.000, establece que toda gestante que acuda al control prenatal idealmente en el primer trimestre de embarazo, debe recibir una atención integral en la cual se oferte la serología para sífilis, en el primer control prenatal, en el tercer trimestre, el parto y o puerperio inmediato. El diagnóstico de la sífilis en la madre se realiza a través de pruebas serológica treponémicas y no treponémicas.

Pruebas de tamizaje no treponémicas

Las pruebas no treponémicas detectan anticuerpos antilipídicos en el suero o el líquido cefalorraquídeo y pueden emplearse para cuantificar la respuesta de los anticuerpos. La presencia de estos anticuerpos corresponde a un diagnóstico presuntivo de sífilis. Dentro de estas pruebas se encuentran el VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) y el RPR (Rapid Plasma Reagin).

Estas pruebas detectan los casos de sífilis temprana aunque es posible que ocurran falsos positivos que pueden ser ocasionados por otras causas como leptospirosis, mononucleosis infecciosa, hepatitis, tuberculosis, diabetes mellitus, fiebre reumática, VIH, enfermedad de Lyme, malaria, lupus eritematoso sistémico, embarazo, entre otros. Los falsos positivos de la serología se dan más comúnmente con títulos bajos no obstante se pueden presentar también con títulos altos, por lo tanto se recomienda que toda prueba positiva sea confirmada con una prueba treponémica, sin que esto retarde el inicio del tratamiento.

El reporte de las pruebas no treponémicas debe ser dado en forma cuantitativa, ya que esto se requiere para el seguimiento del caso una vez aplicado el tratamiento. Las pruebas no treponémicas se negativizan con el tiempo después del tratamiento; sin embargo en algunos pacientes los anticuerpos no treponémicos pueden permanecer con un título bajo por un largo tiempo e incluso durante toda la vida.

Pruebas treponémicas o confirmatorias

Las pruebas treponémicas usan al *Treponema pallidum* como antígeno y se basan en la detección de anticuerpos contra componentes treponémicos. Se consideran como pruebas estándar el FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption test), MHA-TP (micro hemaglutinación), el TPHA y las pruebas rápidas. Son utilizadas para confirmar o verificar la reactividad de las pruebas no treponémicas. En los casos en los cuales se realice el diagnóstico de sífilis después de una prueba de VIH negativa o no reactiva, esta prueba se debe repetir.

Pruebas rápidas

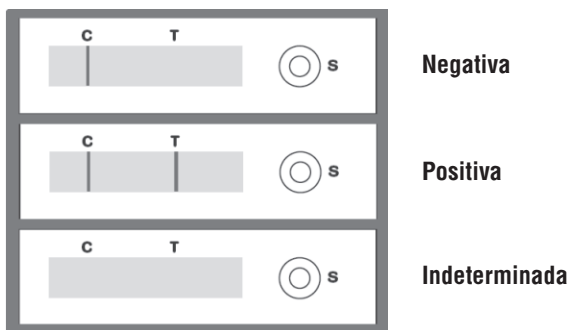
Son un ensayo inmunocromatográfico en fase sólida para detección cualitativa de anticuerpos tipo Ig G, Ig M e Ig A contra el *Treponema pallidum*. Pueden utilizarse para tamizaje o para confirmación.

Los tipos de muestra con que se ha estandarizado este método son sangre total, suero y plasma; otros fluidos no son recomendados para realizar la prueba. Las muestras que son obtenidas durante el período inicial de la infección, pueden tener niveles no detectables de anticuerpos. Si se obtiene un resultado negativo y la clínica del paciente es sospechosa, se debe repetir la prueba después de un tiempo según criterio médico.

Tabla 1. Procedimientos para realización de pruebas rápidas en sangre total

Materiales	Procedimiento
Lanceta desechable. Tubos capilares o pipetas plásticas. Algodón. Alcohol yodado. Dispositivo de prueba rápida. Reloj. Guardián para descartar material contaminado.	Rotular el dispositivo de prueba rápida con el nombre o documento de identificación de la paciente.
	Limpiar la zona de punción con algodón impregnado en alcohol, secar con un algodón seco y limpio.
	Presionar el dedo seleccionado para hacer llenado capilar.
	Puncionar con la lanceta la parte lateral de la yema del dedo.
	Con la pipeta plástica o tubo capilar tomar la cantidad de sangre necesaria para la prueba.
	Adicionar la cantidad requerida de sangre según la técnica utilizada dentro del pozo de muestra.
	Agregar las gotas necesarias de diluyente (de acuerdo con la técnica utilizada), dentro del pozo de muestra. En este paso se debe esperar a que se absorba cada gota de diluyente antes de agregar la siguiente.
	Interpretar la prueba dentro del tiempo señalado en la técnica.

Interpretación de pruebas rápidas:



Fuente: El uso de las pruebas rápidas para sífilis. Iniciativa para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual. Programa especial para la investigación y el entrenamiento en enfermedades tropicales, auspiciado por UNICEF y UNDP, Banco Mundial y OMS.2006.

Precauciones:

- Leer completamente el instructivo del kit, ya que cada casa comercial tiene estandarizada su técnica; las cantidades de muestra, diluyente y tiempos de lectura pueden ser diferentes.
- Las instrucciones deberán respetarse estrictamente para tener resultados precisos.
- La persona que realice la prueba debe estar capacitada.
- Usar elementos de bioseguridad durante el procedimiento.
- Descontaminar y desechar las muestras, equipos de reacción y material potencialmente contaminado, como si fueran desechos infecciosos.

Las pruebas rápidas se recomiendan en los siguientes casos:

- Regiones que presentan dificultades técnicas para el procesamiento de muestras en el laboratorio.
- Gestantes detectadas durante brigadas médicas en sitios de difícil acceso, donde es difícil volver para entregar un resultado.
- Gestantes detectadas en control prenatal con dificultades para asistir nuevamente.
- Gestantes sin antecedentes de control prenatal que ingresan por primera vez a una IPS en trabajo de parto.
- Instituciones de salud que prestan servicios de control prenatal y parto, que no tengan volumen alto de pruebas que amerite la compra de kit de pruebas confirmatorias tipo TPHA, TPPA, MHA-TP, FTA-abs.
- Para confirmar una prueba no treponémica.

Ventajas de las pruebas rápidas:

- Técnica simple.
- No requiere electricidad, refrigeración ni equipos.
- Puede realizarse con sangre total.
- Fácil entrenamiento al personal.
- Utilización en instituciones de primer nivel.
- Resultados en minutos.
- Permite tratamiento más oportuno.
- Sirve para tamización o para confirmación.
- No ocurre efecto prozona.
- Alta sensibilidad y especificidad.
- Bajo costo.

Tabla 2. Comparación de las características de las pruebas serológicas para sífilis

Parámetro	RPR	VDRL	Prueba rápida	TPHA-TPPA	FTA-abs
Sensibilidad	86-100%	78 – 100%	84 – 98%	85 – 100%	70 – 100%
Especificidad	93 – 98 %	98%	94 – 98%	98 – 100 %	94 – 100%
Facilidad	Fácil	Fácil	Fácil	Compleja	Compleja
Dónde usar	Primer nivel	Primer nivel	Primer nivel	de referencia	de referencia
Utilidad	Diagnóstico y seguimiento	Diagnóstico y seguimiento	Diagnóstico y confirmación	Confirmación	Confirmación

Fuente: Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación.

Tabla 3. Interpretación de los resultados de pruebas diagnósticas y confirmatorias

Resultado	Interpretación
No treponémica (-) Treponémica (-)	Ausencia de infección. Si la exposición es muy reciente se recomienda repetir las pruebas.
No treponémica (+) Treponémica (+)	Infección activa, en especial con títulos altos (>1/8) de la prueba no treponémica. Títulos bajos pueden deberse a una sífilis antigua tratada.
No treponémica (-) Treponémica (+)	En general se debe a una sífilis antigua tratada no activa. Excepcionalmente puede ser un falso positivo de la prueba treponémica.
No treponémica (+) Treponémica (-)	Se recomienda repetir utilizando otro método de prueba treponémica. Si continúa siendo negativa se trata de un resultado falsamente positivo de la prueba no treponémica y ausencia de infección.

Fuente: OPS/OMS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en Latinoamérica y el Caribe.

Recuerde:

- Si la gestante es menor de 14 años, la legislación colombiana considera siempre el embarazo como producto de abuso sexual y debe ser notificada a la instancia judicial correspondiente. La atención integral de las víctimas de abuso sexual incluye la oferta de pruebas de sífilis, hepatitis B y VIH.
- El resultado de las pruebas no treponémicas sea éste un resultado reactivo o no reactivo debe estar registrado en la historia clínica y en el carné materno. Los resultados reactivos deben ser dados en forma cuantitativa, ya que esto se requiere para la evaluación realizada después de aplicado el tratamiento.
- A toda gestante que se le haga diagnóstico de sífilis se le debe recomendar que lo informe a su compañero sexual, para que acudan a un servicio de salud y puedan recibir una atención oportuna. Es importante que el profesional de la salud que entregue un resultado reactivo, enfatice en la necesidad del tratamiento de la pareja para evitar las reinfecciones y la transmisión de la sífilis al recién nacido.

