



Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Promoción y Prevención

Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de la Hepatitis B (ETMI-Plus)

Instructivo para el diligenciamiento del formato de seguimiento clínico a la gestante con hepatitis B y su hijo o hija expuesto

Objetivo:

Establecer la línea de base del porcentaje de transmisión materno infantil de la hepatitis B y del cumplimiento de las intervenciones requeridas para la prevención de la transmisión en los niños y niñas expuestos al virus de la hepatitis B.

Para el registro de la información se solicita **No** modificar la presentación del formato, diligenciamiento correcto y adecuado de todas las variables las cuales son indispensables para verificar el cumplimiento del protocolo e identificar las posibles fallas que dieron origen a un caso de transmisión materno infantil de la hepatitis B.

Todas las personas que intervengan en el tratamiento de datos personales relativos a la salud de las personas están obligadas a garantizar la reserva y confidencialidad de la información.

Si usted va utilizar por primera vez el formato de seguimiento clínico a la gestante con hepatitis B y su hijo o hija expuesto, haga una revisión de este para que identifique las variables incluidas y luego proceda a leer el instructivo, tenga en cuenta las siguientes aclaraciones:

- Diligenciar el formato en letra mayúscula.
- La letra está codificada en Century Gothic no la cambie.
- No utilizar puntos, comas o tildes en el registro de las variables.
- No pasar el formato a presentación PDF, una vez este diligenciado.
- No subir el formato a la nube ni a ninguna otra plataforma.
- Este formato debe ser diligenciado y remitido por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios en la que está afiliada la persona con hepatitis B.
- Cuando se tenga un parto de dos (2) o más recién nacidos, se debe diligenciar y remitir un formato de seguimiento clínico por cada niño o niña expuesto al virus de la hepatitis B.

Las 66 variables a reportar son las que se presentan a continuación:

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
Datos de la gestante con diagnóstico de hepatitis B				
1	Fecha de ingreso a la estrategia.	10	N Numérico	Registre en el formato DD/MM/AAAA la fecha de ingreso de la gestante a la estrategia.
2	Nombre y apellido.	50	A Alfabético	Registre los nombres y apellidos, según el documento de identificación, valide la información con la base BDUA, registre: <ul style="list-style-type: none">• Primer nombre• Segundo nombre• Primer apellido• Segundo apellido
3	Nacionalidad.	1	A Alfabético	Marque con una X la nacionalidad que le corresponda: <ul style="list-style-type: none">• Colombiana• Extranjera
4	Tipo de documento.	1	A AN	Marque con una X el tipo de documento que le corresponda: RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad MS: Menor sin identificación AS: Adulto sin identificación CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería PA: Pasaporte SV: Salvoconducto PE: Permiso Especial de Permanencia
5	Número de identificación.	20	A AN	Registre el número de identificación, según corresponda al tipo de documento.
6	Edad.	2	N Numérico	Reporte en número entero la edad en años.
7	Tipo de régimen en Salud.	20	A Alfabético	Registre el tipo de régimen en salud al que pertenezca: <ul style="list-style-type: none">• Contributivo• Subsidiado• Excepción• Especial• INPEC- USPEC• No asegurado
8	Nombre de la aseguradora.	50	A Alfabético	Registre el nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, según corresponda el tipo de régimen en salud. Si es No asegurado se debe registrar la dirección territorial a que dé lugar.

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
9	Pertenencia étnica.	1	Alfabético	Marque con una X la pertenencia étnica que corresponda: <ul style="list-style-type: none"> Indígena Raizal (del Archipiélago de San Andrés y Providencia) Afrocolombiana Otros grupos Rom Palenquera
10	Grupo poblacional.	1	Alfabético	Marque con una X el grupo poblacional que corresponda: <ul style="list-style-type: none"> Migrante Desplazada Carcelaria Otros grupos Habitante de calle Discapacitada Centro psiquiátrico Víctima de violencia armada
11	Área de ocurrencia del caso.	1	Alfabético	Marque con una X el área de ocurrencia del caso que está reportando: <ul style="list-style-type: none"> Cabecera municipal Centro poblado Rural disperso
12	Departamento o distrito de residencia.	50	Alfabético	Registre el nombre del departamento o distrito de residencia de la persona que está reportando.
13	Municipio de residencia.	50	Alfabético	Registre el nombre del municipio de residencia de la persona que se está reportando.
14	Dirección de residencia.	50	AN	Registre la dirección de residencia especificando calle, transversal, carrera, manzana, número de apartamento, barrio; si no existe nomenclatura registre puntos de referencia geográfica para su ubicación.
15	Teléfono.	20	Numérico	Registre los números telefónicos ya sea fijo o móvil. Si se registra más de un número separarlos por guion.
16	¿A la gestante se le realizó control prenatal durante este embarazo?	1	Alfabético	Marque con una X la opción a que corresponda: <ul style="list-style-type: none"> SI NO
17	Edad gestacional al primer control prenatal, en semanas.	2	Numérico	Registre en número entero la edad gestacional al primer control prenatal, en semanas.

