

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



LINEAMIENTO

PARA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN
AL VIH EN COSTA RICA

Contenido

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	2
PRÓLOGO	3
ANTECEDENTES.....	4
OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN	5
DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA.....	6
Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP)	6
Población clave	6
Riesgo de infección por el VIH	6
Pareja serodiscordante:	6
CONTENIDO Y REQUISITOS TÉCNICOS	7
Enfoque de salud pública.....	7
Población objetivo para servicios de PrEP	7
Esquema de PrEP	8
Establecimientos de salud donde se ofrece PrEP	8
Programas de capacitación	9
Acciones para la implementación de PrEP.....	10
Cita de captación o de primera vez.....	10
Seguimiento	10
Indicadores de Seguimiento	10
Indicador de aceptabilidad en grupos HSH y Mtrans.	10
Indicador de continuidad.....	10
Indicador de efectos adversos asociada con los ARV.	11
Indicador de seroconversión.....	11
Indicador de discontinuidad de PrEP por comorbilidad.	11
Indicador de discontinuidad de PrEP por ausentismo.....	11
Registro de Información para el Monitoreo	12
ANEXOS	13

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
FM	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MS	Ministerio de Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OMS	Organización Mundial de la Salud
PrEP	Profilaxis Pre-Exposición al VIH
TAR	Tratamiento Antiretroviral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRÓLOGO

El Ministerio de Salud es la instancia rectora, según la Ley General de Salud N° 5395, cuya misión es ser la “Institución que dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud física, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad”.

Este lineamiento, denominado Lineamiento General para la Implementación de la Profilaxis Pre-Exposición al VIH(PrEP) en Costa Rica, ha sido desarrollado en cumplimiento con los criterios técnicos establecidos en la normativa jurídica nacional y las normas técnicas institucionales en el tema de VIH, pretendiendo ser un punto de partida para la implementación de la profilaxis pre-exposición en Costa Rica, de una forma segura para el paciente, y considerando la sostenibilidad del sistema.

Este lineamiento está sujeto a actualización permanente, de acuerdo con el avance de la ciencia y la tecnología, con el objeto de que responda a las necesidades y exigencias de la epidemia en el país.

ANTECEDENTES

La eficacia y seguridad de la PrEP se ha demostrado en ensayos clínicos y se ha confirmado en estudios observacionales tras la puesta en marcha de programas específicos en diferentes países. Los datos provienen de estudios llevados a cabo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), en parejas heterosexuales serodiscordantes, independientemente del miembro infectado, y en usuarios de drogas parenterales.

Pese a su potencial papel como un componente central de la estrategia de prevención combinada del VIH, la implementación de la PrEP se ha venido dando lentamente alrededor del mundo, debido a que implica un conjunto de cambios regulatorios, como la disponibilidad de tenofovir disoproxil fumarato y emtricitabina y autorización para su uso en prevención, definición de un punto de entrada en servicios de salud, disponibilidad de pruebas de laboratorio para enrolamiento y monitoreo, definición de esquemas de PrEP a ser utilizados y criterios de enrolamiento, entre otros, además de financiamiento.

Hasta el 30 de junio de 2020 se estimaba que 662,706 personas a nivel mundial habían iniciado PrEP (partiendo de 102446 hacia septiembre de 2016), con mayor concentración de uso en Estados Unidos (el mayor usuario a nivel mundial), Sudáfrica y Kenia. (AIDS Vaccine Advocacy Coalition, 2020). El mayor usuario es Brasil y hacia mediados de 2020, su uso parece estar ampliando con un impulso mayor, pues 8 países lo tienen como política pública y 6 como proyecto entre sus planes de política pública, 13 en el sector privado y 5 a través del internet (Ravasi, 2020).

En este escenario, Costa Rica ha suscrito los compromisos internacionales relativos a las metas globales 90 90 90 y los objetivos de desarrollo sostenible e implementa la Prevención Combinada del VIH, en concordancia con el planteamiento de ONUSIDA. Ésta última se basa en los pilares fundamentales de derechos humanos, evidencia más actualizada y comunidad, combinando tres tipos de intervenciones: biomédicas, comportamentales y estructurales.

