

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE ANÁLISIS ALERTA EPIDEMIOLÓGICA HEPATITIS AGUDA DE CAUSA DESCONOCIDA EN NIÑOS PREVIAMENTE SANOS MENORES DE 16 AÑOS

Todas las muestras que ingresen al laboratorio para la investigación de estos casos deben contar con la ficha epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos y leptospirosis, así como el formato "Referencia de muestras para vigilancia de hepatitis aguda grave en niños" disponibles en:

<http://portal.ins.gob.gt/>

Tipo de muestra	Volumen de muestra	Condiciones para el envío de muestra	Condiciones especiales
Suero	2.5 mL	Vial estéril/Tubo con tapón rojo de 2-8 °C	No sueros con hemólisis, lipémicos.
Sangre completa con EDTA	2 mL	Tubo de tapón morado con EDTA, de 2-8°C	NA
Orina	1mL de orina	Frasco estéril, de 2-8 °C	Enviar dentro de las 2 horas de su obtención. Neutralizar con PBS (buffer fosfato salino)
Heces	1 gramo	Frasco estéril de boca ancha sin perseverantes ni medio de cultivo o transporte de 2-8 °C	Tiempo de transporte no deberá exceder los 2 días .

A todos los casos sospechosos se les investigarán todas las infecciones descritas en la alerta epidemiológica "Circular No. TLGG-011-2022: Alerta epidemiológica por casos de hepatitis aguda grave de causa desconocida en niños" con fecha 06 de mayo de 2022, para lo cual se requiere el envío de todas las muestras en el recuadro anterior. En caso de no enviar todas las muestras o un volumen inferior al requerido, se priorizará el diagnóstico de hepatitis A, B y C, y adenovirus.

Interferencias y limitaciones:

Para garantizar la viabilidad de la *Leptospira* en muestras de orina, esta se debe de **neutralizar con PBS**. Si no se cuenta con PBS puede requerirlo en Ventanilla 1 de UCREVE.

La neutralización se alcanza mezclando partes iguales de PBS y orina, se recomienda mezclar 1mL de PBS y 1mL de la muestra.

Recomendaciones

Registro completo de datos en la ficha epidemiológica, prestando especial **atención al inicio de los síntomas** para realizar la prueba más adecuada logrando un diagnóstico certero.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE REGULACION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SALUD
LABORATORIO NACIONAL DE SALUD
UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Kilómetro 22 Carretera al Pacífico Bárcena, Villa Nueva, Guatemala C.A.
PB6644-0599 EXT. 213, Correo Electrónico vih.hepatitis.sifilis@lns.gob.gt

REFERENCIA DE MUESTRAS PARA LA VIGILANCIA DE HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN NIÑOS

Hospital o Centro que refiere: _____ Fecha: _____

Nombre completo del paciente	No. de historia clínica o DPI	Sexo	Edad	Fecha de inicio de síntomas	Fecha de toma de muestra	Tipo de muestras enviados (chequear en el recuadro)		Antecedente de infección con SARS-CoV 2 (seleccionar opción)		Antecedente de vacunación contra SARS-CoV 2 (Si/No), en caso de Si indicar tipo de vacuna y dosis aplicadas.
						<input type="checkbox"/>	Suero	<input type="checkbox"/>	Si, infección activa	
						<input type="checkbox"/>	Sangre completa	<input type="checkbox"/>	Si, infección pasada	
						<input type="checkbox"/>	Heces	<input type="checkbox"/>	No	
						<input type="checkbox"/>	Orina	<input type="checkbox"/>	No sabe	

Observaciones:

Nombre, firma y sello del solicitante

Número de teléfono y correo electrónico para envío de resultados:



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
FICHA EPIDEMIOLOGICA NACIONAL
CASO SOSPECHOSO LEPTOSPIROSIS HUMANA

I. DATOS GENERALES

Fecha de llenado de la ficha: ___/___/___

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masc. Fem.

Dirección Exacta o referencia: _____

Municipio: _____ Departamento: _____ Área de salud: _____

Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____

Jefe de casa o persona responsable: _____

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha de Toma de la Muestra: ___/___/___

II. Antecedente de presencia DATOS CLINICOS (marque con una X los hallazgos clínicos)

FIEBRE	()	NAUSEAS	()
CEFALEA	()	VOMITOS	()
ESCALOFRIOS	()	DIARREA	()
DOLOR MUSCULAR	()	MORETES	()
FARINGITIS	()	RASH	()
DOLOR RETROORBITARIO	()	CONGESTION OCULAR	()
EPISTAXIS	()	OLIGURIA	()
DOLOR ABDOMINAL	()	ANURIA(<75ml/12 h)	()
DOLOR TORÁCICO	()	DOLOR DE ESPALDA BAJA	()
ICTERICIA	()		
CONGESTION OCULAR	()	CANSANCIO	()
EXANTEMA DEL PALADAR	()	P. de TORNIQUETE	()
HEPATOMEGALIA	()	HEMORRAGIAS	()

Especifique sitio de sangrado _____
OTROS _____

III. DATOS DE LABORATORIO

Malaria SI ___ NO ___ Resultado _____

Dengue SI ___ NO ___ Resultado _____

Hepatitis SI ___ NO ___ A – B – C Resultados _____

Hemocultivo(S. Tiphy) SI ___ NO ___ Resultado _____

Coprocultivo(S. Tiphy) SI ___ NO ___ Resultado _____

IV. FACTORES DE RIESGO (en los últimos 15 días)

Comió fuera de su casa: Si () No () Donde: _____

Estuvo en contacto con agua de ríos, riachuelos, lagunas u otras fuentes de agua SI () NO ()
Donde: _____

Estuvo en contacto con cultivos de caña o arroz SI () NO ()
Donde: _____

Ha tenido contacto con: vacas. _____ cerdos. _____ perros. _____ Otros. _____

Que tipo de agua consume: entubada. _____ de pozo. _____ de río. _____ embotellada. _____

Que tratamiento le da al agua: hierve. _____ clora. _____ ninguno. _____

Almacena granos en su casa SI () NO () Donde. _____
Como. _____
Tiene presencia de roedores (ratas y ratones) en su vivienda SI () NO ()
Conoce a alguien con igual sintomatología SI () NO ()
Nombre completo. _____
Dirección exacta o referencia _____

V. DIAGNOSTICO INICIAL: _____

Toma de muestra: SI () NO () fecha de envío _____ Resultado _____
Recibió tratamiento SI () NO () Cual. _____
DIAGNOSTICO FINAL. _____
Laboratorio () Clínico () Nexo epidemiológico ()

UNIDAD INFORMANTE

Área de Salud. _____ Centro de Salud. _____
Nombre del Investigador. _____ Firma. _____
Cargo. _____ Fecha. _____
NOTA:

ORIGINAL QUEDARA ARCHIVADA EN EL SERVICIO EN QUE SE ESTUDIO EL CASO, COPIAS DE ESTA FICHA ENVIARLAS A:

1. CON LA MUESTRA AL LABORATORIO CENTRAL DE REFERENCIA
2. A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA TELEFAX: 24454040 – 24454159
e-mail. brotes@epidemiologia.mspas.gob.gt
3. A PROGRAMA DE ZONOSIS TELEFAX: 24721348
e-mail: zoonosis@drpap-mspas.gob.gt



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica
ETAS

DATOS GENERALES												
ETA a investigar		UNIDAD NOTIFICADORA		Fecha de notificación			No. De Caso					
				Día	Mes	Año	Área	Distrito	Municipio	Evento ETA	Año	No.
UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA												
Área de Salud							Distrito					
Servicio							Otro (especifique)					
Establecimiento Privado		RESPONSABLE DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO - Nombre					Cargo					
DATOS PACIENTE												
NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre							2do. Nombre					
1er. Apellido				2do. Apellido				De casada				
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:							
Años	Meses	Día	Mes	Año								
Departamento			Municipio			Localidad			Sexo	F	M	
GRUPO ÉTNICO		Maya	Ladino/mestizo	Garífuna	Xinca	Otro:			Teléfono:			
Ocupación												
Lugar de trabajo												
Escolaridad		Analfabeto	Alfabeto	Primaria	Básico	Diversificado	Universitario					
Numero de miembros de la familia												
DATOS CLÍNICOS												
Sintomatología actual		FECHA DE INICIO DE SINTOMAS			Hospitalización			Si	No	FECHA DE HOSPITALIZACION		
		Día	Mes	Año	Nombre del hospital			Día	Mes	Año		
Signos y/síntomas		Si	No	No sabe	Signos y/síntomas			Si	No	No sabe		
Tos					Deshidratación							
Tenesmo					Hipotensión							
Estreñimiento					Falta de apetito							
Cefalea					Disfonía							
Ataxia					Parálisis muscular total							
Calambres					Orina oscura							
Diarrea líquida					Diarrea con moco y sangre							
Dolor abdominal					Vómitos							
Fiebre					Ictericia							
Hepatoesplenomegalia					Bradycardia							
Rash rosado en abdomen					Disfagia							
Otros (especificar)												
Número de evacuaciones al día		¿Ha recibido algún tratamiento?			Si	No	¿Cuál?					
FACTORES DE RIESGO												
¿Viajo en las últimas tres semanas?		Si	No	¿A dónde?								
Alimentos consumidos en los últimos 5 días				Mariscos crudos (ceviche)			Quesos					
				Mariscos cocidos			Ensaladas					
				Fruta			Jugos naturales					
				Pasteles			Arroz					
				Enlatados			Otras (describalos)					
Alimentos preparados en		Casa	Calle	¿Donde?								
¿Es manipulador de alimentos?		Si	No	¿Donde?								
Tipo de abasto de agua				Domiciliar con cloro			Domiciliar sin cloro					
				Pozo			Llena cantaros					
				Embotellada			Camión Cisterna					
				Rio			Otras					
¿Almacena agua?				Si	No							
¿Qué tratamiento le dan al agua de beber?		Ninguno	Hervir	Método sodis	Cloro	Filtración						



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica
ETAS

Disposición de excretas	Letrina		Inodoro		Aire libre	
¿Hay otro miembro de la familia enfermo?	Si		No		¿Quién?	

RESULTADOS DE LABORATORIO

Muestras tomadas

Fecha de recepción	Fecha Toma Muestra	Código Muestra	Tipo Muestra

Pruebas Realizadas

Código Muestra	Fecha Prueba	Prueba	Resultado	Comentarios

Conclusiones Asignadas

Código Muestra	Resultado Final	Específico No. 1	Específico No. 2	Comentarios

Datos de Laboratorio Local

Coprocultivo	Positivo		Negativo		Tipo	
Hemocultivo	Positivo		Negativo		Tipo	
Mielocultivo	Positivo		Negativo		Tipo	
Prueba rápida rotavirus	Positivo		Negativo			
Recuento de glóbulos blancos						
Bilirrubina directa						
Bilirrubina indirecta						
Bilirrubina total						
Otros resultados de laboratorio						

Visita domiciliaria

Número de habitantes de la casa (incluye otras familiares, huéspedes y sirvientes)

< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 59 años	60 y +

¿Se encuentran otras personas expuestas?

Si

No

Clasificación del caso

Diagnóstico final

Sospechoso		Clínico		Confirmado		Descartado	
------------	--	---------	--	------------	--	------------	--