Diagnóstico en el recién nacido

El diagnóstico del recién nacido se realiza con los criterios de caso establecidos en la guía de atención de sífilis. Aunque la mayoría de los casos de sífilis congénita son asintomáticos, a todos los hijos de madres con serología positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y de laboratorio que incluye:

- Examen físico en busca de evidencias de sífilis congénita.
- Test serológico no treponémico cuantitativo (no de sangre de cordón), que servirá como línea de base para evaluar criterios de curación postratamiento.
- Líquido cefalorraquídeo para análisis de células, proteínas y VDRL.
- Radiografías de huesos largos.
- Parcial de orina, hemoleucograma, pruebas hepáticas en el caso que la clínica lo amerite.

En el diagnóstico del recién nacido, se utilizan las pruebas no treponémicas VDRL (venereal disease research laboratories) y RPR (rapid plasma reagin), las cuales se deben tomar de un sitio diferente al cordón umbilical. Las pruebas treponémicas no son útiles para el diagnóstico en el recién nacido.

En el recién nacido la prueba serológica puede ser reactiva a expensas de anticuerpos (Ig G) treponémicos y no treponémicos transferidos de la madre a través de la placenta, sin que el recién nacido tenga la enfermedad, pero igualmente puede ser consecuencia de una infección congénita. Por lo que en el diagnóstico de la sífilis congénita, se debe tener en cuenta:

- El diagnóstico y clasificación de la sífilis en la madre.
- La confirmación de tratamiento adecuado en la madre.
- La comparación de títulos maternos y del recién nacido.
- Los resultados de la evaluación clínica y pruebas de laboratorio del recién nacido.

Recuerde:

- *La tamización rutinaria para sífilis de todos los recién nacidos no se recomienda, se prefiere realizar las pruebas no treponémicas a todas las mujeres en el momento del parto.*
- *Se debe tomar serología al recién nacido sólo cuando la madre tiene un resultado positivo o cuando la madre tiene el antecedente de sífilis en el embarazo actual. En estos casos se debe ordenar la prueba no treponémica al neonato independientemente del tratamiento recibido por la madre.*
- *En algunos casos el recién nacido infectado puede tener la prueba serológica no reactiva, si la madre presenta títulos bajos, si fue infectada al final del embarazo o tratada en el último trimestre.*

Tabla 4. Hallazgos clínicos en los recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita

Sífilis congénita temprana	Sífilis congénita tardía
Aparecen dentro de los dos primeros años de edad	Aparecen después de los dos primeros años de edad
Brote maculopapular.	Dientes de Hutchinson.
Hepatoesplenomegalia, pruebas hepáticas alteradas.	Tibias en sable.
Compromiso óseo: periostitis (bandas metafisiarias en los Rx).	Nariz en silla de montar.
Rinorrea mucosanguinolenta.	Queratitis intersticial.
Anormalidades hematológicas (anemia, trombocitopenia, leucopenia o leucocitosis).	Compromiso del octavo par craneano.
Prematurez.	Retardo mental.
Bajo peso.	Hidrocefalia.
Hidropesía fetal.	Convulsiones.
Ictericia patológica (a expensas de bilirrubina directa).	Parálisis de nervios craneanos.
Neumonía alba.	Cicatrices periorificiales en la piel.

TRATAMIENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

Tratamiento en la gestante

Una vez identificado el caso de sífilis, debe iniciarse de inmediato el tratamiento, éste debe ser aplicado bajo estricto control y supervisión en una institución de salud. El único tratamiento avalado en las gestantes para prevenir la sífilis en el recién nacido es la penicilina, medicamento de bajo costo, mínima toxicidad y sin evidencia de resistencia. El tratamiento de la gestante con sífilis se realiza teniendo en cuenta los estadios clínicos de la enfermedad. Tabla 5.

Tabla 5. Tratamiento de la gestante

Estadio de la sífilis	Tratamiento
Primaria	Penicilina Benzatínica 2.400.000 unidades, aplicación intramuscular. Dosis única.
Secundaria	
Latente temprana	
Latente tardía	Penicilina Benzatínica 2.400.000 unidades, aplicación intramuscular. Tres dosis, una cada semana.
Latente de duración desconocida	
Terciaria	

Recuerde: antes de la aplicación del tratamiento se debe realizar la prueba de sensibilidad, en caso de que esta prueba sea positiva se debe hacer la desensibilización de la siguiente manera: Con una solución de Penicilina V potásica, suspensión oral de 250 mg por 5 cc, equivalente a 400.000 Unidades es decir, 80.000 Unidades por centímetro cúbico, se deben aplicar 14 dosis, una dosis cada 15 minutos, en un tiempo total de 3 horas y 45 minutos, para una dosis acumulada de un millón doscientas noventa y seis mil unidades (1.296.000 unidades).

Tabla 6. Procedimiento para la desensibilización de personas alérgicas a la penicilina

Solución	Cómo prepararla	No. de dosis suspensión penicilina V	Solución preparada (unidades/ ml)	Centímetros cúbicos administrados vía oral	Unidades administradas	Dosis acumuladas (Unidades)
Solución N°1	1 cc Penicilina V potásica (80,000 U) + 79 ml de agua	1	1.000	0.1	100	100
		2	1.000	0.2	200	300
		3	1.000	0.4	400	700
		4	1.000	0.8	800	1.500
		5	1.000	1.6	1.600	3.100
		6	1.000	3.2	3.200	6.300
		7	1.000	6.4	6.400	12.700
Solución N°2	2 cc (160.000 U) + 14 ml de agua	8	10.000	1.2	12.000	24.700
		9	10.000	2.4	24.000	48.700
		10	10.000	4.8	48.000	96.700
Solución N°3	Solución comercial de 80.000 U/ ml sin diluir.	11	80.000	1.0	80.000	176.700
		12	80.000	2.0	160.000	336.700
		13	80.000	4.0	320.000	656.700
		14	80.000	8.0	640.000	1.296.000

Tratamiento del recién nacido

Penicilina cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50.000 unidades/kg cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad y a partir del octavo día cada 8 horas hasta completar 10 días. Si hay compromiso de sistema nervioso central el tratamiento debe prolongarse hasta los 14 días de vida.

SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

Seguimiento de la gestante

Una vez terminado el tratamiento debe garantizarse la toma de una prueba no treponémica cada tres meses, según lo establecido en la guía de atención de sífilis gestacional y congénita, con el fin de evaluar el cumplimiento de criterios de curación.

En los casos de mujeres con sífilis primaria y secundaria la disminución de títulos luego del tratamiento es rápida, presentándose una caída de los títulos de cuatro veces (2 diluciones) en los primeros tres meses luego del tratamiento. Cuando esta caída no ocurre en los siguientes seis meses se debe sospechar falla del tratamiento. La mayoría de pacientes tendrán títulos bajos o no reactivos después del primer año del tratamiento.

Seguimiento del recién nacido

A todos los neonatos con serología reactiva al nacer, o hijos de madres con serología reactiva al momento del parto, se les debe hacer seguimiento clínico y serológico estrecho con pruebas no treponémicas cada 3 meses hasta que los títulos se vuelvan no reactivos o disminuyan cuatro veces con respecto al valor inicial. El seguimiento serológico debe hacerse a los 3, 6, 9 y 12 meses luego del tratamiento. En los casos de neurosífilis debe realizarse punción lumbar y realizar estudio de líquido cefalorraquídeo tanto de células, VDRL y proteínas para comparar con los iniciales y definir nuevo tratamiento si estos continúan alterados.

Capítulo III. SISTEMA DE INFORMACION

Notificación de casos

Toda gestante identificada como un caso confirmado de VIH o de sífilis gestacional será notificada a través de la ficha única de notificación nacional para el evento VIH/SIDA así mismo los casos de sífilis congénita y casos de VIH perinatal. Esta notificación se hace desde el nivel municipal al departamento y este al nacional por el SIVIGILA, siguiendo el procedimiento para notificación de los eventos de interés en salud pública estandarizado por el **Decreto 3518 de 2006** del Ministerio de la Protección Social.

Recomendaciones generales para el diligenciamiento de los registros

1. Los formatos deben ser diligenciados de manera completa y con letra legible, todo espacio en blanco o sin marcación se interpreta como si no se hubiera preguntado la información.
2. Con relación a la fecha, se debe diligenciar con números arábigos utilizando dos cifras correspondientes al número del día, mes y cuatro cifras para el año
3. Cuando se tienen las opciones de Si o NO se debe marcar sólo una opción
4. La edad se debe registrar utilizando la edad en años o en meses cumplidos.
5. Dirección y teléfono: permite la ubicación de la gestante, la madre, el niño o niña en caso de que sea necesaria la obtención de una nueva muestra o la realización de un procedimiento normado dentro del protocolo de intervención

Registro de gestantes. asesoría preprueba voluntaria de VIH

Objetivos:

- Registrar a la gestante a quien se le ofrece la prueba
- Registrar la asesoría preprueba y postprueba realizada a la gestante
- Registrar los resultados de las pruebas presuntivas

Responsable:

El formato es diligenciado por los trabajadores de la salud de las IPS que prestan los servicios de control prenatal y quien realiza los procesos de asesoría.

Cuándo se diligencia:

Es iniciado en la primera consulta y actualizado con los resultados de las pruebas presuntivas y con la realización de la asesoría postprueba.