La Estrategia de Prevención Combinada en Costa Rica tiene como objetivo principal el contener la epidemia del VIH en las poblaciones de HSH y mujeres trans y acelerar los esfuerzos para reducir las brechas en el primer pilar de la cascada de atención del VIH. (Ministerio de Salud, 2018). El presente lineamiento busca fortalecer esta Estrategia, al incorporar la Profilaxis Pre-Exposición al VIH, como un elemento más dentro de ella, como una herramienta adicional a las medidas ya existentes. El uso del preservativo, la formación y el consejo asistido y el tratamiento adecuado de las personas infectadas siguen siendo piezas clave en la lucha contra el VIH.

OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Dictar las líneas generales que deben ser tomadas en cuenta para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP) en los servicios de salud en Costa Rica, como parte de las estrategias de prevención combinada de la infección por VIH.

La aplicación de este lineamiento es obligatoria en aquellos servicios de salud públicos y privados que ofrezcan PrEP, donde se brinden atención a personas cuyas características las hace calificar como población clave, según se dirá a continuación.

DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

Prevención combinada de la infección por el VIH: conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas.

Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP): utilización sistemática de medicamentos para el tratamiento del VIH, que reducen en más de 90% el riesgo de contraer la infección por el VIH durante las relaciones sexuales. (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Población clave: personas que pertenecen a grupos poblacionales cuya probabilidad de contraer o transmitir la infección por el VIH es superior a la de la población general. En epidemias concentradas, las poblaciones claves más afectadas incluyen a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y a las mujeres transgénero (MT).

Riesgo de infección por el VIH: se refiere al riesgo de exposición al VIH o a la probabilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH, basándose en determinantes comportamentales y estructurales (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 2015).

Pareja serodiscordante: en la cual una de las personas tiene VIH y la otra no; pueden ser de cualquier orientación sexual, con hijos o sin ellos.

CONTENIDO Y REQUISITOS TÉCNICOS

A continuación, se establecen los lineamientos generales que deben ser tomados en cuenta para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP) en los servicios de salud.

Con el fin de ponerlo en práctica, los servicios de salud tanto públicos como privados deberán desarrollar sus protocolos para la implementación del PrEP, donde se describirán las diferentes acciones para operativizar el lineamiento, considerando las características propias de cada sector. (público o privado)

Dentro de los requisitos que deben considerarse, tenemos:

Enfoque de salud pública

Se ha de considerar la PrEP como una modalidad de prevención que abarque un enfoque general de salud sexual y salud pública. No debe ofrecerse como medida de intervención exclusiva para la prevención de la infección por el VIH, sino prescrita dentro de un plan de prevención global que incluya consejería asistida.

Para el éxito del programa, se deben tener en cuenta aspectos fundamentales identificados en los ensayos clínicos, como son la elección de la población clave descrita en el presente lineamiento, asegurar en lo posible una adherencia óptima y promover el uso correcto y frecuente del preservativo, además de la monitorización y tratamiento oportuno de otras ITS que podrían facilitar la transmisión del VIH.

Población objetivo para servicios de PrEP

Para efectos de este lineamiento, se considerarán candidatos para recibir terapia PrEP las personas pertenecientes a las siguientes poblaciones clave, basadas en las recomendaciones de la OMS:

- Hombres que tiene sexo con hombres (HSH)
- Mujeres trans (MTrans).
- Parejas serodiscordantes.
- Otras poblaciones con incidencia de VIH mayor a 3/100 personas-año.

Al interior de estos grupos, se utilizarán como criterios de inclusión para la elegibilidad de personas que desean utilizar PrEP los siguientes:

- Ser mayor de 18 años.
- No presentar contraindicaciones para el uso del medicamento.
- La persona debe contar con un resultado de prueba de VIH negativo, así como ausencia de sospecha de infección aguda por el VIH.
- Comprometerse a cumplir de modo regular las recomendaciones y a adherirse a un programa de seguimiento en el tiempo.

- Por sus características, la persona debe poseer un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH, por ejemplo:
- Personas sexualmente activas en un grupo poblacional con alta incidencia o prevalencia de la infección por el VIH.
- Personas que viven en una zona geográfica donde la prevalencia es alta.
- Personas que han presentado en los últimos 6 meses, conductas de riesgo como:
 - Relaciones sexuales vaginales y/o anales sin preservativos con más de una pareja.
 - Relaciones sexuales vaginales y/o anales sin preservativo con una pareja con estado serológico desconocido o positivo.
 - Relaciones sexuales con influencia de alcohol u otras drogas.
 - Relaciones sexuales en el contexto de la actividad sexual remunerada.
 - Antecedentes de ITS determinados mediante pruebas de laboratorio, indicados por la persona interesada, o tratamiento sintomático de ITS.
 - Pareja sexual con uno o más factores de riesgo de contraer la infección por el VIH.