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
18	Fecha probable del parto.	10	Fecha	Registre la fecha probable del parto de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.
Diagnóstico de hepatitis B en la gestante				
19	Momento del diagnóstico de HB, con relación al embarazo actual.	1	Alfabético	Marque con un X el momento del diagnóstico de hepatitis B con referencia al embarazo que se está reportando: <ul style="list-style-type: none">• Antes del embarazo actual• Durante el embarazo actual• Posterior al parto
20	Edad gestacional al momento del diagnóstico (durante), en semanas.	2	Numérico	Registre en número entero la edad gestacional al momento del diagnóstico (aplica si fue durante el embarazo actual), en semanas.
21	Antígeno de superficie de HB Reactivo (HBsAg).	10	Fecha	Si es un caso de HB debe tener obligatoriamente el HbsAg positivo . Registre la fecha del resultado de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.
22	Realización de Anticuerpos IgM contra el antígeno core de HB (anti-HBc IgM).	10	Fecha	Registre la fecha del resultado obtenido, de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.
23	Resultado de los Anticuerpos IgM contra el antígeno core de HB (anti-HBc IgM).	1	Alfabético	Marque con una X la opción del resultado obtenido: <ul style="list-style-type: none">• Reactivo• No reactivo
24	Realización de Anticuerpos totales contra el antígeno core de HB (anti-HBc total o IgG).	10	Fecha	Registre la fecha del resultado obtenido, de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.
25	Resultado de los Anticuerpos totales contra el antígeno core de HB (anti-HBc total o IgG).	1	Alfabético	Marque con una X la opción del resultado obtenido: <ul style="list-style-type: none">• Reactivo• No reactivo
26	Realización de Antígeno e de HB (HBeAg).	10	Fecha	Registre la fecha del resultado obtenido, de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.
27	Resultado del Antígeno e de HB (HBeAg).	1	Alfabético	Marque con una X la opción del resultado obtenido: <ul style="list-style-type: none">• Reactivo• No reactivo

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
28	Realización de Carga viral para HB	10	Fecha	Registre la fecha del resultado obtenido, de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.
29	Resultado de la carga viral para HB.	15	AN	Registre el valor reportado de acuerdo a: unidades internacionales/mililitros.
Tratamiento y seguimiento para hepatitis B en la gestante				
Gestante con diagnóstico de hepatitis B ANTES del embarazo actual				
30	La gestante venía recibiendo tratamiento para HB antes de iniciar el embarazo actual.	1	Alfabético	Marque con una X la opción a que dé lugar de acuerdo a si la gestante venía recibiendo tratamiento HB antes de iniciar el embarazo actual: <ul style="list-style-type: none"> SI NO
31	Si la respuesta anterior es NO ¿la gestante requiere tratamiento para HB durante el embarazo actual?	1	Alfabético	Marque con una X la opción a que dé lugar, si la gestante con diagnóstico HB antes del embarazo actual, requiere tratamiento para HB durante el embarazo actual: <ul style="list-style-type: none"> SI NO
32	Si la respuesta anterior es SI , a partir de que semana gestacional lo recibió.	2	AN	Registre en número entero la edad gestacional en semanas, en la que se inició el tratamiento para HB. Si la gestante No recibió tratamiento para HB, marque con una X la opción disponible.
Gestante con diagnóstico de hepatitis B DURANTE el embarazo actual				
33	¿Requiere tratamiento para HB durante el embarazo actual?	1	Alfabético	Marque con una X la opción a que dé lugar de acuerdo a si la gestante requiere tratamiento para HB durante el embarazo actual: <ul style="list-style-type: none"> SI NO
34	Si la respuesta es SI , a partir de que semana gestacional lo recibió.	2	AN	Registre en número entero la edad gestacional en semanas, en la que se inició el tratamiento para HB. Si la gestante No recibió tratamiento para HB, marque con un X la opción disponible.

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
35	Nombre del medicamento suministrado a la gestante para el tratamiento de la HB.	15	Alfabético	Registre el nombre completo del medicamento suministrado a la gestante para el tratamiento de la HB.
36	Situación de la gestante con relación al embarazo actual.	1	Alfabético	Marque una X de acuerdo a la opción que corresponda: <ul style="list-style-type: none"> • Aborto • IVE • Mortalidad Materna • Parto
Seguimiento del niño o niña expuesto al virus de la hepatitis B				
37	Condición del recién nacido.	1	Alfabético	Marque con una X el resultado de la gestación reportada, con referencia al producto de la gestación: <ul style="list-style-type: none"> • Vivo • Mortinato
38	Edad gestacional al nacimiento, en semanas.	2	Numérico	Registre la edad gestacional al nacimiento, reportado en semanas. Se debe registrar independientemente si fue un nacido vivo o un mortinato.
39	Tipo de parto.	1	Alfabético	Marque una X de acuerdo al tipo de parto de la gestación reportada. <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea • Vaginal
40	Número de productos al nacimiento.	1	Alfabético	Marque una X de acuerdo al número de recién nacidos de la gestación reportada. <ul style="list-style-type: none"> • Único • Múltiple (2 o más recién nacidos)
41	Fecha del parto.	10	fecha	Registre en el formato DD/MM/AAAA la fecha en que culminó la gestación reportada. Si la gestación termino en un mortinato se debe registrar la fecha en el formato anteriormente referenciado.
42	Sexo.	1	Alfabético	Marque una X de acuerdo al sexo del recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer • Intersexual

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
43	Tipo de régimen en salud.	1	Alfabético	Registre el régimen al que pertenece: <ul style="list-style-type: none">ContributivoSubsidiadoExcepciónEspecialINPEC-USPECNo asegurado
44	Nombre de la aseguradora.	50	Alfabético	Registre el nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, según corresponda al régimen de aseguramiento. Si es No asegurado, se debe registrar la dirección territorial a que dé lugar.
45	Nombres y apellidos.	50	Alfabético	Registre el nombre según el documento de identificación, valide la información con la base BDUA: <ul style="list-style-type: none">Primer nombreSegundo nombrePrimer apellidoSegundo apellido
46	Tipo de documento.	1	Alfabético	Marque con una X el tipo de documento a que corresponda: <ul style="list-style-type: none">RC: Registro CivilCNV: Certificado de nacido vivoMS: Menor sin identificación
47	Número de identificación.	20	AN	Registre el número de identificación, según corresponda al tipo de documento.
48	Aplicación de la dosis de vacuna contra HB al recién nacido.	1	Alfabético	Marque con una X la opción que corresponda, aplicación de la dosis contra HB al recién nacido: <ul style="list-style-type: none">SINO
49	Si la respuesta es SI , la aplicación de la vacuna contra HB, se hizo en que tiempo.	1	Alfabético	Marque con una X la opción que corresponda: <ul style="list-style-type: none">En las primeras 12 horas.Mayor a 12 y hasta 24 horas.Después de 24 horas.

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
50	Aplicación de inmunoglobulina para HB al recién nacido.	1	Alfabético	<p>Marque con una X la opción que corresponda, aplicación de la inmuglobulina para HB al recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> SI NO
51	Si la respuesta es SI , la aplicación de la inmunoglobulina para HB se hizo en que tiempo.	1	Alfabético	<p>Marque con una X la opción que corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> En las primeras 12 horas. Mayor a 12 y hasta 24 horas. Después de 24 horas.
52	Aplicación de vacuna contra HB, en cualquier presentación: (Monovalente, Pentavalente o Hexavalente).	10	Fecha	<p>Registre la fecha de aplicación de la vacuna contra HB, de acuerdo al formato DD/MM/AAAA.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dosis al recién nacido Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Clasificación del niño o niña expuesto frente al virus de la hepatitis B				
53	Realización de Antígeno de superficie de HB (HBsAg).	10	Fecha	<p>Registre la fecha del resultado de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.</p>
54	Resultado del Antígeno de superficie de HB (HBsAg).	1	Alfabético	<p>Marque con una X la opción del resultado obtenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reactivo No reactivo
55	Realización del Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la HB (Anti-HBs).	10	Fecha	<p>Registre la fecha del resultado de acuerdo al formato: DD/MM/AAAA.</p>
56	Resultado del Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la HB (Anti-HBs).	1	Alfabético	<p>Marque con una X la opción del resultado obtenido</p> <ul style="list-style-type: none"> Reactivo No reactivo
57	Condición final del niño o niña expuesto.	1	Alfabético	<p>Marque con una X la opción que corresponda con referencia a la condición final del niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vivo Muerto

N° Variable	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos
58	Clasificación final del niño o niña expuesto frente al virus de la HB.	1	Alfabético	Marque con una X la opción que corresponda con referencia al diagnóstico final del niño o niña expuesto. <ul style="list-style-type: none">Infección por HB confirmadaInfección por HB descartadaFalleció sin clasificación
Datos de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) que reporta la información				
59	Fecha de reporte	10	fecha	Registre en el formato DD/MM/AAAA la fecha del reporte de la información.
60	Nombre de la EAPB que reporta la información.	50	AN	Registre el nombre de la EAPB que reporta la información.
61	Nombre de quien remite la información	50	Alfabético	Registre el nombre de quien remite la información.
62	Cargo de quien remite la información	50	Alfabético	Registre el cargo de quien remite la información.
63	Teléfono móvil	20	Numérico	Registre el número telefónico móvil de la EAPB que remite la información.
64	Teléfono fijo - indicativo	20	Numérico	Registre el número telefónico fijo de la EAPB que remite la información (registrar indicativo).
65	Correo electrónico	50	AN	Registre el correo electrónico institucional de la EAPB que remite la información.
66	Correo electrónico	50	AN	Registre el correo electrónico institucional de la persona que remite la información.