Cómo se diligencia:

- Fecha de la realización de la asesoría preprueba.
- Nombre: es el nombre de la gestante como figura en el documento de identidad.
- Documento de identidad: permite verificar que la persona que recibe un resultado de laboratorio corresponde a quien le fue tomada la muestra.
- Dirección y teléfono: permite el seguimiento de las gestantes tanto para entrega de resultados como para la captación de casos reactivos, positivos o indeterminados.
- Edad y ocupación: la edad se debe registrar en años cumplidos y el registro de la ocupación debe ser de la actual que tiene la gestante.
- Semanas de gestación: número de semanas de gestación en el momento de la realización de la asesoría.
- Recibe asesoría: marcar sólo una de las alternativas propuestas.
- Toma prueba: si se toma la prueba se marca una X en la columna de SI, si no se deja en blanco.
- Resultado de prueba de tamizaje: registrar la información de acuerdo con los resultados obtenidos.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

BICENTENARIO
de la Independencia de Colombia
1810-2010



Informe mensual datos poblacionales GESTANTES NO AFILIADAS
Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita.

Fecha: _____

Entidad Territorial: _____

Mes informado: _____ Año: _____

Variables	Dato
Total de gestantes que recibieron asesoría pre prueba VIH en el primer trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que recibieron asesoría pre prueba VIH segundo trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que recibieron asesoría pre prueba VIH tercer trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que no aceptaron asesoría pre prueba durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje VIH en el primer trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje VIH en el segundo trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje VIH en el tercer trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis en el primer trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis en el segundo trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis en el tercer trimestre de embarazo durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis en el intraparto durante el período informado	
Total de gestantes diagnosticadas con sífilis durante el período informado	
Total casos de sífilis congénita durante el período informado	

Nombre del funcionario que diligencia la información – Cargo

Correo Electrónico

Teléfono fijo: _____ **Teléfono móvil:** _____ **Fax:** _____

Informe mensual datos poblacionales gestantes NO afiliadas

Objetivos

- Consolidar información necesaria para el cálculo y seguimiento de indicadores del plan estratégico para la prevención y el control del VIH, sífilis gestacional y congénita.

Responsable:

El formato debe ser diligenciado por el profesional encargado de VIH/SIDA e ITS en el nivel municipal y departamental, quien lo remitirá al Ministerio de la Protección Social, al correo electrónico rnsinvihnisifilis@gmail.com

Cuando se diligencia:

Mensualmente se consolida la información generada en las instituciones prestadoras de servicios que atiendan población no afiliada.

Cómo se diligencia:

- Fecha en que se consolida la información en dd/mm/aaaa.
- Entidad territorial que reporta los datos de gestantes no afiliadas.
- El mes informado y el año correspondiente.
- El dato en número entero de las variables descritas.
- El nombre del funcionario que diligencia la información – cargo.
- El correo electrónico del funcionario que diligencia la información – cargo.
- Datos de teléfono fijo y móvil, fax para establecer comunicación con el funcionario.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

BICENTENARIO
de la Independencia de Colombia
1810-2010



Informe mensual datos poblacionales ASEGURADORAS
Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita.

Fecha: _____

Nombre de la Entidad: _____

Mes informado: _____ Año: _____

Variables	Dato
Total de mujeres entre 15 y 49 años en el período informado	
Total gestantes en control prenatal durante el período informado	
Total de partos atendidos durante el período informado	
Total de gestantes que recibieron asesoría pre prueba VIH durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje VIH durante el período informado	
Total de gestantes diagnosticadas con VIH durante el período informado	
Número de mujeres gestantes infectadas por el VIH, que han recibido TAR preventivo para reducir el riesgo de TMI	
Número de niños/as nacidos de madres infectadas con VIH que recibieron fórmula láctea hasta los seis meses de edad	
Número de casos diagnosticados de VIH en menores de 2 años	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis durante el período informado	
Total de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis en el intraparto durante el período informado	
Total de gestantes diagnosticadas con sífilis durante el período informado	
Total casos de sífilis congénita durante el período informado	

Nombre del funcionario que diligencia la información – cargo

Correo electrónico

Teléfono fijo: _____ **Teléfono móvil:** _____ **Fax:** _____

Informe mensual datos poblacionales para las aseguradoras

Objetivos:

- Consolidar información necesaria para el cálculo y seguimiento de indicadores del plan estratégico para la prevención y el control del VIH, sífilis gestacional y congénita.

Responsable:

El formato es diligenciado por el profesional encargado de Infecciones de transmisión sexual en la red de prestadores de la aseguradora.

Cuando se diligencia:

Mensualmente por la IPS, enviándolo al profesional que solicito esta información en la aseguradora correspondiente, quien los remitirá al Ministerio de la Protección Social al correo electrónico rnsinvihnisifilis@gmail.com, periodicidad trimestral.

Como se diligencia:

- Fecha en que se consolida la información en dd/mm/aaaa.
- Entidad territorial que reporta los datos.
- El mes informado y el año correspondiente.
- El dato en número entero de las variables descritas a continuación.
- El nombre del funcionario que diligencia la información – cargo.
- El correo electrónico del funcionario que diligencia la información – cargo.
- Datos de teléfono fijo y móvil, fax para establecer comunicación con el funcionario.



**MONITOREO DE LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DE LA TRANSMISION PERINATAL DEL VIH
SEGUIMIENTO A LA GESTANTE INFECTADA CON EL VIH Y SU RECIEN NACIDO - PARTE A**

Fecha del reporte del formato:

Aseguradora:

Entidad Territorial:

Municipio:

Nombre de la Gestante:

Tipo de Identificación: RC TI CC AS MS No. de identificación:

PRIMER REPORTE

1 - Momento del diagnóstico de VIH

Antes del embarazo actual

Durante el embarazo actual

Si el diagnóstico fue antes del embarazo actual, registre la fecha del Western Blot: fecha:
Día Mes Año

Edad gestacional al 1er control prenatal, en semanas:

Edad gestacional al momento del diagnóstico, en semanas:

2- Seguimiento inmunológico y virológico al momento de la primera evaluación:

CD4 Si No Fecha del examen Valor
Día Mes Año

Carga Viral Si No Fecha del examen Valor
Día Mes Año

3- Esquema de tratamiento profiláctico ARV durante la gestación

Edad gestacional al inicio del tratamiento ARV anteparto, en semanas:

Recibió profilaxis ARV anteparto Si No

Esquema recibido:

Zidovudina + Lamivudina+ Nevirapina Zidovudina+ Lamivudina+ Nelfinavir

Zidovudina+ Lamivudina+ Lopinavir+Ritonavir Otro esquema, cuál: _____

SEGUNDO REPORTE

4- Seguimiento virológico después de la semana 34 de gestación:

Carga Viral Si No Fecha del examen Valor
Día Mes Año

TERCER REPORTE

5- Esquema de tratamiento intraparto:

Esquema de tratamiento intraparto:

Si No Zidovudina Zidovudina + Nevirapina

6- Tipo de parto

Cesárea Vaginal

Fecha del parto
Día Mes Año

Condición del recién nacido

Vivo Muerto

7- Motivo de salida de la gestante de la estrategia

Abandono Aborto Gestante fallecida Parto

8- Seguimiento al Recién Nacido

Nombre del Menor:

Registro civil número:

9- Edad gestacional al nacer, en semanas: Sexo: Hombre Mujer

10- Datos Antropométricos del recién nacido:

Peso al nacer en gramos

Talla al nacer en centímetros

11- Esquema de tratamiento profiláctico ARV

Recibió TAR profiláctico Si No

12- Esquema recibido:

Zidovudina + Nevirapina Zidovudina Zidovudina + lamivudina+Nevirapina

Otro esquema, cuál: _____

13- Recibió fórmula láctea:

Si No

Primer momento:

- Se debe diligenciar la información general que consta de los datos: fecha del reporte, aseguradora, entidad territorial, municipio, nombre de la gestante, tipo de identificación y número de identificación.
- El nombre de la gestante debe ser diligenciado de acuerdo con los datos que figuran en su documento de identidad. No se debe omitir parte de su nombre o apellidos. En el número de identificación no se deben diligenciar datos diferentes al documento de identidad de la gestante; no se aceptan números de historias clínicas.
- Las Direcciones Territoriales de Salud en el ítem “Aseguradora” reportarán “Oferta”.
- Entidad Territorial y Municipio hacen referencia al sitio donde está realizándose el manejo clínico de la gestante.
- En este primer reporte también se incluyen los numerales 1, 2 y 3 del formato.

Segundo momento:

- Se debe diligenciar la información correspondiente al numeral 4 del formato: seguimiento virológico después de la semana 34 de gestación.

Tercer momento:

- Se debe diligenciar la información correspondiente a los numerales 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 del formato.
- El numeral 7 “Motivo de salida de la gestante de la estrategia” debe ser diligenciado en el momento en el cual ocurra alguna de las cuatro situaciones planteadas en el mismo.
- Los numerales comprendidos entre el 8 y el 13 hacen referencia al primer seguimiento del recién nacido. En el numeral 8 se debe diligenciar el número de identificación del recién nacido; en esta casilla no se debe diligenciar el NUIP, el número de identificación de la madre ni la historia clínica.