En el caso de las parejas serodiscordante, se consideran criterios de elegibilidad:

- Cuando recién se inicia el tratamiento de la pareja seropositiva y no se ha logrado la supresión de la carga viral con el TAR.
- Cuando la adhesión al tratamiento de la pareja no ha sido adecuada o no existe una comunicación franca en lo que respecta a la adhesión al tratamiento y los resultados de los análisis de la carga viral.
- Cuando tiene otras parejas además de su pareja seropositiva que está recibiendo tratamiento.

Esquema de PrEP

El medicamento a utilizar es tenofovir disoproxil fumarato 300mg y emtricitabina 200mg en una sola tableta.

- Para efectos de este lineamiento, puede brindarse la PrEP mediante dos esquemas:
 - PrEP diario, en la que se toma una pastilla diariamente.
 - PrEP por evento o demanda, en la que se toman 2 comprimidos 2 a 24 horas antes de la relación sexual de riesgo, seguido de dos dosis únicas 24 y 48 horas después de la primera toma.

Establecimientos de salud donde se ofrece PrEP

Estos establecimientos, deben contar con las siguientes condiciones, de manera mínima, para ofrecer la PrEP:

- Personal médico entrenado en manejo del VIH, ITS, y prescripción de PrEP.

- Otro personal de salud (ej. farmacia, enfermería, trabajo social, psicología etc.) que pueda ofrecer consejería, cubriendo temas como la adherencia a PrEP, efectos adversos y la reducción de riesgo para VIH e ITS.
- Acceso a laboratorio con capacidad instalada para toma de muestras, procesamiento y emisión de resultados de pruebas rápidas de VIH, diagnóstico de otras ITS y medición de creatinina sérica.
- Acceso a farmacia que garantice la existencia de medicamento PrEP, para la adecuada y oportuna dispensación de la receta.
- Proveedores de salud, en general, con entrenamiento y experiencia para trabajar con poblaciones clave y otras poblaciones en riesgo de infección por VIH.

Programas de capacitación

Tanto los servicios de salud públicos como privados deben contar con programas de capacitación dirigidos a los funcionarios del equipo multidisciplinario de salud responsable de la atención de las poblaciones clave.

Esta capacitación debe tener como objetivo el potenciar los conocimientos científicos y técnicos para desarrollar buenas prácticas para la implementación de la PrEP, y debe cubrir al menos los siguientes aspectos:

- Manejo del concepto de prevención combinada, y sus elementos constituyentes.
- Identificación de la utilidad de la PrEP, y las situaciones personales en las que su uso está indicado, según recomendaciones internacionales.
- Prescripción de PrEP a personas seronegativas con el perfil de riesgo establecido.
- Comprensión de la forma en que la PrEP funciona, y explicarla a los potenciales usuarios.
- Monitorear clínicamente el uso de la PrEP, y manejar posibles casos de seroconversión.

Como una alternativa para brindar esta capacitación, se ofrece una serie de módulos de uso gratuito elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales son una orientación práctica sobre cómo considerar la introducción de la PrEP y comenzar su implementación en diferentes grupos poblacionales en distintos entornos. Esta herramienta puede ser accesada a través de la dirección electrónica:

<https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/es/>

Acciones para la implementación de PrEP

Cita de captación o de primera vez.

Se divide en al menos dos visitas subsecuentes. En términos generales, en la primera visita se identifica al potencial beneficiario según criterios de elegibilidad, se brinda información al paciente sobre PrEP y adherencia y se envían pruebas de laboratorio hepática, renal, VIH e ITS. En la segunda visita se interpretan los resultados del laboratorio, pudiendo el profesional en medicina clasificar si es elegible o no y decidir la prescripción o no de la terapia profiláctica.

Seguimiento

Tanto los servicios de salud del sector público como del sector privado deberán desarrollar sus protocolos o manuales para la implementación de este lineamiento, donde se describan las actividades específicas a desarrollar en cada cita. Estos instrumentos deben contar con el aval del Ministerio de Salud.