Cuarto momento:

- Se debe diligenciar la información general que consta de los datos: fecha del reporte, aseguradora, entidad territorial, municipio, nombre de la madre infectada con el VIH, tipo de identificación, número de identificación, nombre del menor y registro civil del menor.
- En el ítem “Nombre del menor” se requiere el nombre del recién nacido como figura en el registro civil, no se admiten datos parciales como sólo apellidos o hijo de.
- En este cuarto momento se incluyen los numerales 14, 15 y 16.

Quinto momento:

- Se debe diligenciar la información correspondiente a los numerales 17, 18 y 19.

Sexto momento:

- Se debe diligenciar la información correspondiente a los numerales 20 y 21.

Nota: Estos formatos se deben remitir al e-mail rnsinvihnisifilis@gmail.com



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

BICENTENARIO
de la Independencia de Colombia
1810-2010



**Informe mensual de pruebas de laboratorio procesadas
Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita
Gestantes No afiliadas**

Fecha del informe:

Año:

Entidad territorial:

Mes informado

Laboratorio que reporta :

NOTA: En los datos solicitados, no incluir controles ni repeticiones.

Fila	Pruebas	Como se obtiene el dato	Resultado
1	Total de gestantes tamizadas		
2	Total de pruebas de tamizaje realizadas	fila 3 + fila 8	
3	Total de ELISAS realizados	fila 4+ fila 6	
4	Total de ELISAS 1ª vez realizados		
5	ELISAS de 1ª vez reactivas.		
6	Total de ELISAS de 2ª vez realizados.		
7	ELISAS de 2ª vez reactivas.		
8	Pruebas Rápidas realizadas	fila 9 + fila 10	
9	Pruebas rápidas positivas.		
10	Pruebas rápidas negativas.		
11	Total de Western Blot realizados	fila 12+ fila 13+ fila 14	
12	Western Blot positivos.		
13	Western Blot indeterminados		
14	Western Blot negativos.		

Reporte de casos Western Blot positivos

Nombre gestante	Edad	Procedencia municipio	Nº identificación	Fecha W.B.

Nombre del funcionario que diligencia la información: _____

Cargo: _____

Correo Electrónico: _____

Informe mensual de pruebas de laboratorio procesadas en la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, gestantes NO afiliadas

Objetivos:

- Hacer seguimiento de las pruebas de tamizaje y confirmatorias realizadas a las gestantes NO AFILIADAS, captados por la estrategia.
- Recopilar información para elaborar los indicadores de la estrategia. Estos son indicadores de gestión, y serán usados en los niveles departamental, nacional e internacional para establecer el desarrollo de la estrategia.

Responsable:

El formato es diligenciado por los trabajadores del área de laboratorio de las IPS que prestan los servicios de realización de pruebas de tamizaje y confirmatorias. Este formato es diligenciado sólo para la población NO AFILIADA. El Laboratorio de Salud Pública Departamental recopila esta información y la envía al nivel nacional.

Cuándo se diligencia:

Se diligencia con una periodicidad mensual y se envía los primeros 10 días hábiles de cada mes a la coordinación de la estrategia, Ministerio de la Protección Social.

Cómo se diligencia:

- Fecha: del diligenciamiento de la información.
- Entidad territorial: que reporta la información.
- Laboratorio que reporta: nombre completo del laboratorio que realiza y consolida la información mensual.
- Mes informado: indicar el mes que corresponda a la información suministrada.
- Total de gestantes tamizadas, total de pruebas de tamizaje realizadas, total de ELISAS realizados, total de ELISAS primera vez realizados, total de ELISAS de primera vez reactivas, total de ELISAS segunda vez realizados, ELISAS de segunda vez reactivas. Pruebas rápidas realizadas, pruebas rápidas positivas y negativas. Total de Western Blot realizados, Western Blot positivos, indeterminados y negativos.
- Reporte de casos Western Blot positivos: diligenciar los datos básicos solicitados, no se debe omitir ninguno de estos ya que son importantes para el seguimiento de la gestante.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

BICENTENARIO
de la Independencia de Colombia
1810-2010



Remisión de muestras para laboratorio clínico
Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita

Consecutivo: _____

Institución remitente: _____

Entidad territorial : _____ Municipio: _____

Fecha de envío dd/mm/aaaa: _____/_____/_____

Enviado a: _____

Nombre del paciente: _____

Documento de identificación: CC TI RC NUIP N° _____

Edad: _____ Meses Años Sexo: Hombre Mujer

Si es gestante: edad gestacional al momento de toma de muestra: _____ semanas

Examen solicitado	}	Examen	Inicial	Seguimiento
		Western Blott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Carga viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CD4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toma de muestra fecha dd/mm/aaaa: _____/_____/_____ hora: _____

Municipio de donde procede la muestra: _____

Resultados de pruebas de laboratorio:

Examen	Fecha dd/mm/aaaa	Absorbancia	Punto de corte	Nombre estuche comercial
ELISA 1				
ELISA 2				
Western Blot		Positivo	Indeterminado	
Carga viral				
CD4				

Nombre del funcionario que diligencia el formato - cargo

Remisión de muestras para laboratorio clínico

Objetivo:

- Solicitar la confirmación de VIH o las pruebas de recuento de linfocitos y carga viral.

Responsable:

El personal de salud de los laboratorios.

Cuándo se diligencia:

Se diligencia ante un resultado positivo para dos pruebas de Elisa para solicitar Western Blot y ante un caso confirmado o indeterminado, para carga viral y recuento de linfocitos de acuerdo con el protocolo establecido por la estrategia.

Cómo se diligencia:

- Consecutivo: escribir en número arábigo el consecutivo de envió de acuerdo con el orden establecido.
- Institución remitente: nombre completo de la institución que remite la muestra.
- Departamento: nombre del departamento de donde proceden las muestras.
- Municipio: nombre del municipio de donde proceden las muestras
- Fecha de envió: escribir en números arábigos la fecha de envió de las muestras.
- Enviado a: escribir nombre completo del funcionario a quien se le remiten las muestras.
- Nombre: registre el nombre completo del paciente, éste se debe verificar con el documento de identificación remitido.
- Tipo de documento: señale con una X la casilla que corresponda al tipo de documento del paciente.
- Número del documento: permite verificar que la persona que recibe un resultado de laboratorio corresponde a quien le fue tomada la muestra.
- Edad: escribir en números arábigos la edad en años o meses cumplidos.
- Sexo: señale con una X una de las dos alternativas propuestas.
- Edad gestacional: número de semanas de gestación en el momento de la toma de las muestras, se expresa en números arábigos.
- Western Blot: señale con una X una de las dos alternativas señaladas.
- Carga Viral: señale con una X una de las dos alternativas señaladas.

Toma de muestra:

- Municipio de donde procede la muestra: escriba el nombre completo del municipio que envía la muestra.
- Elisa1- Elisa 2: señale en números arábigos la fecha de resultados y resultados de absorbancia y punto de corte.
- Nombre estuche comercial: escriba el nombre de acuerdo con el inserto del estuche.
- Western Blot: señale con una X una de las dos alternativas propuesta.
- Carga viral- CD4: escriba el resultado de los exámenes como fue reportado por el área de laboratorio.



Informe sobre el consumo y solicitud de reactivos e insumos de laboratorio

Departamento: _____ Año: _____

Nombre del Laboratorio que reporta : _____ Mes: _____

Informe de Consumo y Solicitud de Reactivos										
Fecha Recepción dd/mm/aaaa	Nombre Reactivo y Lote	Nº Estuches Recibidos	Nº Pruebas por Estuche	Nº Total Pruebas Entregadas UNDS	Nº Controles Utilizados	Nº Muestras Procesadas	Nº Muestras Reprocesadas o Reanalizadas	Nº Total Pruebas Utilizadas	Nº Pruebas No Utilizadas	Cantidad Estuches Solicitados

Informe de Consumo y Solicitud de Insumos			
Fecha Recepción dd/mm/aaaa	Insumo	Cantidad Recibida UNDS	Cantidad Utilizada UNDS
	Agujas		
	Tubos tapa amarilla		
	Vial plástico		
	Puntas Amarillas		
	Guantes		

Observaciones:

Nombre del funcionario que diligencia la información - Cargo

Correo electrónico

Informe sobre el consumo y solicitud de reactivos e insumos de laboratorio

Objetivo:

- Reportar el consolidado de las pruebas procesadas mensualmente por la estrategia.
- Ejercer un control de oportunidad del flujo de los reactivos e insumos de laboratorio.

Responsable:

El encargado o referente de la estrategia en cada laboratorio o entidad.

Cuándo se diligencia:

Este formato debe ser remitido mensualmente por el laboratorio a la coordinación de la estrategia de la entidad territorial correspondiente.

Cómo se diligencia:

- Número de estuches recibidos: cantidad de estuches recibidos.
- Número de estuches por prueba: anotar el número de pruebas que tiene cada estuche.
- Número total de pruebas entregadas: este dato se obtiene multiplicando el número de estuches recibidos por el número de pruebas que trae cada estuche.
- Número de controles utilizados: se debe anotar el número de controles utilizados en el montaje de las muestras de la estrategia durante el mes.
- Número de muestras procesadas: número total de gestantes de la estrategia procesadas en el mes.
- Número de muestras reprocesadas o reanalizadas: número de muestras que tuvieron que procesarse nuevamente.
- Total de pruebas utilizadas: número total de pruebas utilizadas por estuche. Se obtiene de la sumatoria de las muestras procesadas, controles y muestras reprocesadas.
- Número de pruebas no utilizadas: este dato se obtiene de restar al número total de pruebas entregadas el número total de pruebas utilizadas.
- Cantidad de estuches solicitados: es el número de estuches solicitados una vez se agote la existencia enviada.

Informe de consumo y solicitud de insumos:

- Fecha de recepción: anotar la fecha de recepción de los insumos de la estrategia en el laboratorio de salud pública.
- Insumo: anotar el elemento a solicitar puntas amarillas, tubos tapa amarilla, tubos recuento celular, tubos carga viral, agujas y viales plásticos.
- Cantidad recibida: se debe anotar la cantidad recibida de cada elemento enviado por la estrategia al laboratorio de salud pública departamental.
- Cantidad utilizada: anotar la cantidad del insumo utilizado en el desarrollo de las actividades de la estrategia.
- Cantidad solicitada: debe ir consignado la cantidad del insumo requerido una vez se agote la existencia enviada.



Inventarios de medicamentos y fórmula láctea por entidad territorial

Departamento: _____

Mes: _____

Año: _____

Nombre del Medicamento	Concentración	Forma Farmacéutica	Presentación	Cantidad Recibida UNDS	Cantidad Entregada UNDS	Saldo	
						Cantidad UNDS	Fecha/Vencimiento dd/mm/aaaa
Fórmula Láctea Estándar	900 g	Tarro	Tarro x 900 g				
Fórmula Láctea - Prematuros	400 g	Tarro	Tarro x 400 g				
Fórmula Láctea sin Lactosa	400 g	Tarro	Tarro x 400 g				
Nevirapina	50 mg x 5 ml	Jarabe	Frasco x 25 ml				
Zidovudina	50 mg x 5 ml	Jarabe	Frasco x 240 ml				
Nelfinavir	250 mg	Tableta	Frasco x 60 tab				
Nevirapina	200 mg	Tableta	Frasco x 60 tab				
Zidovudina + Lamivudina	300 mg /150 mg	Tableta	Caja x 6 blister x 10 tab				
Zidovudina	200 mg x 20 ml	Ampolla	Ampolla x 20 ml				
Lopinavir+ ritonavir	200mg/50mg	Tableta	Frasco x 120 tab				
Saquinavir	500 mg	Tableta	Frasco x 120tab				
Ritonavir	100 mg	Capsula	Frasco x 100 capsulas				

Oservaciones:

Nombre del funcionario que diligencia la información - Cargo

Correo electrónico

Inventario de medicamentos y fórmula láctea

Objetivos:

- Mantener actualizada la información sobre la existencia y vigencias de los medicamentos y fórmula lácteas de la estrategia.
- Tener un panorama real de las necesidades de insumos para la atención de las gestantes y niñas y niños beneficiarios de la estrategia.

Responsable:

Referente o coordinador de la estrategia en cada entidad de salud.

Cuándo se diligencia:

Permanentemente, con el ingreso y salida de medicamentos y fórmula láctea del lugar de almacenamiento con destino a los beneficiarios de la estrategia. Se debe hacer un corte mensual para ser enviado al nivel central de la coordinación o donde se solicite.

Cómo se diligencia:

- Cantidad recibida, cantidad entregada y saldo, registrar en número arábigo la cantidad de elementos (tabletas, cápsula, ampollas, tarros, frascos) recibidos, entregados y el saldo existente en ese mes. NO se puede dejar ningún espacio en blanco, en caso de no tener ese elemento descrito colocar una X.
- Saldo lote: escribir el número del lote del medicamento o fórmula láctea que queda en el inventario.
- Saldo Fecha/Vencimiento: escribir la(s) fecha(s) de vencimiento del medicamento o fórmula láctea que queda en el inventario, al frente de la cantidad a la que pertenece.

Registro de laboratorio para sífilis gestacional y congénita para instituciones prestadoras de servicios de salud.

Objetivos:

- Establecer la cobertura de tamizaje con serología para sífilis en gestantes.
- Establecer el porcentaje de positividad de serologías para sífilis en gestantes.
- Contar con la información precisa sobre todos los casos positivos de sífilis gestacional y congénita que deberán ser notificados al sistema de vigilancia epidemiológica nacional, SIVIGILA.

Al consolidar la información de cada institución y municipio se obtendrá la cobertura de tamizaje para sífilis en las gestantes de cada departamento.

Responsable:

El formato debe ser diligenciado por el personal de los laboratorios clínicos en los que se realizan pruebas diagnósticas y confirmatorias para sífilis.

Los laboratorios clínicos deberán enviar mensualmente una copia de este formato a la dirección municipal de salud y a las aseguradoras, quienes se encargaran del consolidar la información y enviarla al nivel correspondiente, para su envío al correo electrónico del MPS: sifiliscongenitacolombia@yahoo.com.co

Cuándo se diligencia:

Cada vez que se tome una serología y/o una prueba confirmatoria para sífilis a las gestantes o a los recién nacidos.

Cómo se diligencia:

- N° de muestra: el número asignado a la muestra.
- Fecha: fecha de toma del laboratorio en dd/mm/aaaa.
- Nombre: nombre y apellido de la paciente.
- HCL: N° de identificación del paciente.
- Seguridad social: diligenciar con una X C= Contributivo, S= Subsidiado, V=No afiliado, E=Especial o Excepción.
- Nombre aseguradora
- Momento de toma de la muestra: diligenciar con una X, si la toma de la prueba se realizó en embarazo, parto, aborto.
- Edad gestacional: diligenciar la edad gestacional al momento de la toma.
- Recién nacido: diligenciar si la muestra corresponde a un recién nacido.
- IPS que envía la muestra: diligenciar el nombre de la IPS que ordenó la toma de la muestra.
- VDRL- RPR: diligenciar con una X, R= Reactivo, NR= No reactivo y en el caso de ser reactivo la dilución presentada.
- Confirmatoria: diligenciar P= Positiva, N= Negativa, SD=Sin dato, NT= No se tomó.



PLAN ESTRATEGICO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA
FICHA DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO SIFILIS CONGÉNITA

NOMBRE ASEGURADORA O DIRECCION TERRITORIAL					CODIGO ASEGURADORA													
FECHA DE DIAGNOSTIC			FECHA DE NOTIFICACION			SEMANA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA		MUNICIPIO RESIDENCIA								
DIA MES AÑO			DIA MES AÑO															
IPS REPORTA EL CASO:					DEPARTAMENTO NOTIFICACION			MUNICIPIO NOTIFICACION										
TIPO DE REGIMEN EN SALUD:		1 CONTRIBUTIVO		2 SUBSIDIADO		3 EXCEPCION		4 ESPECIAL		5 NO AFILIADO								
A. Nombres y apellidos del Niño:						B. Tipo de ID*			C. No. De identificación									
* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL 6 - MS : MENOR SIN ID 7																		
D. Nombres y apellidos de la madre:						E. Tipo de ID*			F. No. De identificación									
* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL 12 - TI : TARJETA DE ID 13 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA 14 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA																		
1. VALORACION DEL RECIEN NACIDO																		
DIA MES AÑO																		
2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS																		
DIA MES AÑO									NO SE TOMO									
DIA MES AÑO																		
2.5 RX DE HUESOS LARGOS					2.7 PARCIAL DE ORINA													
2.6 CUADRO HEMATICO																		
3. TRATAMIENTO																		
3.1 MEDICAMENTO ADMINISTRADO:				3.2 DOSIS				3.3 DIAS TRATAMIENTO		3.4 ¿HOSPITALIZADO?								
1 PEN CRISTALINA		2 OTRO						1 Si 2 No										
4. SEGUIMIENTO SEROLOGICO DURANTE EL PRIMER AÑO DE EDAD:																		
4.1 VDRL/RPR en suero - 3 meses :			4.2 Resultado:															
1 Si 2 No			1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA MES AÑO			9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DILS		13 2048 DILS		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			
4.3 VDRL/RPR en suero - 6 meses:			4.4 Resultado:															
1 Si 2 No			1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA MES AÑO			9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DILS		13 2048 DILS		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			
4.5 VDRL/RPR LCR - 6 meses:			4.6 Resultado:															
1 Si 2 No			1 REACTIVO		2 NO REACTIVO		3 NO SE TOMO		4 SIN DATO		5 NO APLICA							
DIA MES AÑO			La serología en LCR se toma a los 6 meses cuando la serología en LCR del nacimiento ha sido positiva															
4.7 VDRL/RPR en suero - 9 meses:			4.8 Resultado:															
1 Si 2 No			1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA MES AÑO			9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DILS		13 2048 DILS		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			
4.9 VDRL/RPR en suero - 12 meses:			4.10 Resultado:															
1 Si 2 No			1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA MES AÑO			9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DILS		13 2048 DILS		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			
5. RETRATAMIENTO																		
5.1 ¿ NECESITO RETRATAMIENTO?			5.2 FECHA DEL RETRATAMIENTO			5.3 MEDICAMENTO ADMINISTRADO:												
1 Si 2 No			DIA MES AÑO			1 PENICILINA CRISTALINA 2 OTRO												
5.5 DOSI:			5.6 DIAS DE TRATAMIENT															
1 Si 2 No			6. ¿CUMPLE CRITERIOS DE CURACION?															
Si contesta que no cumple criterios debe ser remitido para control POR PEDIATRIA																		

Formato para diagnóstico y seguimiento de los casos de sífilis gestacional

Objetivo:

Consolidar información necesaria para el cálculo y seguimiento de indicadores del plan estratégico para la prevención de la transmisión perinatal de VIH y sífilis congénita.