Se realizará en forma trimestral. Estas citas deben contemplar al menos la evaluación y análisis de la experiencia de la persona usuaria, según esquema prescrito (diario o a demanda), realización de prueba de VIH, para la evaluación de seroconversión, realización de prueba de creatinina, realización de pruebas de otras ITS (en caso de diagnóstico positivo dar tratamiento).

Abordaje de efectos secundarios, evaluación de la adherencia e identificación de factores determinantes, que sea necesario reforzar o mitigar, prescripción de PrEP por tres meses, programación del seguimiento trimestral y citas.

Indicadores de Seguimiento

Los siguientes indicadores serán utilizados para el seguimiento sistemático del uso de PrEP a nivel nacional, con el fin de evaluar la aceptación, la continuación y la seguridad.

Indicador de aceptabilidad en grupos HSH y Mtrans.

Definición del indicador: Porcentaje de personas que recibieron PrEP en los últimos 12 meses en grupos HSH y Mtrans

Fórmula: Número de personas con PrEP en los últimos 12 meses / total de personas elegibles según HSH y Mtrans en los últimos 12 meses.

Indicador de continuidad.

Definición del indicador: Porcentaje de usuarios de la PrEP que continuaron tomando la PrEP oral durante tres meses consecutivos después de iniciada la PrEP oral, en los últimos 12 meses de estudio.

Fórmula: Número de personas que continuaron tomando la PrEP durante tres meses consecutivos después de iniciada la PrEP oral, en los últimos 12 meses / Número de personas que iniciaron la PrEP oral en los últimos 12 meses.

Indicador de efectos adversos asociada con los ARV.

Definición del indicador: Porcentaje de personas que recibieron la PrEP oral y la discontinuaron o la interrumpieron debido a efectos adversos asociados a los ARV en los últimos 12 meses

Fórmula: Número de personas que recibieron la PrEP oral y la discontinuaron o la interrumpieron debido a efectos adversos asociados a los ARV en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral en los últimos 12 meses.

NOTA: Los casos de efectos adversos deben ser reportados al Ministerio de Salud. Esto puede realizarse a través la página web Noti-FACEDRA, a la cual se ingresa a través de la dirección www.notificacentroamerica.net. Una vez en el sitio, se debe seleccionar la opción de Costa Rica en el mapa y llenar el formulario correspondiente para realizar la notificación. Asimismo, se puede utilizar el método convencional del reporte con la boleta amarilla.

Indicador de seroconversión.

Definición del indicador: Porcentaje de personas que recibieron PrEP oral y que presentaron un resultado positivo por VIH durante los últimos 12 meses.

Fórmula: Número de personas que recibieron PrEP oral y que presentaron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral por lo menos una vez en los últimos 12 meses.

Indicador de discontinuidad de PrEP por comorbilidad.

Definición del indicador: Porcentaje de personas que recibieron la PrEP oral y la discontinuaron o la interrumpieron debido a comorbilidad, tal como fallo renal o HB, en los últimos 12 meses

Fórmula: Número de personas que recibieron la PrEP oral y la discontinuaron o la interrumpieron debido a comorbilidad en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral en los últimos 12 meses.

Indicador de discontinuidad de PrEP por ausentismo.

Definición del indicador: Porcentaje de personas que recibieron la PrEP oral y la discontinuaron por ausentismo, en los últimos 12 meses

Fórmula: Número de personas que recibieron la PrEP oral y la discontinuaron por ausentismo en los últimos 12 meses / Número de personas que recibieron la PrEP oral en los últimos 12 meses.

Registro de Información para el Monitoreo

Para efectos del plan piloto, y con el fin de unificar las variables para el registro de la información a nivel nacional, proveniente de los servicios de salud tanto del sector público y privado, se utilizarán de base los formularios ya existentes en la CCSS para la Vigilancia y control de ITS (anexo 1) y el Consentimiento Informado / PrEP (anexo 2).

Se advierte, de acuerdo con la política institucional de la CCSS, "...que la reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Gerencia Médica...".

Los servicios de salud públicos y privados participantes reportarán de forma trimestral un informe de avance en la implementación del PrEP, el cual debe ser enviado al correo electrónico de la Dirección de Servicios de Salud, dss.correspondencia@misalud.go.cr.

Información adicional, basada en las fichas, podrá ser solicitada por el equipo conductor del plan piloto durante las actividades de seguimiento del mismo.

ANEXOS

Anexo 1. Personas y Organizaciones que colaboraron en el lineamiento.

Participantes	Organización
Alejandra Acuña Navarro	Ministerio de Salud de Costa Rica.
Mónica Gamboa Calderón	Ministerio de Salud de Costa Rica.
Allan Varela Rodríguez	Ministerio de Salud de Costa Rica
Andrea Morera Lee	Ministerio de Salud de Costa Rica.
Pablo Montoya Calvo.	Ministerio de Salud de Costa Rica.
Ana Graciela Salazar Vargas	Ministerio de Salud de Costa Rica.
Gloria Terwes Posada	Caja Costarricense de Seguridad Social.
Marjorie Arias Jiménez	Caja Costarricense de Seguridad Social.
Sergio Calderón Bejarano	Caja Costarricense de Seguridad Social.
Laura Sánchez Calvo	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo (HIVOS).
María José Longhi Garita	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo (HIVOS).
Massimo Manzi	Director Ejecutivo Cámara Costarricense de la Salud.
David Campos Solís	Cámara Costarricense de la Salud.
Rodolfo Garbanzo Garvey	Cámara Costarricense de la Salud.
Andrea Rodríguez Martínez	Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica.
Carlos Araya Muñoz	Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Anexo 2 Consentimiento informado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Medica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Teléfono: 25390000 ext. 6000

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

FECHA: _____

A QUIEN INTERESE

Yo, _____, cédula _____, estoy comprometido a continuar mi control médico en la Clínica _____, acatando todas las indicaciones de mi médico tratante y asistiendo a todas las citas programadas para la vigilancia y control de las Infecciones de transmisión sexual y la profilaxis para prevenir el VIH.

Comprendo que la PrEP no ofrece protección total y no previene otras ITS, por lo que el uso del preservativo es una herramienta importante para el cuidado y protección de mi salud sexual.

Así mismo he recibido información clara sobre los efectos secundarios que estos medicamentos pueden producirme por lo que me comprometo a realizarme los exámenes de laboratorio que me indique el médico (a) y avisar al servicio de farmacia del establecimiento de salud donde llevo el control si los llevo a discontinuar.

Sin otro particular, se suscribe,

Nombre completo: _____

Firma: _____

Anexo 3 Formulario visita inicial



Formulario inicial VICITS

Establecimiento de salud que brinda la atención:

Establecimiento que refiere:

- Área de Salud: _____
 SR/ONG _____

1- Datos personales y sociodemográficos

Servicio o especialidad que da la atención: 26-VIGILANCIA Y CONTROL ENFERMEDAD TRANSMISION SEXUAL

Fecha de la visita: ___/___/___
dd mm aa

Modalidad de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Cubierto DM037-S

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____	
Nombre: _____	
Conocido como: _____	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cedula de Identidad <input type="checkbox"/> Identificación Temporal <input type="checkbox"/> Extranjero con Identificación	
Número de Identificación: _____	
Teléfono(s) del paciente: Celular: _____ Habitación: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexo	Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ (años) dd mm aa
Motivo de la consulta: <input type="checkbox"/> Examen por VIH <input type="checkbox"/> Detección ITS <input type="checkbox"/> Contacto sexual <input type="checkbox"/> Todas	
Tipo de consulta: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Control semestral <input type="checkbox"/> Molestias/síntomas	

2- Lugar de residencia

Provincia: San José Alajuela Cartago Heredia Puntarenas Guanacaste Limón

Cantón: _____ Distrito: _____

Nombre de una persona de contacto de referencia: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono(s): _____

3- Antecedentes de ITS

¿En los últimos 12 meses se le ha diagnosticado alguna ITS? Sí No

Si contesta que sí:

- Clamidia Gonorrea Trichomonas Sífilis Chancro Blando Herpes Genital
 Verrugas Genitales Virus Papiloma Humano VIH HB HC Otra: _____

¿En los últimos 12 meses se ha realizado la prueba de tamizaje de VIH? Sí No

Si contesta que sí

¿Conoce los resultados de esta prueba? Sí No

¿Cuál es su estado de VIH? Reactivo No reactivo Indeterminado Pendiente Positivo por VIH

Si contesta VIH positivo

¿Hace cuánto tiempo conoce su diagnóstico? _____ Meses _____ Años

¿Se encuentra en seguimiento en una clínica? Sí No

¿En qué clínica? _____

¿Se encuentra tomando terapia antirretroviral? Sí No

Si responde no: No indicado Abandono del TARV

4- Antecedentes de salud sexual y salud reproductiva

Identidad de género (autodeterminación) Hombre cisgenero Mujer cisgenero Hombre trans Mujer trans

Orientación sexual: Gay (Homosexuales) Bisexual Heterosexual Lesbiana
 HSH Zoofilia (sexo con animales) Otro: _____

En los últimos 12 meses ha estado sexualmente activo:

- Sí
 No (pase a la pregunta Factores de Riesgo)

En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con:

- No tengo pareja Solo con pareja estable solo con parejas ocasionales
 Con mi pareja estable y parejas ocasionales

En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con:

- Hombres Sí No
- Mujeres Sí No
- Ambos Sí No
- PTS Sí No (Persona Trabajadora Sexual)

Tipo de relaciones sexuales que tiene:

Oral Vaginal Anal Todas

Si es Anal:

- Penetra Sí No
- Penetrado Sí No
- Ambas Sí No

¿Utilizó condón en todas sus prácticas sexuales? Siempre A veces Nunca

¿En los últimos 6 meses ha tenido relaciones sexuales vaginales? Sí No Nunca

Si contesta que sí

¿Utilizó condón en su última relación vaginal? Sí No

¿En los últimos 6 meses ha tenido relaciones sexuales anales? Sí No

Si contesta que sí

¿Utilizó condón en su última relación anal? Sí No

5- Otros factores de riesgo

En el último año ha consumido:

- Alcohol Sí No
- Drogas Sí No

6- Antecedentes de uso de hormonización

Sección específica para población transgénero

¿Ha consumido hormonas? Sí No

Si contesta que sí

¿Cuáles? _____

¿Se ha administrado o utilizado alguna sustancia cómo?

Parafina Silicona Aceite Mineral Implantes

¿Se encuentra en control con un médico especialista? Sí No

7- Síntomas asociados a ITS

En los últimos 6 meses ha presentado:

- | | |
|--------------------------------|---|
| Fiebre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Disuria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dispareunia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica en hombres |
| Rash | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Escozor/ardor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Adenopatías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado en la relación sexual | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolor abdominal bajo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diarrea persistente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nuggets en boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolor y/o edema de pene | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica en mujer |

En los últimos 6 meses ha presentado en pene/vagina/boca o ano:

- | | | |
|----------------------------|--|---------------------|
| Úlcera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Localización: _____ |
| Vesícula/Ampolla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Localización: _____ |
| Verruga | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Localización: _____ |
| Dolor rectal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Secreción uretral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Dolor y/o edema de escroto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica en mujer | |
| Flujo vaginal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica en hombre | |
| Otra lesión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

8- Examen Físico (Solo en casos nuevos)

Apariencia General: _____

Tórax: Normal Alterado Observaciones: _____

Abdomen: Normal Alterado Observaciones: _____

Cavidad Oral: Normal Alterado Observaciones: _____

Extremidades: Normal Alterado Observaciones: _____

Adenopatías: Sí No Observaciones: _____

9- Sistema Genitourinario

Mujer / Hombre trans

Vulva: Normal Alterado Observaciones: _____

Tacto vaginal: Realizado No realizado Observaciones: _____

Especuloscopia: Realizado No realizado Observaciones: _____

Recto

Anatomía externa: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Tacto Rectal: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Anoscopia: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Hombre / Mujer trans

Pene: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Testículos: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Próstata: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Palpación: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Recto

Anatomía externa: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Tacto Rectal: Normal Alterado NR Observaciones: _____

Anoscopia: Normal Alterado NR Observaciones: _____

10- Diagnóstico de ITS/ Síndromes clínicos:

Sintomático por ITS Sí No

Si contesta que sí

Secretor: Gonorrea Clamidiasis Tricomoniasis

Tumoral: Condiloma/verruca (HPV) Molusco Contagioso

Ulceroso: Sífilis Chancroide Granuloma inguinal Herpes Linfogranuloma venéreo

Inflamación escrotal: epididimitis

VIH

En estudio Caso nuevo Caso conocido VIH

Si es caso nuevo:

No sintomático Sintomático

11- Tratamiento

Alergia a medicamento(s): Sí No

Medicamento(s): _____

Tratamiento sintomático: Sí No

Tratamiento etiológico: Sí No

12- Medicamentos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aciclovir (Via Oral) | <input type="checkbox"/> Ácido Tricloroacético |
| <input type="checkbox"/> Tioconazol | <input type="checkbox"/> Ceftriaxona 250 mg IM. |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 500 mg. | <input type="checkbox"/> Clotrimazol 500mg. |
| <input type="checkbox"/> Clotrimazol Crema Vaginal 2% | <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg. (7 días) |
| <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg. (14 días) | <input type="checkbox"/> Doxiciclina 100 mg. (21 días) |
| <input type="checkbox"/> Metronidazol 2g. | <input type="checkbox"/> Metronidazol 500 mg. (7 días) |
| <input type="checkbox"/> Metronidazol 500 mg. (14 días) | <input type="checkbox"/> Penicilina G. Benzatinica (Dosis única) |
| <input type="checkbox"/> Penicilina G. Benzatinica (3 Dosis) | <input type="checkbox"/> Podofilina 25% |
| <input type="checkbox"/> Tinidazol 2g. | <input type="checkbox"/> Otro Tratamiento |

13- Laboratorio

Tipo de prueba	Valor(es)	Fecha (dd/mm/aa)	Tipo de prueba	Valor(es)	Fecha (dd/mm/aa)
VIH: <input type="checkbox"/>	Primera prueba <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	Hepatitis: <input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
	Segunda prueba <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	Anti HCV : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
Sífilis VDRL: <input type="checkbox"/>	titulación: _____ <input type="checkbox"/> Reac. <input type="checkbox"/> No Reac. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	C.trachomatis: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
Prueba treponémica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	N. gonorrhoeae: <input type="checkbox"/>	Sitio anatómico <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
Campo Oscuro: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		Otro: _____	Resultado: _____	

Fecha de la siguiente visita: ___/___/___

Evaluación realizada por: _____

14- Diagnóstico presuntivo:

Etiológico: Nombre: _____

Síndromico: Secretor ¿Cuáles enfermedades? _____
 Ulceroso ¿Cuáles enfermedades? _____
 Tumoral ¿Cuáles enfermedades? _____
 Inflamación escrotal ¿Cuáles enfermedades? _____

Referencia a otro nivel de atención: Sí, Indique motivo: _____

Anexo 4 Formulario para seguimiento



Formulario de seguimiento VICITS

Establecimiento de salud que brinda la atención:

Establecimiento que refiere:

Área de Salud: _____

SR/ONG: _____

1- Datos personales y sociodemográficos

Servicio o especialidad que da la atención: 26-VIGILANCIA Y CONTROL ENFERMEDAD TRANSMISION SEXUAL

Fecha de la visita: ___/___/___
dd mm aa

Modalidad de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Cubierto DM037-S

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____

Conocido como: _____

Tipo de Identificación: Cedula de Identidad Identificación Temporal Extranjero con Identificación

Número de Identificación: _____

Teléfono(s) del paciente: Celular: _____ Habitación: _____

Sexo: Hombre Mujer Intersexo Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ (años)
dd mm aa

Motivo de la consulta: Examen por VIH Molestias y/o Síntomas ITS Entrega de resultados

2- Laboratorio

Tipo de prueba	Valor(es)	Fecha (dd/mm/aa)	Tipo de prueba	Valor(es)	Fecha (dd/mm/aa)
VIH: <input type="checkbox"/>	Primera prueba <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	Hepatitis: <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	
	segunda prueba <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	Anti HCV : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
Sífilis VDRL: <input type="checkbox"/>	titulación: _____ <input type="checkbox"/> Reac. <input type="checkbox"/> No Reac. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	C.trachomatis: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
Prueba treponémica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___	N. gonorrhoeae: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pen	___/___/___
Campo Oscuro: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		Otro _____	Resultado: _____	

Fecha de la siguiente visita: ___/___/___
dd mm aa

Evaluación realizada por:

3- Diagnóstico final

Etiológico:

Nombre: _____

Sintómico: Secretor
 Ulceroso
 Tumoral
 Inflamación escrotal

Referencia a otro nivel de atención: Si, Indique motivo: _____

No