Responsable:

El formato debe ser diligenciado por la IPS que identifique el caso y realice el seguimiento del caso.

Cuando se diligencia:

El formato para diagnóstico y seguimiento de los casos de sífilis gestacional se debe diligenciar y entregar en varios momentos de reporte:

Primer momento de reporte:

Se deben diligenciar en el formato, las variables relacionadas con datos básicos y diagnóstico materno, correspondientes a los numerales 1 a 1.14, enviando el caso cuando se haya completado el tratamiento del mismo.

Segundo momento:

Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico de la gestante a los tres meses de iniciado el tratamiento, correspondiente a las variables con numerales 2.1 y 2.2.

Tercer momento de reporte:

Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico de la gestante a los seis meses de iniciado el tratamiento, correspondiente a las variables con numerales 2.3 y 2.4.

Cuarto momento de reporte:

Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico de la gestante a los nueve meses de iniciado el tratamiento, correspondiente a las variables con numerales 2.5 y 2.6.

Quinto momento de reporte:

- Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico de la gestante a los doce meses de iniciado el tratamiento, correspondiente a las variables con numerales 2.7 y 2.8.
- El retratamiento correspondiente a las variables 3.1 a 3.4, se diligenciará y reportará al no cumplir los criterios de curación en la valoración realizada trimestralmente.
- Las variables correspondientes a cumple criterios de curación (número 4), clasificación de la sífilis (número 5), diagnóstico de contactos (número 6) y tratamiento de contactos (número 7), se diligenciarán en el momento en que se cierra el caso.
- Es importante aclarar que si el caso de sífilis gestacional cumple criterios de curación, en el seguimiento realizado, se debe cerrar este seguimiento, sin olvidar la toma de serología en el tercer trimestre del embarazo y en el parto, escenarios en los cuales se debe valorar la necesidad de reiniciar o no el tratamiento.

Cómo se diligencia:

Datos Básicos

- Nombre de la aseguradora o dirección territorial.
- Código de la aseguradora: diligencie el código de la aseguradora.
- Fecha de diagnóstico: escriba la fecha en que se realizó el diagnóstico de sífilis en la gestante, en el formato dd/mm/aaaa.
- Fecha de notificación del caso: escriba la fecha en que se realizó notificación al SIVIGILA, del caso de sífilis en la madre, en el formato dd/mm/aaaa.
- Semana: diligencie la semana epidemiológica en que se notificó el caso.
- Departamento de Residencia: escriba el nombre del departamento donde reside la madre.
- Municipio de residencia: escriba el nombre del municipio donde reside la madre.
- IPS que reporta el caso: escriba el nombre de la Institución que reporta el caso.
- Departamento de Notificación: escriba el nombre del Departamento que notificó el caso.
- Municipio de notificación: escriba el nombre del municipio que notifica el caso.
- Tipo de régimen de seguridad social en salud: Marque con una X 1- contributivo, 2- Subsidiado, 3- Excepción, 4- Especial, 5- Vinculado
- Nombres y apellidos de la madre: escriba los nombres y apellidos de la gestante con diagnóstico de sífilis.
- Tipo de identificación: marque con una X 1 - RG: registro civil, 2 - TI : tarjeta de identidad, 3 – CC cédula ciudadanía , 4 - CE : cédula extranjería, 5 - PA : pasaporte, 6 - MS : menor sin identificación, 7 - AS: adulto sin identificación
- Número de Identificación: escriba la identificación de la gestante con diagnóstico de sífilis.

1. Diagnóstico materno

- 1.1 Edad de la gestante: diligencie la edad de la madre en números
- 1.2 Condición al momento del diagnóstico: marque con una X 1- Embarazo, 2- Parto, 3- Puerperio, 4- Pos aborto
- 1.3 Fecha probable de parto: especifique la fecha probable de parto en el formato dd/mm/aaaa.
- 1.4 Control prenatal: marque con una X 1-Si, 2- No, 3 - Sin dato
- 1.5 Edad gestacional de inicio del CP: diligencie la edad gestacional de la madre al inicio del control prenatal en números.
- 1.6 Edad gestacional de la primera serología diagnóstica: diligencie la edad gestacional de la madre en el momento de la toma de la primera serología en números.
- 1.7 Fecha de VDRL diagnóstica: especifique la fecha de la serología diagnóstica en el formato dd/mm/aaaa.
- 1.8 Resultado: marque con una x el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 1.9 Prueba treponémica diagnóstica: marque con una X 1-Si, 2- No, 3 - Sin dato
- 1.10 Resultado prueba treponémica: marque con una X 1-Positiva, 2- Negativa, 3 - Sin dato 4- No se tomó.
- 1.11 Tratamiento de la madre: marque con una X 1-Si, 2- No, 3 - Sin dato
- 1.12 Edad gestacional en la que se realizó el tratamiento: diligencie la edad gestacional de la madre en el momento del tratamiento en números.
- 1.13 Medicamento administrado: marque con una X 1- Penicilina Cristalina, 2- Penicilina Benzatinica.
- 1.14 Dosis: especifique la dosis, vía de aplicación y tiempo de la misma.

2. Seguimiento serológico posterior al tratamiento durante el primer año

- 2.1 VDRL/RPR en suero a los tres meses. Identifique si se le tomó o no la serología de control a los 3 meses del inicio del tratamiento. Marque con una X 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 2.2 Resultados: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 2.3 VDRL/RPR en suero a los seis meses Identifique si se le tomó o no la serología de control a los 6 meses del inicio del tratamiento. Marque con una X, 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 2.4 Resultados: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 2.5 VDRL/RPR en suero a los nueve meses. Identifique si se le tomó o no la serología de control a los 9 meses del inicio del tratamiento. Marque con una X, 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 2.6 Resultado: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 2.7 VDRL/RPR en suero a los doce meses. Identifique si a la gestante se le tomó o no la serología de control a los 12 meses del inicio del tratamiento. Marque con una X, 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fué tomada; especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 2.8 Resultados: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.

3. Retratamiento

- 3.1 ¿Necesitó retratamiento?: identifique si la gestante requirió o no retratamiento. Diligencie con una X. 1=si 2=no.
 - 3.2 Especifique la fecha del retratamiento en el formato dd/mm/aaaa.
 - 3.3 Medicamento administrado: marque con una X, 1- Penicilina Cristalina, 2- Penicilina Benzatinica.
 - 3.4 Dosis: especifique la dosis, vía de aplicación y tiempo de la misma.
4. ¿Cumple criterios de curación?: marque con una X, 1=si 2=no.
 5. Clasificación de la Sífilis: marque con una X, 1- Primaria, 2- Secundaria, 3- Terciaria, 4- Latente.
 6. Diagnóstico de Contactos: marque con una X, 1-Si, 2- No, 3 - Sin dato.
 7. Tratamiento de Contactos: marque con una X, 1-Si, 2- No, 3 - Sin dato.



PLAN ESTRATEGICO PARA LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA
FICHA DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO SIFILIS GESTACIONAL

NOMBRE ASEGURADOR										CODIGO ASEGURADOR																																																	
FECHA DE DIAGNOSTICO					FECHA DE NOTIFICACION					SEMANA					DEPARTAMENTO RESIDENCIA					MUNICIPIO RESIDENCIA																																							
DIA		MES		AÑO		DIA		MES		AÑO																																																	
IPS REPORTA EL CASO:										DEPARTAMENTO NOTIFICACION										MUNICIPIO NOTIFICACION																																							
TIPO DE REGIMEN EN SALUD:										1 CONTRIBUTIVO										2 SUBSIDIADO										3 EXCEPCION										4 ESPECIAL										5 NO AFILIADO									

A. Nombres y apellidos del paciente:															B. Tipo de ID*					C. No. De identificación				
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--------------------------	--	--	--	--

TIPO DE ID: 1 - RC: REGISTRO CIVIL | 2 - TI: TARJETA DE ID | 3 - CC: CEDULA CIUDADANIA | 4 - CE: CEDULA EXTRANJERIA |

1. DIAGNOSTICO MATERNO

																				DIA MES AÑO									

1.7 FECHA VDRL/RPR DIAGNOSTICA										1.8 Resultado:											
DIA		MES		AÑO		1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DIL		13 2048 DIL		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO									

1.9 PRUEBA TREPONEMICA CONFIRMATORIA (FTA-ABS, TPHA, RAPIDA)										1.10 RESULTADO DE PRUEBA TREPONEMICA :											
1 Si		2 No		3 Sin Dato		1 POSITIVA		2 NEGATIVA		3 SIN DATO		4 NO SE TOMO									

1.11 TRATAMIENTO DE LA MADRE :					1.12 SEMANA GESTACIONAL TRATAMIENTO					1.13 MEDICAMENTO ADMINISTRADO:											
1 Si		2 No		3 Sin Dato		SEMANAS		1 PENICILINA CRISTALINA		2 PENICILINA BENZATINICA											

1.14 DOSIS:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. SEGUIMIENTO SEROLOGICO POSTERIOR AL TRATAMIENTO DURANTE EL PRIMER AÑO

2.1 VDRL/RPR suero - 3 meses :										2.2 Resultado:											
1 Si		2 No				1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA		MES		AÑO		9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DIL		13 2048 DIL		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			

2.3 VDRL/RPR suero - 6 meses:										2.4 Resultado:											
1 Si		2 No				1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA		MES		AÑO		9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DIL		13 2048 DIL		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			

2.5 VDRL/RPR suero - 9 meses:										2.6 Resultado:											
1 Si		2 No				1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA		MES		AÑO		9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DIL		13 2048 DIL		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			

2.7 VDRL/RPR suero - 12 meses:										2.8 Resultado:											
1 Si		2 No				1 0 DILS		2 1DILS		3 2 DILS		4 4 DILS		5 8 DILS		6 16 DILS		7 32DILS		8 64 DILS	
DIA		MES		AÑO		9 128 DILS		10 256 DILS		11 512 DILS		12 1024 DIL		13 2048 DIL		14 NO SE TOMO		15 SIN DATO			

3. RETRATAMIENTO

3.1 NECESITO RETRATAMIENTO ?										3.2 FECHA DEL RETRATAMIENTO										3.3 MEDICAMENTO ADMINISTRADO:									
1 Si		2 No		3 Sin Dato																		1 PENICILINA CRISTALINA		2 PENICILINA BENZATINICA					
3.4 DOSIS:										DIA MES AÑO																			

4. ¿Cumple criterios de curacion?										1 Si										2 No									
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. CLASIFICACION DE LA SIFILIS:										6. DIAGNOSTICO DE CONTACTOS:										7. TRATAMIENTO DE CONTACTOS									
1 Primaria		2 Secundaria		3 Tercera		4 Latente		1 Si		2 No		3 Sin Dato		1 Si		2 No		3 Sin Dato		1 Si		2 No		3 Sin Dato					

Formato para diagnóstico y seguimiento de los casos de sífilis congénita.

Objetivo

Consolidar información necesaria para el cálculo y seguimiento de indicadores del plan estratégico para la prevención y el control de sífilis gestacional y congénita.

Responsable:

El formato debe ser diligenciado por la IPS que identifique el caso y realice el seguimiento del caso. El responsable de recopilar los formatos en medio físico o magnético será el referente a nivel municipal y departamental.

Cuando se diligencia:

El reporte del seguimiento de sífilis congénita cuenta con los siguientes momentos de reporte:

Primer momento de reporte:

Se debe diligenciar en el formato las variables relacionados con datos básicos y de valoración del RN correspondientes a los numerales (1.1 a 1.4), diagnóstico el RN (números 2.1 a 2.7), Tratamiento (números 3.1 a 3.3) enviando el reporte de caso cuando se ha completado el tratamiento del mismo.

Segundo momento de reporte:

Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico del niño a los tres meses de iniciado el tratamiento (variables con números 4.1 y 4.2).

Tercer momento de reporte:

Se debe diligenciar en el seguimiento serológico del niño a los seis meses postratamiento (numerales 4.3 y 4.6), aclarando que el seguimiento de la serología en LCR se realizará sólo a los recién nacidos que presenten el LCR reactivo o con alteraciones, en la valoración serológica realizada en el nacimiento.

Cuarto momento de reporte:

Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico del niño a los 9 meses de iniciado el tratamiento (numerales 4.7 y 4.8).

Quinto momento de reporte:

- Se debe diligenciar en el formato el seguimiento serológico del niño a los 12 meses de iniciado el tratamiento (numerales 4.9 y 4.10).
- El retratamiento (numerales 5.1 a 5.6) se diligenciará y reportará, al no cumplir los criterios de curación en la valoración realizada trimestralmente.
- La variable correspondiente a sí o no cumple criterios de curación (numeral 6), se diligenciará en el momento en que se cierra el caso.

Es importante aclarar que si se cumplen criterios de curación durante el seguimiento realizado cada tres meses al niño, este caso se considera tratado y curado, y no requerirá más seguimiento y por lo tanto más reportes..

Cómo se diligencia:

Datos Básicos

- Nombre de la aseguradora o dirección territorial: diligencie el nombre de la aseguradora.
- Código de la aseguradora: diligencie el código de la aseguradora.
- Fecha de diagnóstico: escriba la fecha en que se realizó el diagnóstico de sífilis en el recién nacido, en el formato dd/mm/aaaa.
- Fecha de notificación del caso: escriba la fecha en que se realizó la notificación del caso de sífilis congénita al SIVIGILA, en el formato dd/mm/aaaa.
- Semana: diligencie con un número la semana epidemiológica en que se notificó el caso.
- Departamento de Residencia: escriba el nombre del departamento donde reside la madre del caso.
- Municipio de residencia: escriba el nombre del municipio donde reside la madre.
- IPS que reporta el caso: diligencie la institución que reporta el caso.
- Departamento de notificación: diligencie el departamento que notifica el caso.
- Municipio de notificación: escriba el nombre del municipio que notifica el caso.
- Tipo de régimen de seguridad social en salud: marque con una X, 1- contributivo, 2- Subsidiado, 3-Excepcion, 4- Especial, 5- Vinculado
- Nombres y apellidos del niño: escriba los nombres y apellidos del niño con sífilis.
- Tipo de identificación: marque con una X, 1-RC registro civil, 6- MS Menor sin ID.
- Número de Identificación: escriba en números la identificación del menor.
- Nombres y apellidos de la madre: escriba los nombre y apellidos de la madre del recién nacido con sífilis.
- Tipo de identificación: marque con una X, 1 - RG: registro civil, 2 - TI: tarjeta de identidad, 3 - CC cédula ciudadanía, 4 - CE: cédula extranjería, 5 - PA: pasaporte, 6 - MS: menor sin identificación, 7 - AS: adulto sin identificación
- Número de Identificación: escriba en números la identificación de la madre del menor.

1. Valoración del recién nacido

- 1.1 Fecha de nacimiento: escriba la fecha en formato dd/mm/aaaa
- 1.2 Sexo: Marque con una X, 1- Masculino, 2- femenino.
- 1.3 Edad gestacional al nacimiento: escriba con números la edad gestacional en semanas, de la madre del caso de sífilis congénita.
- 1.4 Condición al nacimiento: marque con una X, 1- vivo 2- muerto al momento del nacimiento.

2. Pruebas diagnósticas

- 2.1 VDRL/RPR en suero al nacimiento: identifique si al niño se le tomó o no la serología en el nacimiento. Marque con una X, 1 si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma de del VDRL al nacimiento en el formato dd/mm/aaaa.
- 2.2 Resultado: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 2.3 VDRL/RPR en LCR al nacimiento: identifique si al niño se le tomó o no la serología en LCR en el nacimiento. Marque con una X, 1 si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma de del VDRL al nacimiento en el formato dd/mm/aaaa.
- 2.4 Resultado: marque con una X, 1=si la prueba es reactiva, 2= si es no reactiva, 3=no se tomó 4= Sin dato

- 2.5 Rx de huesos largos: verifique si al recién nacido se le realizó RX de huesos largos. Marque con una X, 1= si 2= no
- 2.6 Cuadro hemático: verifique si al recién nacido se le tomó cuadro hemático. Marque con una X, 1= si 2= no
- 2.7 Parcial de orina: verifique si al recién nacido se le realizó parcial de orina. Marque con una X, 1= si 2= no

3. Tratamiento

- 3.1 Medicamento administrado: marque con una X, 1 - si el tratamiento administrado fue penicilina cristalina, 2- si el tratamiento se hizo con otro medicamento.
- 3.2 Dosis: especifique la dosis, vía de aplicación y tiempo de la misma.
- 3.3 Días de tratamiento. Escriba el número de días que recibió tratamiento.
- 3.4 Hospitalizado: marque con una X, 1- si, 2-no

4. Seguimiento serológico durante el primer año de edad

- 4.1 VDRL/RPR en suero a los tres meses. Identifique si al niño se le tomó o no la serología de control a los 3 meses del inicio del tratamiento. Marque con una X, 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 4.2 Resultados: diligencie con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 4.3 VDRL/RPR en suero a los seis meses Identifique si al niño se le tomó o no la serología de control a los 6 meses del inicio del tratamiento. Marque con un X, 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 4.4 Resultados: diligencie con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 4.5 VDRL/RPR en LCR a los seis meses: marque con una X, 1= si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; especifique la fecha de la toma del VDRL al nacimiento en el formato dd/mm/aaaa.
- 4.6 Resultado: marque con una X, 1=si la prueba es reactiva, 2= si es no reactiva, 3=no se tomó 4= Sin dato 5= No aplica. La serología en LCR, se repite a los 6 meses cuando la serología al nacimiento ha sido positiva, en caso contrario marcar, no aplica.
- 4.7 VDRL/RPR en suero a los nueve meses. Identifique si al niño se le tomó o no la serología de control a los 9 meses del inicio del tratamiento. Marque con una X, 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; Especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 4.8 Resultado: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.
- 4.9 VDRL/RPR en suero a los doce meses Identifique si al niño se le tomó o no la serología de control a los 12 meses del inicio del tratamiento. Marque 1 =si la prueba fue tomada y 2= Si la serología no fue tomada; especifique la fecha de la toma del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.
- 4.10 Resultados: marque con una X, el valor de las diluciones reportadas por el examen de laboratorio o en caso contrario, 14 =no se tomó, 15= sin dato.

5. Retratamiento

¿Necesitó retratamiento?: identifique si el niño requirió o no retratamiento. Diligencie con una X. 1=si 2=no; especifique la fecha de la toma de del VDRL en el formato dd/mm/aaaa.

Fecha de retratamiento: en caso de haber requerido retratamiento, especifique la fecha en el formato dd/mm/aaaa.

Medicamento administrado: diligencie 1=Penicilina cristalina, 2= otro

Dosis. Escriba en formato dosis/kg/día.

Días de tratamiento. Escriba los días que duro el tratamiento

6. ¿Cumple criterios de curación? Marque con una X, 1=si 2=no.

Recuerde:

Flujo de Información correspondiente a las aseguradoras:

- El asegurador del régimen contributivo, subsidiado, especial o de excepción, debe recoger la información de los casos identificados en su red de prestadores en los momentos y formatos de seguimiento establecidos.
- Las aseguradoras que no cuenten con la información de casos notificados periódicamente por las UPGD, deben solicitar la información a la subdirección de vigilancia y control del Instituto Nacional de Salud, al correo electrónico sivigila@ins.gov.co. El código en SIVIGILA de la información correspondiente a sífilis congénita es 740 y el correspondiente a sífilis gestacional es 750.
- El envío de las fichas de sífilis gestacional y congénita, se realizará al correo sifiliscongenitacolombia@yahoo.com en formato de Excel o escaneadas en los momentos descritos anteriormente.

Flujo de Información en las Entidades Territoriales

- Cada Dirección Territorial de Salud del orden municipal y departamental, debe recoger la información de estos casos, de población no afiliada, en cabeza del coordinador de salud pública y/o referente de salud sexual y reproductiva, en los momentos y formatos de seguimiento para cada caso de sífilis gestacional y congénita.
- La información para el seguimiento se retomará de los casos notificados periódicamente por las UPGD al SIVIGILA. Códigos 740 y 750.
- El envío de las fichas de sífilis gestacional y congénita, se realizará al correo sifiliscongenitacolombia@yahoo.com en formato de Excel o escaneadas en los momentos descritos anteriormente.

Consentimiento informado

Información para ser leída por el profesional de la salud a la gestante antes que dé su consentimiento informado para la realización de las pruebas presuntivas y diagnósticas de la infección por VIH.

El **Consentimiento informado**, es la manifestación libre y voluntaria que una persona da por escrito luego de una asesoría preprueba, autorizando que se le realice el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Propósito y beneficio de la prueba

La prueba que se le va a realizar, cuyo nombre es Elisa para VIH, es utilizada para precisar si una persona está infectada o no con el VIH mediante la determinación en sangre de los anticuerpos (defensas producidas por el organismo) contra este virus.

El propósito de realizar esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectada con el virus, ya sea porque tiene antecedentes de riesgo tales como compartir agujas de jeringas, recibir transfusiones de sangre o un trasplante de órganos, recibir semen en su cuerpo durante las relaciones sexuales penetrativas o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan, así como la posibilidad de prevenir la infección en el hijo que espera, si usted llegase a estar infectada con VIH.

Interpretación de la prueba

El primer paso que se llevará a cabo es examinar su sangre utilizando una prueba de Elisa. Si ésta resulta **reactiva (positiva)**, se le repetirá el procedimiento de laboratorio antes de entregarle el diagnóstico y será necesario realizarle otra prueba llamada confirmatoria (examen de laboratorio llamado Western Blot mediante el cual se confirma la infección por el VIH). Si el resultado de esta prueba es **positivo** significaría que usted está infectada con el VIH, y que lo puede transmitir a otras personas (si no toma las medidas de precaución adecuadas). Si el resultado es **negativo** significa que no hay evidencia de laboratorio, hasta el momento, de que usted está infectada.

Limitaciones de la prueba

Las pruebas de laboratorio son bastantes confiables. Sin embargo, como otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser **falsos positivos**. Falso positivo significa que la prueba presuntiva (Elisa) fue positiva y la prueba confirmatoria fue **negativa**. En este caso, la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había.

También se obtienen resultados **falsos negativos** en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente. Esto sucede cuando la prueba se realiza durante el **período de ventana inmunológica**, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de contraer la infección (antes de cumplir tres meses después de tener contacto con el virus) y por tanto, no existe el volumen necesario de anticuerpos (defensas) que pueda ser detectados por una prueba de Elisa.

Es posible que en la prueba confirmatoria se presenten resultados **Indeterminados**, que significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba después del parto.

Tenga en cuenta que la prueba no predice si usted permanecerá saludable, presentará síntomas o desarrollará el **sida** o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema de defensas de una persona como consecuencia de la infección por el VIH.

En caso que su diagnóstico sea **positivo** requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

Riesgos de la prueba

A algunas personas cuando se les informa que tienen anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones.

En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la asesoría post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnóstico pueda llegar a generar.

Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.

Deber de informar

En el caso de tener VIH es su deber informar a sus parejas sexuales, para que estas a su vez se acerquen a estos procesos de asesoría en VIH.

Su usted estuviera infectada con VIH, la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH suministrara un tratamiento que evitará que se le transmita el virus al niño o niña que espera y su parto será atendido por cesárea si así se requiere. Es necesario que usted acepte y reciba el tratamiento, para conservar la salud de su hijo.

Consentimiento informado para realizar la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH

Yo, _____, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría preprueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas. También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, recibiré una asesoría postprueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepta realizarse la prueba presuntiva o diagnostica de VIH SI NO

Firma de la mujer embarazada quien da el consentimiento:

Nombre: _____

Cédula de Ciudadanía N° _____ de _____

Firma del profesional quien realizó la Asesoría:

Nombre: _____

Cédula o Registro profesional N° _____ de _____

Firma del Médico a quien se autoriza el Consentimiento informado:

Nombre: _____

Cédula o Registro profesional N° _____ de _____

Ciudad y Fecha:

Consentimiento informado para el uso de la fórmula láctea de reemplazo de leche materna

Yo, _____, certifico que en pleno uso de mis facultades mentales, expreso que he recibido información suficiente amplia y clara sobre las implicaciones, riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna y que por ello, me comprometo a alimentar a mi hijo(a), con fórmula láctea de reemplazo; teniendo en cuenta los riesgos que se me han explicado y que quiero evitar.

Firma de la madre o acudiente quien da el consentimiento:

Nombre: _____

Cédula de Ciudadanía N° _____ de _____

Firma del profesional quien realizó la Asesoría:

Nombre: _____

Cédula o Registro profesional N° _____ de _____

Ciudad y Fecha:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de la Protección Social. Resolución 3442 de 200. Colombia 2006.
- Ministerio de la Protección Social. Modelo de Gestión Programática para VIH/SIDA. Colombia 2006.
- Ministerio de la Protección Social. Guía para el manejo de VIH/SIDA, Basada en la Evidencia. Colombia 2006.
- Luque Ricardo, Caicedo Sidia, García Ricardo, Prieto Franklyn, Rojas Samuel. Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH. Manual de Procedimientos Tercera Edición. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2007.
- Ministerio de Salud. Decreto 1543 de 1997. Colombia 1997.
- García Ricardo, Prieto Franklyn, Arenas Carlos, Rincón Julio, Caicedo Sidia, Rey Gloria. Reducción de la transmisión madre-hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003 – 2005 Revista Biomédica, Bogotá volumen 25 número 4, Diciembre 2006.
- Congreso de la República, Ley de infancia y la adolescencia, Ley 1098 de noviembre 8 de 2006. Colombia 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal 2008.
- European Aids Clinical Society. Guías Clínicas para el tratamiento y seguimiento de adultos infectados por el VIH en Europa. Versión 3 de junio de 2008.
- Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Cuarta edición. México 2008.
- Recommendations for Use of antirretroviral drugs in pregnancy HIV-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV Transmission in the United States. April 29, 2.009.
- Navarro, M. Tratamiento de la mujer gestante infectada por VIH. España 2008.
- González, R. Transmisión materno infantil del VIH. España 2008.
- Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. Colombia 1994
- Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 2000. Colombia 2000
- Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Colombia 2000.
- Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Guía de atención de Sífilis congénita y gestacional.
- Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia 2003.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Colombia 2006
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Colombia 2006
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 2323 de 2006. Colombia 2006
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 3039 de 2007. Colombia 2007
- Organización Panamericana de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita. Fundamentos y Estrategias de acción, 2008.
- Ministerio de Salud. Norma técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI. Resolución 412 de 2000. Colombia 2000.



Prueba del VIH/SIDA/sifilis gestacional y congénita.

**Las pruebas son un derecho.
Pregunta en tu centro de salud.**



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia