



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

**PROTOCOLO AUGE**

**TRATAMIENTO  
ANTIRETROVIRAL  
PARA PERSONAS  
QUE VIVEN CON  
VIH/SIDA  
Y PARA LA PREVENCIÓN  
DE LA TRANSMISIÓN  
VERTICAL  
DEL VIH**

**COMISION NACIONAL DEL SIDA MINISTERIO DE SALUD  
SOCIEDAD CHILENA DE INFECTOLOGIA  
SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRIA  
COMITE CIENTIFICO ASESOR**

**DOCUMENTO DE TRABAJO**

**ABRIL 2004**



## **OBJETIVOS**

- **Detener la progresión de la enfermedad por VIH y disminuir la morbimortalidad por SIDA en niño(a)s y adultos que viven con VIH, mediante el tratamiento con asociaciones de antiretrovirales.**
- **Disminuir la tasa de transmisión vertical por VIH.**

## **ATENCION CON GARANTIAS**

Tratamiento con tres drogas antiretrovirales (TARV) para niños y adultos que viven con VIH que cumplen criterios de inicio o cambio de terapia antiretroviral según "Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con VIH/SIDA" y "Protocolo de Tratamiento Antiretroviral de SIDA Pediátrico".

Uso de antiretrovirales para la prevención de la transmisión vertical del VIH a todas las embarazadas VIH (+) y al recién nacido.

Exámenes de control de Carga Viral, Linfocitos CD4 y genotipificación.

### GARANTIAS

El protocolo AUGE especifica aquellos aspectos del tratamiento de la infección crónica por VIH y de la prevención de la transmisión vertical que quedan garantizados en este documento, específicamente en lo referente a tratamiento antiretroviral, estableciendo condiciones de acceso, oportunidad y condiciones mínimas exigibles a contar de su puesta en marcha.

La atención de la infección por VIH/SIDA y la prevención de la transmisión vertical incluyen diferentes aspectos que pueden no estar detallados o garantizados en el protocolo AUGE, sin perjuicio de lo cual deben seguir siendo aplicados de acuerdo al modelo de atención VIH, la "Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con VIH/SIDA", el "Protocolo de tratamiento antiretroviral de SIDA pediátrico" y el "Protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH".

#### **La propuesta considera garantizar:**

1. Tratamiento con 3 drogas antiretrovirales al 100% de las personas adultas que viven con VIH/SIDA sin terapia previa y que tienen indicación de TARV según "Guía Clínica para la Atención Personas Adultas que Viven con VIH/SIDA".
2. Continuación del tratamiento antiretroviral para todas las personas adultas que viven con VIH/SIDA actualmente en TARV exitosa en el sistema público.
3. Cambio de esquema de terapia para todas aquellas personas adultas que viven con VIH/SIDA con fracaso del primer o segundo esquema de TARV triple. Los casos con fracaso virológico de más de 1 esquema de TARV triple serán previamente evaluados con estudio de genotipificación y evaluación de adherencia. El protocolo AUGE incluye garantía hasta el 3er esquema por fracaso en adultos.
4. Cambio de TARV por reacciones adversas severas a drogas antiretrovirales.
5. Tratamiento antiretroviral para el 100% de los niños con VIH/SIDA que lo requieran de acuerdo al Protocolo de tratamiento antiretroviral de SIDA Pediátrico, tanto para niños sin terapia previa como cambios de tratamiento.
6. Uso de antiretrovirales para la prevención de la transmisión vertical para todos los embarazos en mujeres VIH +, durante el embarazo, el parto y al recién nacido.

## INTRODUCCION

### INFECCIÓN CRÓNICA POR VIH

La infección por VIH se asocia a una intensa replicación viral que tiene lugar en linfocitos y macrófagos principalmente. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, **Carga Viral (CV)** y el sistema inmunológico, medido habitualmente como **recuento de linfocitos CD4**<sup>1,2</sup>. De esta manera la persona infectada se mantiene asintomática, sin embargo después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente<sup>3</sup>. Este deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA que, **de no mediar tratamiento**, en un plazo relativamente corto lleva a la muerte.

La infección por VIH en niños tiene características clínicas, inmunológicas y virológicas distintas de las del adulto. Pese a la infección por VIH, los niños exhiben recuentos de CD4 y CV significativamente más altos que los adultos. El período de incubación de la infección por VIH es más corto y las manifestaciones clínicas son multisistémicas y con frecuencia inespecíficas caracterizándose por una mayor frecuencia, severidad, duración, refractariedad a tratamiento y recurrencia de las patologías propias de la infancia, además de infecciones oportunistas.

- El tratamiento antiretroviral de la infección por VIH con asociaciones de 3 ó más drogas antiretrovirales suprime, en la mayoría de los casos, la replicación viral con lo que la CV se hace indetectable, se detiene el deterioro del sistema inmunológico y se recupera cualitativa y cuantitativamente la respuesta inmune, observándose una significativa disminución de la morbilidad asociada, de la progresión de la enfermedad y la mortalidad por SIDA, siendo la TARV una intervención de gran costo–efectividad<sup>4,5</sup>.

Desafortunadamente no se logra erradicar el genoma viral de los tejidos reservorio por lo que la suspensión de la TARV lleva a reaparición de virus circulante y nuevo deterioro inmunológico y clínico. Las terapias actuales deben, por tanto, considerarse de por vida. Además muchos casos requieren cambio de esquemas terapéuticos por toxicidad de las drogas o aparición de resistencia viral.

### TRANSMISIÓN VERTICAL

Sin mediar intervenciones preventivas, la tasa de transmisión vertical del VIH alcanza en promedio un 25% pudiendo llegar al 40% cuando se mantiene la lactancia materna. La transmisión puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Los métodos de eficacia probada en la prevención de la transmisión vertical del VIH son: la pesquisa precoz de infección VIH materna, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual intercurrentes, la cesárea electiva, la suspensión de la lactancia materna, el uso de antiretrovirales por la madre durante el embarazo y el parto y el uso de antiretrovirales en el recién nacido. Con estas intervenciones la tasa de transmisión del VIH puede reducirse a menos del 1%, dependiendo de factores como CD4 y CV de la madre, ruptura prematura de membranas, infección ovular, etc.

### EPIDEMIOLOGÍA

Desde el reconocimiento de la pandemia en 1981, más de 22 millones de personas han muerto de SIDA en el mundo y en la actualidad se estima que un total de 42 millones de adultos y niños viven con VIH/SIDA.

En Chile, se había notificado un total de 5.362 enfermos y 5.916 personas VIH+ (no SIDA), al 31 de Diciembre de 2002 (información parcial por latencia en la notificación), registrándose en igual período un total de 3.494 defunciones. Afecta mayoritariamente a adultos jóvenes, entre 29 y 34 años<sup>6</sup>.

La estimación de personas vivas con VIH/SIDA, alcanza a 32.806 considerando la subnotificación de casos y las muertes observadas y corregidas.

La tasa de incidencia acumulada alcanza a 38,8 por 100.000 habitantes, concentrándose en la R. Metropolitana (62,4), V región (50,0), I región (41,7) y II región (36,9), sin embargo está presente en todas las regiones del país.

-

La transmisión ocurre principalmente a través de relaciones sexuales desprotegidas, declarada en el 94,1% de los casos notificados, la mayor proporción está en los hombres, sin embargo, existe un crecimiento relativo mayor durante los últimos 5 años en el grupo de mujeres.

En Chile la relación acumulada hombre/mujer de casos de SIDA es de 8:1 y de casos de infección por VIH de 4,6:1 entre 1984 y 2002, sin embargo la epidemia muestra una tendencia a la feminización, vale decir que la brecha de prevalencia entre hombres y mujeres se ha ido acortando progresivamente<sup>6</sup>. La prevalencia de infección por VIH en Chile en embarazadas es de 0,05%, lo que significa aproximadamente 100 embarazos al año en mujeres con infección por VIH. La transmisión vertical en Chile ha bajado desde un 30% histórico a un 2,6% con la aplicación del Protocolo ACTG 076 completo.

### PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIH

El esquema de inicio debe ser diseñado considerando los siguientes parámetros:

- condición clínica, inmunológica y virológica: clasificación CDC 1993<sup>7</sup> (Anexo N° 1 para adultos, Anexos N° 12 y 13 para niños)
- toxicidad de las terapias
- condiciones médicas concomitantes que favorecen potencial toxicidad de la TARV
- uso de medicamentos concomitantes
- impacto de la TARV en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento
- impacto de la TARV en potenciales esquemas futuros (resistencia)

## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

### TERAPIA ANTIRETROVIRAL (TARV)

La TARV con 3 drogas constituye, en la actualidad, el estándar de manejo para adultos o niños infectados crónicamente con VIH que se encuentran en alto riesgo de progresión y/o muerte en base a indicadores clínicos, CD4 y CV<sup>8,9,10</sup>. Si bien existen diferentes asociaciones activas de drogas antiretrovirales, las combinaciones de mayor eficacia probada son:

- a) 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa del VIH (NRTI) más un inhibidor no nucleósido (NNRTI)
  - b) 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa del VIH (NRTI) más un inhibidor de la proteasa del VIH (PI). En adultos existe experiencia que avala la utilización de PI reforzados, es decir, la adición de Ritonavir en dosis baja a otro PI para aumentar los niveles plasmáticos.
  - c) 3 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa del VIH (NRTI)
  - d) en niños hay experiencia con asociaciones de 1 NRTI, 1 NNRTI y 1 PI, esquema no avalado en adultos como primera línea de tratamiento.
- la base de 2 NRTI para los esquemas de inicio considera:
    - AZT - 3TC en adultos y niños
    - d4T - 3TC en adultos. Menos experiencia en niños
    - ddl - 3TC en adultos
    - AZT – ddl en niños. En adultos se asocia a mayor toxicidad

*(Anexo N°2: Listado de ARV disponibles para PVVIH Adultos y Niños de acuerdo a Guía Clínica)*

### **Criterios para la decisión de inicio de TARV debe basarse en<sup>11</sup>**

#### **1. Criterios clínicos**

En adultos, la existencia de patologías indicadoras de etapa C (Anexo N°3) constituye por sí sola indicación de inicio de TARV, con excepción de la Tuberculosis pulmonar que puede darse con sistema inmune poco deteriorado y frente a la cual predomina el criterio de CD4.

Ciertas patologías indicadoras de etapa B (Anexo N°3) como candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso importante también se asocian a deterioro inmune significativo y constituyen por sí solas indicación de inicio de TARV. En las demás patologías indicadoras de etapa B y en los pacientes asintomáticos, la decisión de inicio debe basarse en recuentos de CD4 y CV.

En niños de cualquier edad, la existencia de manifestaciones clínicas de etapa A y especialmente de etapas B o C constituye indicación de inicio de TARV, independientemente de la condición inmunológica o virológica. Por otra parte, todos los niños infectados por VIH menores de 1 año deben recibir TARV, aún cuando no tengan manifestaciones clínicas, inmunológicas o virológicas de enfermedad.

#### **2. Criterio inmunológico**

En adultos, la etapa 3 de la infección por VIH (CD4 <200 cél/ mm<sup>3</sup>), independiente de la existencia de síntomas, se asocia a riesgo alto de progresión y muerte y constituye indicación de inicio de TARV.

En niños, las etapas 2 ó 3 constituyen evidencia de compromiso inmunológico importante e indicación de inicio de TARV.

### 3. Criterio virológico

Carga Viral >55.000 copias/ ml por PCR o NASBA se asocia a mayor riesgo estadístico de progresión y muerte, sin embargo por su variabilidad este parámetro debe ser evaluado en el contexto general del paciente. En pacientes con CD4 entre 200 y 350 cél/ mm<sup>3</sup>, especialmente si hay declinación >20 cél/ mm<sup>3</sup> por mes, la presencia de CV alta apoya la decisión de inicio de TARV en adultos.

La decisión de inicio de TARV nunca debe basarse en una medición aislada de CD4 y/o CV y debe considerar el análisis integral del paciente **en un centro de atención VIH** y una preevaluación de la adherencia a la terapia.

### SOLICITUD DE INICIO O CAMBIO DE TERAPIA

La solicitud y esquema de inicio de TARV debe ser remitida a CONASIDA por el médico tratante mediante formulario "Solicitud de Terapia ARV" (Anexo N°4), el cual es analizado por Comité Científico Asesor del Ministerio de Salud. Esta solicitud debe ser contestada y el paciente tener su terapia disponible en **un plazo máximo de 40 días** desde el envío de la solicitud a Conasida.

Las solicitudes de genotipificación o de cambio de TARV por fracaso, con o sin genotipificación previa, deben ser remitidas a CONASIDA mediante formulario "Solicitud para Casos Complejos" (Anexo N°5) para evaluación por el Comité Científico Asesor y cumplen con los mismos plazos para su respuesta e implementación. Los flujogramas para el cambio de tratamiento de 1er a 2° esquema y de 2° a 3er esquema están contenidos en los anexos N°6 y N°7.

El Comité Científico Asesor está conformado por médicos tratantes VIH/SIDA de reconocida experiencia y validados entre sus pares.

El cumplimiento de las garantías se verificará mediante los indicadores contenidos en el Anexo N°8.

#### Cambios en TARV

Los cambios de TARV pueden obedecer a fracaso virológico, falta de adherencia o toxicidad severa en adultos y según el caso motivarán el cambio de una droga (toxicidad o adherencia) o del esquema completo (fracaso). En niños existen además otras consideraciones para cambio de TARV, tales como retraso en el neurodesarrollo, el crecimiento pondoestatural o la recuperación de la función inmune. En niños la existencia de CV más altas que en adultos determina que no siempre sea posible lograr una supresión significativa de la CV.

## CENTROS DE ATENCIÓN VIH

### DEFINICIÓN DE NIVELES DE ATENCIÓN

La red de atención de pacientes VIH/SIDA debe estar organizada de manera de generar una derivación expedita de las personas con infección por VIH a los centros de atención terciaria para fines de tratamiento antiretroviral y prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas cuando proceda. La variedad de la morbilidad concomitante y de los métodos diagnósticos, así como la complejidad de las terapias y la potencial toxicidad de las drogas antiretrovirales requiere del manejo de estos pacientes en centros especializados. **Los pacientes que no requieren TARV deben controlarse en promedio al menos 3 veces al año en los centros de atención VIH para evaluar la evolución de su infección por VIH.**

### DETECCIÓN DE CASOS

El diagnóstico de VIH se realiza mediante el examen de serología para VIH (Elisa) y su confirmación por el Instituto de Salud Pública (Anexo N°9). El examen puede ser solicitado en las siguientes situaciones, previo consentimiento informado y consejería pre y post test.

1. Niveles primario, secundario y terciario de atención, según el motivo de primera consulta
2. Banco de Sangre
3. Consultantes por enfermedades de transmisión sexual
4. Personas en control de salud sexual (trabajadoras/es sexuales)
5. Presencia de co-morbilidades que orienten a la existencia de infección por VIH.
6. Propia solicitud del usuario.

El flujograma de detección y derivación se encuentra en el Anexo N°10.

### CENTROS DE ATENCIÓN<sup>12</sup>

#### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Los centros de atención deben reunir características específicas de la planta física que permitan la adecuada atención de las personas que viven con VIH/SIDA. La planta física no necesariamente debe ser exclusiva para la atención de VIH.

#### Requisitos

- a) Señalética visible y clara, accesos y áreas de circulación amplias, ascensores en caso de no situarse en la planta baja y facilidades para minusválidos por la frecuencia de complicaciones neurológicas en las personas infectadas por VIH.
- b) Salas de espera y área de recepción suficiente para la demanda, amplias, con adecuada seguridad y privacidad, bien aseadas, ventiladas y temperadas. Además deben existir baños diferenciados por sexo, suficientes, adecuadamente señalizados, bien aseados y ventilados.
- c) Sala para la atención de enfermera universitaria o matrona se debe contar con una sala de amplitud adecuada, bien iluminada, ventilada y temperadas y con suficiente privacidad para la realización de las acciones propias de la especialidad y de consejería en VIH/SIDA.
- d) Boxes de atención médica deben ser suficientes en número, amplios con cupo para 2 sillas de pacientes y camilla de examen con facilidades de aseo, temperadas y con buena iluminación y ventilación. Deben contar con lavamanos, dispensador de jabón, sabanillas, toallas y guantes desechables. Estos insumos deben ser repuestos en forma permanente.
- e) Sala de toma de muestras amplia y con facilidad de aseo, áreas limpias y sucias, adecuadas iluminación, calefacción y ventilación. Debe contar con lavamanos, dispensador de jabón, sabanillas, toallas, guantes y jeringas desechables, safe-box
- f) Línea telefónica de salida y fax, computadores, salas de computación y programas adecuados para el registro y reporte de la información clínica de los pacientes en control. Además debe procurarse comunicación computacional en línea con la página del MINSAL o Fonasa.
- g) Farmacia debe contar con recintos físicos adecuados, no necesariamente dentro del centro, que permitan la interacción entre el profesional de Farmacia y el paciente para el refuerzo y control de cumplimiento de las indicaciones y adherencia.

#### RECURSOS HUMANOS

Los centros de atención deben reunir recursos humanos suficientes en dotación y capacitación para garantizar la calidad de la atención de los pacientes infectados por VIH. Las dotaciones mínimas para el cumplimiento del Protocolo AUGÉ, sin perjuicio de requerimientos diferentes según las características del centro o la atención de adultos o pediátrica, son:

##### ▪ Recurso médico

Atención de 3 pacientes por hora médica, en consideración a las características promedio de los pacientes nuevos y antiguos atendidos en el sistema público.

Una atención cada 4 semanas para los pacientes en TARV y cada 16 semanas para los pacientes sin TARV y, considerando que en términos generales más de la mitad de los pacientes en control en un centro de atención VIH están en TARV,

## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

1 hora médica semanal de dedicación exclusiva a VIH/SIDA por cada <b>24</b> pacientes en control en el centro.
--

### ▪ **Capacitación médica**

Los médicos tratantes de VIH/SIDA deben tener entrenamiento previo y permanente en diagnóstico y etapificación de la infección, prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones y tumores más frecuentes en VIH/SIDA y de las indicaciones, tipos, monitorización y complicaciones del tratamiento antiretroviral. Para ello deben poseer subespecialización certificada en infectología o inmunología, sin embargo debido a que no existen especialistas suficientes en el país para el número de pacientes en control en el sistema público, se debe considerar la capacitación inicial y continua de los médicos no especialistas para acreditar su condición de tratante VIH/SIDA mediante experiencia previa supervisada en atención de pacientes VIH/SIDA por 3 meses en centros calificados y la asistencia, a lo menos, 2 cursos o congresos anuales de capacitación continua. Además deben establecerse mecanismos de consulta permanente con especialistas para la discusión de situaciones complejas. CONASIDA debe tener un rol activo en los mecanismos de capacitación continua y de consulta permanente, telefónica o computacional.

### ▪ **Horas profesiones no médicas**

Los centros de atención VIH/SIDA deben contar con una jornada completa de dedicación exclusiva de enfermero(a) o matró(n)a por cada 250 pacientes en control y al menos media jornada en centros con menos de 250 pacientes.

El número de enfermeros(as) o matrones(as) debe aumentarse proporcionalmente en los centros con más de 250 pacientes en control.

### ▪ **Capacitación**

Los enfermeros(as) o matrones(as) del programa deben tener capacitación previa de 1 mes en atención de personas que viven con VIH/SIDA en centros calificados para desarrollar habilidades técnicas específicas y consejería. Además deben asistir al menos una vez al año a cursos o jornadas de capacitación para el perfeccionamiento continuo de las acciones propias de la especialidad por parte de CONASIDA.

### ▪ **Atención psico social**

En los equipos de atención VIH deben participar psicólogos y asistentes sociales que estén integrados al trabajo de equipo en consideración a que las PVVIH requieren particularmente de una visión bio psico social para su adecuada atención.

### ▪ **Otras profesiones y técnicos paramédicos**

Deben ser asignados en dotación suficiente y capacitados previamente en actividades específicas como consejería y manejo de fármacos, además de al menos una actividad anual de capacitación continua.

Lo(a)s químico-farmacéuticos deberán incluir entre sus funciones las de dispensación de antiretrovirales y consejería para facilitar la adherencia a tratamiento.

### ESTÁNDARES DE CALIDAD

#### SE DEBE GARANTIZAR

- atención por recurso humano calificado
- oportunidad: tiempo máximo entre solicitud y asignación de hora con médico tratante
- tiempo máximo de espera entre hora asignada y atención
- atención sin demora por enfermera – matrona y/o médico según el caso de patologías predefinidas que requieran atención inmediata
- cumplimiento de normas y Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con VIH/SIDA: cumplimiento de precauciones universales, consentimiento informado, prevención primaria y secundaria, prevención de la transmisión vertical, cumplimiento de guía de tratamiento y seguimiento
- oportunidad: tiempo máximo desde solicitud de inicio o cambio de TARV hasta la llegada efectiva de los medicamentos al centro 40 días
- farmacia: normas de conservación, administración y manejo de existencias, dispensación de fármacos, registro y control de adherencia

### SERVICIOS DE APOYO

#### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Los centros de atención deben contar con acceso expedito a estudios complementarios básicos para el adecuado manejo de la infección por VIH y de las co-morbilidades. Para ello es necesario disponer de acceso a:

- Laboratorio clínico: debe asegurarse la disponibilidad, acceso, oportunidad y control de calidad en laboratorio hematológico, bioquímico, microbiológico. Laboratorio inmunológico (CD4) y virológico (CV).
- Estudios de imágenes: debe asegurarse la disponibilidad, acceso, oportunidad y control de calidad en radiología, ultrasonido, escáner y resonancia magnética.
- Anatomía patológica: debe asegurarse la disponibilidad, acceso y oportunidad en estudios citológicos y biopsias.
- Procedimientos diagnósticos y/o diagnóstico – terapéuticos: debe asegurarse la disponibilidad, acceso y oportunidad en endoscopías digestivas, respiratorias, mielogramas, estudios de velocidad de conducción nerviosa, electromiografías, estudios oftalmológicos.

#### ESPECIALIDADES MÉDICAS

Los centros de atención deben contar con disponibilidad de horas, acceso expedito y oportunidad a la atención de pacientes VIH/SIDA en especialidades médicas como: cirugía, ginecología – obstetricia, coloproctología, otorrinolaringología, oftalmología, urología, dermatología, neurología, psiquiatría, gastroenterología, broncopulmonar, hematología – oncología.

## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

### OTROS PROFESIONALES

Los centros de atención deben contar con disponibilidad de horas, acceso expedito y oportunidad a la atención de pacientes VIH/SIDA en profesiones de apoyo como nutrición, odontología y kinesiología.

### HOSPITALIZACIÓN DIURNA Y PROCEDIMIENTOS MENORES

Los centros de atención deben contar con acceso expedito y oportuno para procedimientos menores como punción lumbar, biopsias, tratamientos ambulatorios, atención domiciliaria y hospitalización transitoria para pacientes VIH/SIDA.

### HOSPITALIZACIÓN ELECTIVA, DE URGENCIA Y UCI

Los centros de atención deben contar con acceso expedito y oportuno para hospitalización de pacientes VIH/SIDA tanto en forma electiva como de urgencia. Los pacientes deben tener acceso a unidades de cuidados intensivos, aislamiento o áreas diferenciadas si la patología lo requiere y a hospitalización terminal.

## PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

**La prevención de la transmisión vertical del VIH incluye:**

- La detección precoz de infección VIH materna
- El tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Cesárea electiva.
- La suspensión de la lactancia materna,
- El uso de antiretrovirales por la madre durante el embarazo y el parto.
- El uso de antiretrovirales en el recién nacido

El Protocolo AUGE establece las garantías exigibles en cuanto a antiretrovirales, sin perjuicio del cumplimiento de los demás aspectos contenidos en el Protocolo de prevención de la transmisión vertical.

- 1) Antiretrovirales en el embarazo: el objetivo de la TARV durante el embarazo es que la mujer llegue al momento del parto con CV indetectable.**
  - Las mujeres en tratamiento antiretroviral que se embarazan deben continuar TARV durante la gestación. Las mujeres en TARV deben continuar con el tratamiento previo al embarazo si este es exitoso o cambiar el esquema de tratamiento si hay fracaso virológico\*.
  - En las embarazadas sin TARV debe evaluarse si cumplen con criterios de inicio de tratamiento por su condición VIH:

## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

- a) Si cumple con criterios de inicio de TARV por su condición clínica o inmunológica, este debe iniciarse siguiendo los criterios de TARV en adultos y debe mantenerse después del parto\*.
  - b) Si la embarazada no requiere TARV de acuerdo a la evaluación clínica e inmunológica, debe iniciar antiretrovirales para prevenir la transmisión vertical a contar de las 14 semanas de gestación\*. La TARV debe suspenderse después del parto.
  - c) El estándar mínimo durante el embarazo lo constituye la monoterapia con AZT (Protocolo ACTG 076), sin embargo dependiendo de la CV materna puede ser recomendable la utilización de biterapia o terapia con 3 drogas.
- \*: Los esquemas más recomendados durante el embarazo son AZT-3TC, AZT-3TC-Nelfinavir y AZT-3TC-Nevirapina. En general no se recomienda Efavirenz por su potencial teratogenicidad y el uso de d4T o Indinavir debe ser cuidadosamente monitoreado por su potencial toxicidad. Estas recomendaciones deben ser permanentemente reevaluadas a la luz de los avances del conocimiento científico

### 2) Antiretrovirales durante el parto

- Independiente de la TARV recibida durante el embarazo, en el momento del parto se debe administrar antiretrovirales a la madre. Desde 4 horas antes de la cesárea debe administrarse una infusión continua de AZT intravenoso con dosis de carga de 2 mg/Kg y dosis de mantención de 1 mg/Kg hasta el alumbramiento
- En mujeres que no recibieron TARV durante el embarazo, al protocolo de AZT intravenoso debe agregarse la administración oral de una dosis de Nevirapina de 200 mg.

### 3) Antiretrovirales en el recién nacido<sup>13</sup>

- Todos los recién nacidos deben recibir AZT en jarabe a partir de las 8-12 horas del nacimiento y durante las primeras 6 semanas de vida.
- A los recién nacidos de madres que no recibieron TARV según protocolo se les debe administrar Nevirapina además de AZT.
- En situaciones especiales de alto riesgo se pueden administrar terapias con 3 drogas.

### 4) Diagnóstico de VIH en el recién nacido<sup>13</sup>

- 1ª muestra de sangre periférica para PCR – VIH y antigenemia p24 dentro de las primeras 48 – 72 horas del nacimiento
- 2ª muestra para PCR – VIH y antigenemia p24 a las 2 a 4 semanas (o antes si la primera muestra resulta positiva)
- 3ª muestra para PCR – VIH y antigenemia p24 no más tarde de los 3 ó 4 meses de vida (o antes si la primera y/o la segunda muestra resultan positivas)

## **DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004**

### ***GARANTIAS DE ACCESO***

Todo adulto que vive con VIH/SIDA con indicación de TARV tendrá acceso a tratamiento con drogas antiretrovirales y a los cambios de esquema terapéutico hasta 3er esquema de tratamiento por fracaso, previa evaluación por Comité Científico Asesor de CONASIDA.

Todo niño que vive con VIH/SIDA con indicación de TARV tendrá acceso a tratamiento con drogas antiretrovirales y a los cambios de esquema terapéutico, previa evaluación por Comité Científico Asesor de CONASIDA.

Se usarán antiretrovirales para la prevención de la transmisión vertical en la totalidad de las embarazadas VIH (+) y sus recién nacidos

### ***GARANTIAS DE OPORTUNIDAD***

Las personas que viven con VIH que cumplan con los criterios de inicio o cambio de terapia antiretroviral, tendrán disponibles los fármacos antiretrovirales en un plazo máximo de 40 días para iniciar terapia desde la fecha en que el médico tratante envía solicitud a CONASIDA. Las embarazadas VIH positivas iniciarán antiretrovirales para la prevención de la transmisión vertical a partir de la semana 14 de gestación o en el momento del diagnóstico de su condición VIH positivo si es posterior.

#### **Plazos de Atención a Cumplir:**

40 días máximo para inicios o cambios de terapia si corresponde, desde la fecha de solicitud a CONASIDA.

### ***INDICADOR DE CALIDAD***

100% de los pacientes que viven con VIH + que lo requieren, inician cambio de terapia en un plazo máximo de 40 días desde la fecha de solicitud a CONASIDA, por el médico tratante.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ho D, Neumann A, Perelson A, et al. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-infection. *Nature* 1995; 373: 123-6.
2. Wei X, Ghosh S, Taylor M, et al. Viral dynamics in human immunodeficiency virus type 1 infection. *Nature* 1995; 373: 117-22.
3. Mellors J, Rinaldo C, Gupta P, et al. Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science* 1996; 272: 1167-70.
4. Freedberg K, Losina E, Weinstein M, et al. The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. *N Engl J Med* 2001; 344: 824-831.
5. Palella F, Delaney K, Moorman A, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. Epidemiología del VIH/ SIDA 1984-2002.
6. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41: 1-9.
7. Pozniac A, Gazzard B, Babiker A, et al. British HIV association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV infected adults with antiretroviral therapy. 2001.
8. Fauci A, Bartlett J, Goosby E, et al. for the Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. 2002.
9. Phillips AN, Cozzi Lepri A, Lampe F, et al. When Should antiretroviral therapy be started for HIV Infection? Interpreting the evidence from observational studies. *AIDS*. 2003; 17:1863-1869.
10. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud. Guía para la atención de personas adultas que viven con VIH/ SIDA. Octubre 2001.
11. Comité Consultivo de SIDA-Sociedad Chilena de Infectología. Propuesta de acreditación de los Centros de Atención VIH/ SIDA. 2002.
12. Programa Atención VIH/ SIDA pediátrico SOCHIPE. Infección por VIH en el binomio madre – hijo y en el niño.

## ANEXOS

- **ANEXO 1: Clasificación CDC 1993**
- **ANEXO 2: Listado de ARV disponibles para PVVIH adultos y niños en sistema público de salud**
  - **ANEXO 3: Clasificación de las etapas de la infección por VIH.**
  - **ANEXO 4: Formulario de solicitud/cambio de terapia antiretroviral**
    - **ANEXO 5: Formulario de solicitud para casos complejos**
  - **ANEXO 6: Cambio de tratamiento a 2° esquema por fracaso del 1°**
  - **ANEXO 7: Cambio de Tratamiento a 3° esquema por fracaso del 2°**
    - **ANEXO 8: Indicadores**
    - **ANEXO 9: Confirmación diagnóstica VIH/SIDA**
      - **ANEXO 10: Flujograma Consejería**
      - **ANEXO 11: Prevención de la Transmisión Vertical**
  - **ANEXO 12: Clasificación CDC 1994 para menores de 13 años**
    - **ANEXO 13: Categorías Inmunológicas CDC 1994 por edad**
      - **ANEXO 14: Centros de Atención VIH /SIDA Pediátrico**
  - **ANEXO 15: Formularios de Solicitud de Interconsulta y Proceso Diagnóstico**
    - **ANEXO 16: Registro SIS VIH/SIDA**

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN CDC 1993

Linfocitos CD4	Etapa A	Etapa B	Etapa C
	* Infección 1° * Asintomático * LGP	Infecciones y tumores no definitorios	Infecciones y tumores definitorios
1 (>499)			
2 (200-499)			
3 (<200)			

ANEO 2

LISTADO DE ARV DISPONIBLES PARA PVVIH ADULTOS Y NIÑOS EN SISTEMA PUBLICO DE SALUD

Zidovudina 10 mg, 200 mg y 300mg,
Lamivudina 10 mg y 150mg
Abacavir 20 mg y 300mg
Didanosina 4 gr., 100mg, 250mg EC y 400 mg EC
Estavudina 15 mg, 20 mg, 30 mg y 40 mg
Indinavir 400 mg
Nelfinavir 50 mg y 250mg
Lopinavir 133,3 mg/Ritonavir 33,3mg
Efavirenz 200mg y 600 mg
Nevirapina 10 mg y 200mg

## ANEXO 3

**Clasificación de las etapas de la infección por VIH  
Enfermedades Oportunistas en VIH/SIDA**

A.-	Infección asintomática
	Infección aguda
	Linfadenopatía generalizada persistente
B.-	Infección <b>crónica</b> sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:
	▪ Candidiasis orofaríngea o vaginal >1 mes
	▪ Síndrome diarreico crónico >1 mes
	▪ Síndrome febril prolongado >1 mes
	▪ Baja de peso <10 Kgs.
	▪ Leucoplaquia oral vellosa
	▪ Herpes Zoster >1 episodio o >1 dermatoma
	▪ Listerosis
	▪ Nocardiosis
	▪ Angiomatosis bacilar
	▪ Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis
	▪ Proceso inflamatorio pelviano
	▪ Polineuropatía periférica
	▪ Púrpura trombocitopénico idiopático
	▪ Displasia cervical
C.-	Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:
	▪ Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
	▪ Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>
	▪ Criptococosis meníngea o extrapulmonar
	▪ Toxoplasmosis cerebral
	▪ Enfermedad por micobacterias atípicas
	▪ Retinitis por CMV
	▪ Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
	▪ Encefalopatía VIH
	▪ Leucoencefalopatía multifocal progresiva
	▪ Criptosporidiasis crónica >1 mes
	▪ Isosporosis crónica >1 mes
	▪ Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes
	▪ Neumonía recurrente.
	▪ Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> spp.
	▪ Sarcoma de Kaposi
	▪ Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central
	▪ Cáncer cervicouterino invasor
	▪ Síndrome consuntivo

**ANEXO 4**

**Formulario de solicitud/cambio de terapia antiretroviral**

<b>MINISTERIO DE SALUD COMISION NACIONAL DEL SIDA</b>			
<b>SOLICITUD DE INGRESO O CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA</b>			
SERVICIO DE SALUD _____		HOSPITAL _____	
FECHA _____	MEDICO TRATANTE _____		
CODIGO _____			
Inicial primer nombre, inicial primer apellido, fecha nacimiento, últimos tres dígitos del RUT y dígito verificador)			
ETAPA CDC (1993) _____			
ENFERMEDADES MARCADORAS _____			
TIPO PREVIO	SI _____	NO _____	ESQUEMA TARV PREVIO _____
FECHA INICIO _____	FECHA TERMINO _____		
RAZON CAMBIO TRAV.: FALLA VIROLOGICA _____		FALLA INMUNOLOGICA _____	
REACCIONES ADVERSAS _____			
PROBLEMAS DE ADHERENCIA _____			
RESULTADOS ULTIMOS TRES EXAMENES _____			
FECHA	LINFOCITOS CD4	FECHA	CARGA VIRAL
Sugerencia del médico tratante de esquema terapéutico de acuerdo a Guías Clínicas para el Tratamiento Antiretroviral 2001: _____			
PARA FAVORECER UNA BUENA ADHERENCIA AL ESQUEMA TERAPEUTICO PROPUESTO EN CONVENIENTE CONSIDERAR ASPECTOS PERSONALES Y DEL ENTORNO DEL/LA USUARIO/A			
Sugerencias Comité Científico Asesor:			

ANEXO 5

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CASOS COMPLEJOS**  
*Solicitud para casos complejos (2 esquemas previos o más)*

**I.- IDENTIFICACION S. de Salud** \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**II.- ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Etapa CDC \_\_\_\_\_  
Enfermedades Marcadoras: \_\_\_\_\_  
Tto. anti TBC \_\_\_\_\_ Otros ttos. Relevantes para TARV: \_\_\_\_\_

3 últimos resultados de carga viral y CD4

FECHA	CARGA VIRAL	CD4

**III.- TRATAMIENTO ACTUAL**

Esquema actual (o último) y fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
¿Está recibéndolo? Sí \_\_\_\_\_ Suspendido \_\_\_\_\_ Si está suspendido (fecha): \_\_\_\_\_  
Si está suspendido (indique causa): Fracaso \_\_\_\_\_ Toxicidad \_\_\_\_\_ Adherencia \_\_\_\_\_  
Otra: \_\_\_\_\_

**IV.- TRATAMIENTOS PREVIOS AL ACTUAL O ÚLTIMO**

ESQUEMA TARV	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINO	CAUSA SUSPENSIÓN

**V.- OBSERVACIONES RELEVANTES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI.- CONDUCTA SUGERIDA POR EL MÉDICO TRATANTE**

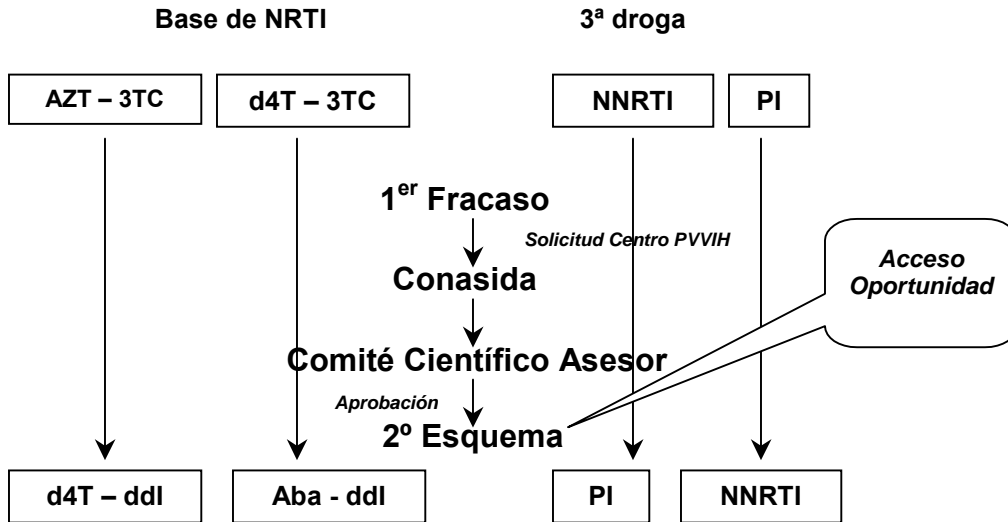
Genotipificación: \_\_\_\_\_ Nuevo esquema de TARV (especificar): \_\_\_\_\_  
Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**VI.- CONDUCTA SUGERIDA POR EL COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR** \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

ANEXO 6

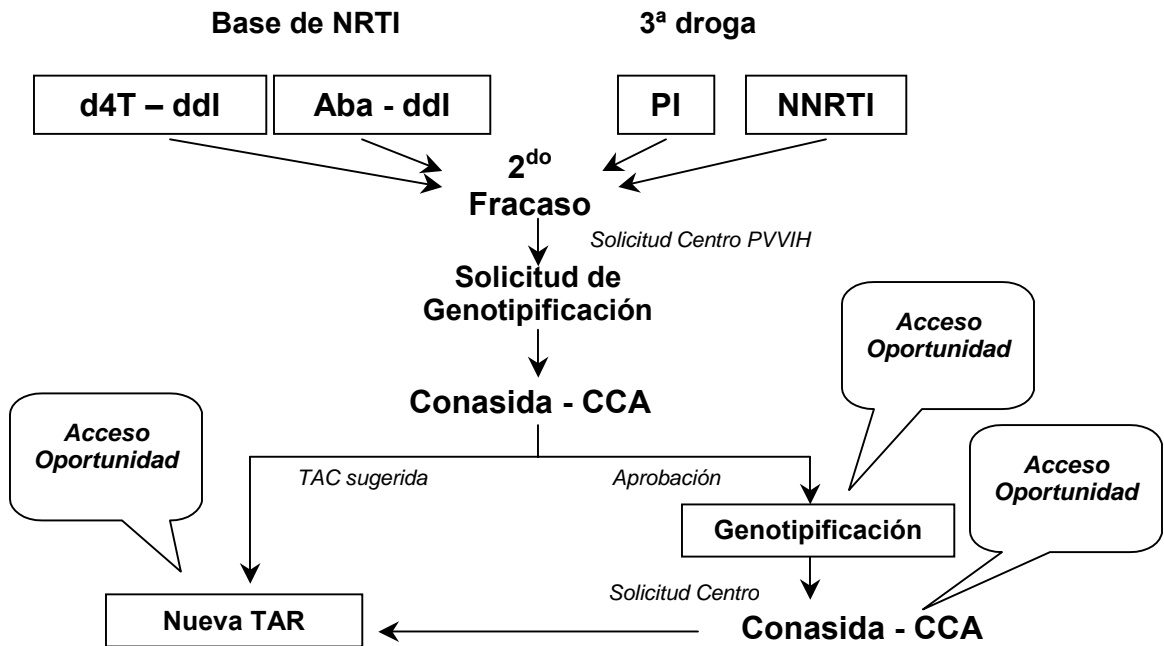
CAMBIO DE TRATAMIENTO A 2º ESQUEMA POR FRACASO DEL 1º



GARANTIA OPORTUNIDAD: CAMBIO DE TARV A LOS 40 DIAS

ANEXO 7

CAMBIO DE TRATAMIENTO A 3º ESQUEMA POR FRACASO DEL 2º



GARANTIA OPORTUNIDAD: CAMBIO DE TARV A LOS 40 DIAS

## ANEXO 8

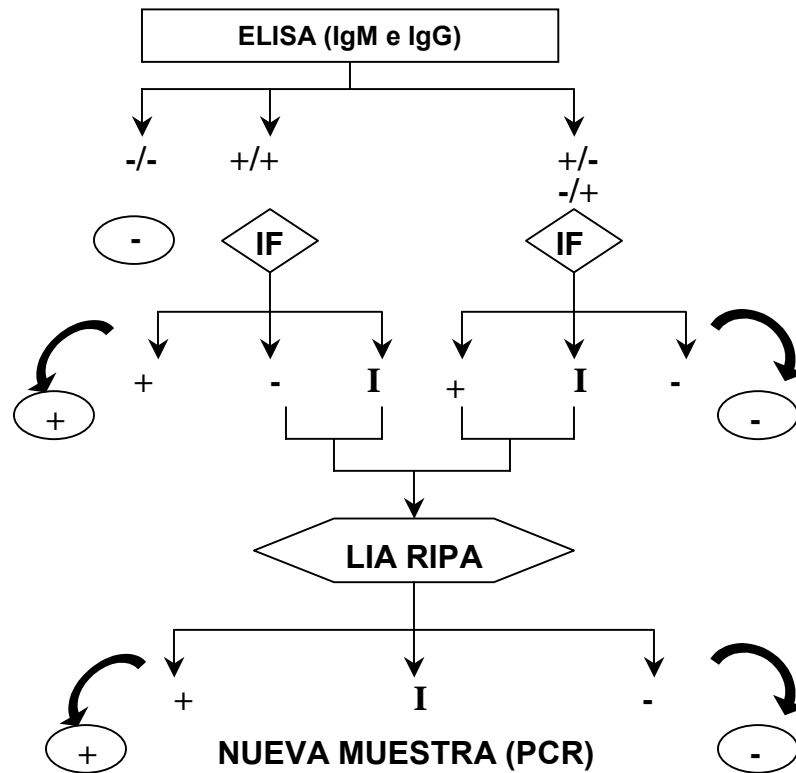
## INDICADORES

DESCRIPCIÓN	FORMATO	GARANTÍA	REGISTRO	PERIODICIDAD
Porcentaje de PVVIH adultos o niño/as que tienen TARV disponible en un plazo máximo de 40 días desde la solicitud por el médico tratante a CONASIDA	N° de PVVIH adultos o niños/as con TARV disponible en un plazo máximo de 40 días desde la solicitud del médico tratante a CONASIDA Total de PVVIH con solicitud de TARV por médico tratante a CONASIDA X 100	100%	SIS	Mensual
Porcentaje de PVVIH adultos o niños/as con indicación de cambio de TARV que tiene nueva TARV disponible en un plazo máximo de 40 días desde la solicitud por el médico tratante a CONASIDA	N° de PVVIH adultos o niños/as con indicación de cambio de TARV y nueva TARV disponible en un plazo máximo de 40 días desde solicitud del médico tratante a CONASIDA Total de PVVIH con solicitud de cambio de TARV por médico tratante a CONASIDA X 100	100%	SIS	Mensual

ANEXO 9

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA VIH

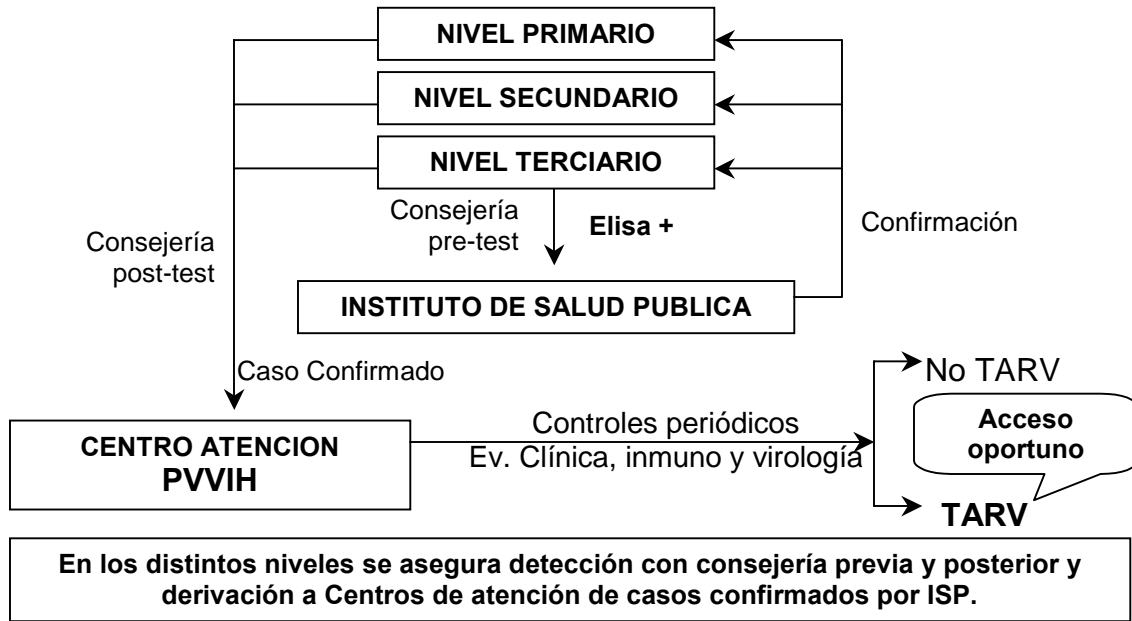
Confirmación diagnóstico VIH



ANEXO 10

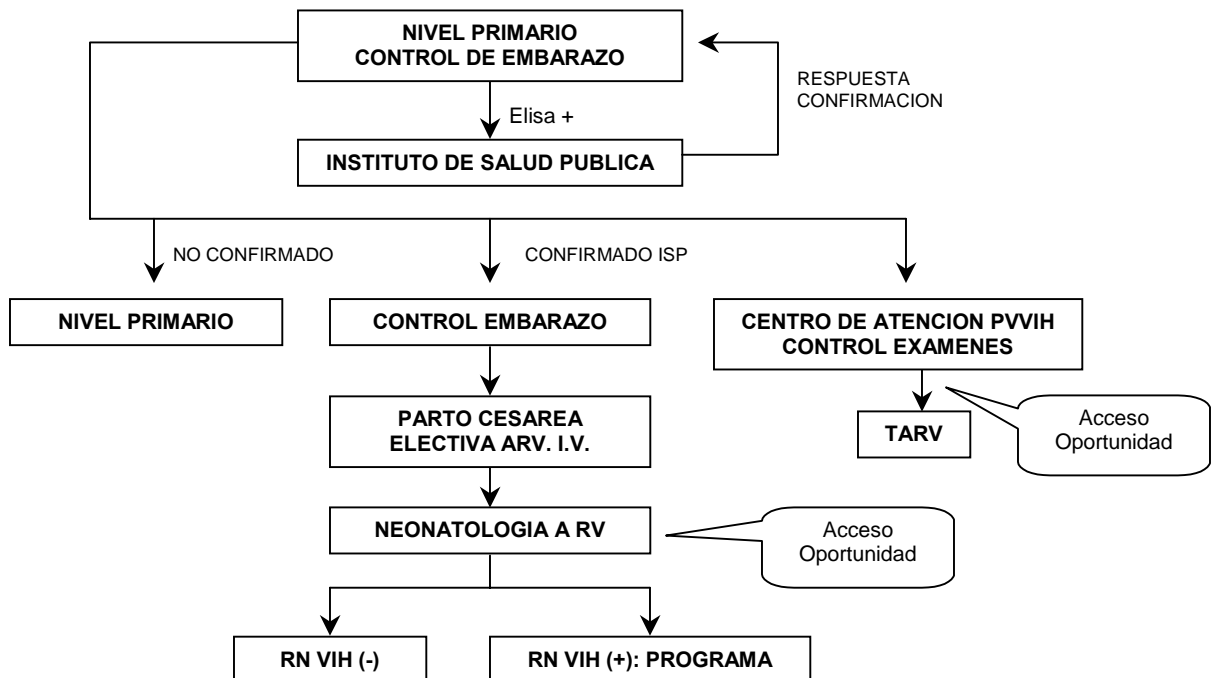
FLUJOGRAMA CONSEJERÍA

Consejería, detección y derivación



ANEXO 11

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL



ANEXO 12

CLASIFICACIÓN CDC 1994 PARA MENORES DE 13 AÑOS

	<b>N: Asintomático</b>	<b>A: Síntomas leves</b>	<b>B: Síntomas moderados</b>	<b>C: Síntomas severos</b>
<b>1: Sin supresión inmune</b>	<b>N1</b>	<b>A1</b>	<b>B1</b>	<b>C1</b>
<b>2: Supresión moderada</b>	<b>N2</b>	<b>A2</b>	<b>B2</b>	<b>C2</b>
<b>Supresión severa</b>	<b>N3</b>	<b>A3</b>	<b>B3</b>	<b>C3</b>

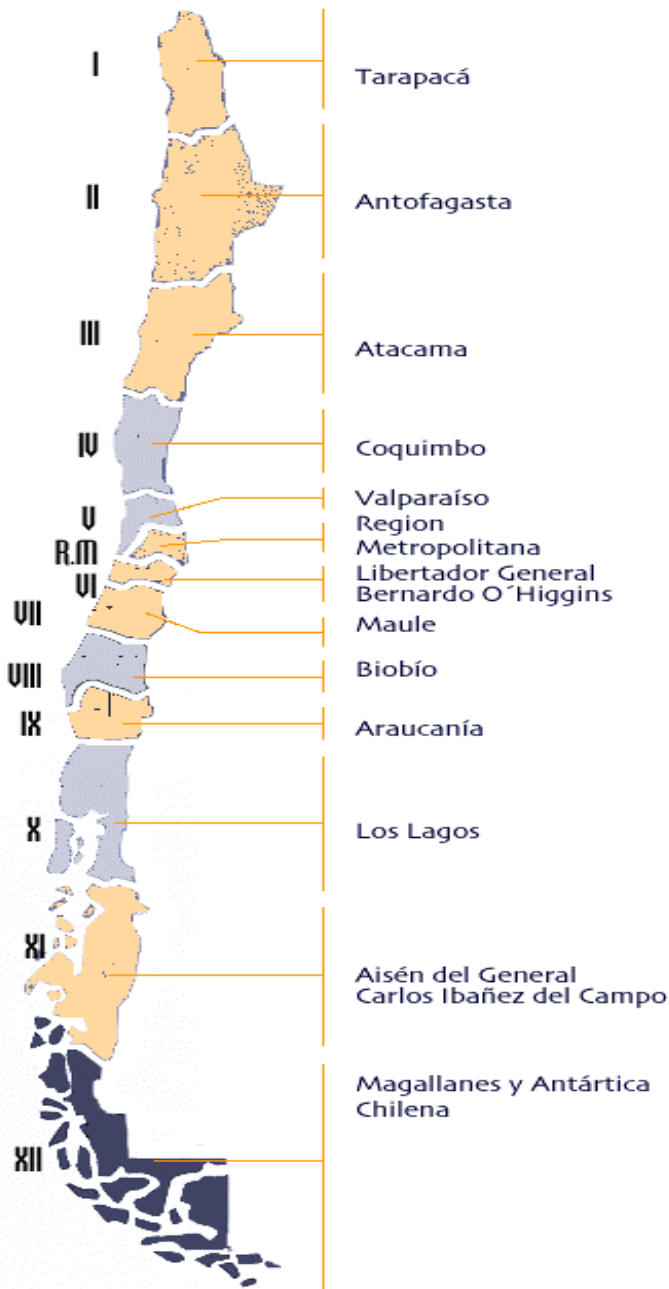
ANEXO 13

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS CDC 1994 POR EDAD

	<b>&lt; 12 meses CD4</b>	<b>&lt; 12 meses %</b>	<b>1 – 5 años CD4</b>	<b>1 – 5 años %</b>	<b>6 – 12 años CD4</b>	<b>6 – 12 años %</b>
<b>1</b>	<b>≥ 1.500</b>	<b>≥ 25</b>	<b>≥ 1.000</b>	<b>≥ 25</b>	<b>≥ 500</b>	<b>≥ 25</b>
<b>2</b>	<b>750 – 1.499</b>	<b>15 - 24</b>	<b>500 – 999</b>	<b>15 – 24</b>	<b>200 - 499</b>	<b>15 – 24</b>
<b>3</b>	<b>&lt; 750</b>	<b>&lt; 15</b>	<b>&lt; 500</b>	<b>&lt; 15</b>	<b>&lt; 200</b>	<b>&lt; 15</b>

**ATENCIÓN CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS PARA TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA Y PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL**

**CENTROS DE ATENCION VIH/SIDA PEDIATRICO**



<b>ARICA:</b>	Hospital de Arica
<b>IQUIQUE:</b>	Hospital de Iquique
<b>ANTOFAGASTA:</b>	Hospital de Antofagasta
<b>COPIAPO:</b>	Hospital de Copiapó
<b>LA SERENA:</b>	Hospital de La Serena
<b>COQUIMBO:</b>	Hospital de Coquimbo
<b>VIÑA DEL MAR:</b>	Hospital Gustavo Fricke
<b>VALPARAISO:</b>	Hospital Carlos Van Buren
<b>SANTIAGO:</b>	Hospital san Juan de Dios Hospital Félix Bulnes Hospital Luis Calvo Mackenna Hospital Sótero del Río Hospital Exequiel González Cortés CDT San Borja Arriarán Hospital Roberto del Río
<b>RANCAGUA:</b>	Hospital de Rancagua
<b>TALCA:</b>	Hospital de Talca
<b>LINARES:</b>	Hospital de Linares
<b>CURICO:</b>	Hospital de Curicó
<b>LOS ANGELES:</b>	Hospital de Los Angeles
<b>CHILLAN:</b>	Hospital de Chillan
<b>CONCEPCION:</b>	Hospital de Concepción
<b>TALCAHUANO:</b>	Hospital de Talcahuano
<b>VALDIVIA:</b>	Hospital de Valdivia
<b>PUERTO MONTT:</b>	Hospital de Puerto Montt
<b>OSORNO:</b>	Hospital de Osorno
<b>COYHAIQUE:</b>	Hospital de Coyhaique
<b>PUNTA ARENAS:</b>	Hospital de Punta Arenas

CES: Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual  
 CAE: Consultorio Adosado de Especialidades  
 CDT: Centro Diagnóstico Terapéutico



## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA

#### OBJETIVO

Instrumento que utiliza el profesional, para derivar a un(a) paciente a la atención de un especialista, con el fin de comprobar una hipótesis diagnóstica.

#### ESTRUCTURA

- Identificación del establecimiento de salud y o servicio clínico de origen.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos clínicos.
- Datos del profesional que solicita la interconsulta.
- Comprobante solicitud de interconsulta.

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

4. Historia Clínica: Deberá consignarse uno a uno en cada casillero, el número asignado a la Historia Clínica del paciente
5. Nombre: Deberá registrarse: apellido paterno, luego el materno y finalmente los nombres del (de la) paciente, contra Cédula de Identidad del paciente a la vista.
6. RUT: Deberá registrarse uno a uno los números correspondientes al Rol Único Tributario del(de la) paciente (mismo número de la Cédula de Identidad, que la tendrá a la vista).
7. Si es Recién Nacido aún no inscrito (R.N): deberá consignarse el RUT de uno de sus padres (mamá o papá). Al igual que los números anteriores, contra Cédula de Identidad a la vista.
8. Sexo: Se deberá individualizar el sexo del(de la) paciente, marcando con una "x" la categoría que corresponda.
9. Fecha de nacimiento: Se deberá registrar la fecha de nacimiento, en los casilleros correspondientes a día – mes - y año, con el formato dd/mm/aaaa.
10. Edad: Registrar en casilleros horizontales el número que corresponda y en los casilleros verticales marcar con una "x", si dichos números indican años, meses, días u horas de vida.
11. Domicilio: Deberá consignar nombre de la calle, avenida o pasaje, número de la casa o departamento, número o letra del block o edificio, nombre la población o villa y nombre de la ciudad donde reside el(la) paciente.
12. Comuna de residencia: Deberá indicarse el nombre de la comuna de residencia del (de la) paciente.
13. Correo electrónico: Si el(la) paciente lo tuviere, deberá registrarse en forma clara su dirección completa de E-mail.
14. Teléfono: Debe registrarse uno a uno y en cada casillero el número de teléfono, ya sea de red fija o celular, del(de la) paciente y/o del(de la) familiar o contacto, a objeto de una rápida ubicación, si fuere necesario.
15. Fax: Si lo tuviere, deberá registrar número en los casilleros correspondientes
16. Previsión: FONASA.- Si el(la) paciente es beneficiario(a) de FONASA, deberá consignar en los casilleros verticales con una "x" el tramo a que pertenece.  
ISAPRE.- Si el(la) paciente es cotizante de alguna ISAPRE, deberá registrar el nombre completo de la misma  
OTRA.- Si el(la) paciente no pertenece ni a FONASA, ni a ISAPRE, deberá registrar en este espacio claramente si pertenece a FFAA (Fuerzas Armadas y/o Carabineros, CAPREDENA, DIPRECA); Particular; PRAIS; etc.

## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

### DATOS CLINICOS

17. Se deriva para ser atendido en:
  - Establecimiento: Debe registrar claramente el nombre completo del establecimiento al que será enviado el paciente para la interconsulta.
  - Especialidad: Debe registrar el nombre de la especialidad a la que se está solicitando la interconsulta (Ej: Cardiología, Endocrinología, etc. )
18. Hipótesis Diagnóstica El(la) profesional deberá consignar claramente cuál es su hipótesis diagnóstica, sin usar siglas y con letra legible.
19. Sospecha problema de Salud AUGE: Se debe registrar con una "X" frente al casillero que corresponda, si el(la) profesional considera que el(la) paciente presenta una patología AUGE. Si ha marcado "SI" deberá consignar en letras el nombre del problema de salud AUGE que presenta el paciente tal como se encuentra escrito en el listado que debe estar disponible en el BOX.
20. Fundamentos del Diagnóstico se deberá registrar los fundamentos de la hipótesis diagnóstica, por ejemplo, determinadas observaciones de la anamnesis y/o del examen físico, resultados de exámenes de laboratorio, de imagenología, etc.
21. Exámenes realizados: Aquí deberá registrar los nombres de todos los exámenes que fueron realizados al(a la) paciente antes de solicitar la presente interconsulta. (Ej.: exámenes de laboratorio, imagenología, etc.)

### DATOS DEL (DE LA) PROFESIONAL (que solicita la interconsulta)

22. Nombre: Deberá registrarse el apellido paterno, materno y nombres del(de la) profesional que está haciendo la solicitud
23. RUT: Deberá anotarse uno a uno los números correspondientes al Rol Único Tributario del(de la) profesional.
24. FONONO: Deberá registrarse en forma clara el número de teléfono de rápida ubicación del(de la) profesional.
25. E-mail: Deberá registrarse en letra legible el correo electrónico del(de la) profesional, si lo tiene.

### COMPROBANTE DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA (colilla para el paciente)

Contiene los datos de la citación del paciente y es llenado por el SOME una vez que le asigna hora.

- Establecimiento de origen: Se registrará el nombre del establecimiento que originó la interconsulta, sin utilizar siglas.
- Fecha y hora de recepción de solicitud: Se estampará el día, mes y año en que se recibe la interconsulta en el establecimiento receptor, señalando la hora de la recepción.
- El paciente debe ir a ... : Se debe registrar el nombre del establecimiento asistencial y el Servicio que recibirá la interconsulta, donde será atendido el(la) paciente
- Fecha y hora indicadas: Debe quedar consignado con dos dígitos el día y mes, y el año completo en que será atendido el(la) paciente. (Ej.: 03-04-2004)
- Hora: Registrar con dos dígitos la hora y los minutos en que será atendido el(la) paciente (Ej: 08:45 horas)

# DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004



## INFORME PROCESO DIAGNÓSTICO

FECHA SOLICITUD:

HORA:   :

FOLIO N°

1. Servicio de Salud	2. Establecimiento
----------------------	--------------------

<b>DAFOS DEL (DE LA) PACIENTE</b>		3. Historia clínica <input type="text"/>
4. Nombre		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
5. RUT <input type="text"/>	6. PROBLEMA DE SALUD/AUGE	
	<hr/> <hr/> <hr/>	

<b>DAFOS CLÍNICOS</b>	<small>PARA SER LLENADO POR EL (LA) PROFESIONAL INFORMANTE</small>
7. CONFIRMA QUE EL DIAGNÓSTICO PERTENECE AL SISTEMA AUGE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	_____ Firma Profesional
8. DIAGNÓSTICO (anote el (los) diagnóstico (s) con letra legible y sin siglas)	
<hr/> <hr/> <hr/>	
9. FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO	
<hr/> <hr/> <hr/>	
10. TRATAMIENTO E INDICACIONES	
<hr/> <hr/> <hr/>	
11. FECHA DE INDICACIÓN DE INICIO DE TRATAMIENTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<small>Día Mes Año</small>

<b>DAFOS DEL PROFESIONAL</b>	
12. Nombre	
Apellido paterno	Apellido materno
Nombre	
13. RUT <input type="text"/>	15. Correo electrónico _____
14. Teléfono <input type="text"/>	16. Especialidad o servicio clínico _____
17. ESTABLECIMIENTO QUE SOLICITÓ LA INTERCONSULTA	
<hr/> <hr/>	

Original: Establecimiento que envía la interconsulta  
Copia: Establecimiento que solicita interconsulta

## **DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004**

### **FORMULARIO DE INFORME DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO**

#### **DEFINICION**

Instrumento que utiliza el Profesional de Especialidad para confirmar o descartar la hipótesis diagnóstica y comunicar estos antecedentes al establecimiento de origen. En un caso en sospecha AUGE define el momento del cambio desde un caso en etapa sospecha a un caso confirmado, indicando además la fecha de inicio de tratamiento.

#### **OBJETIVO**

Comunicar formalmente al SOME el Diagnóstico del paciente referido, a fin de que se registre en el SIS 2004.

#### **ESTRUCTURA**

- Identificación del Establecimiento que recibe la referencia
- Datos del (de la) paciente
- Datos Clínicos
- Datos del profesional

#### **INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Fecha y hora del Informe: Debe registrarse con 2 dígitos el día y mes, además del año completo en que se está llenando el informe, consignando la hora.

1. Servicio de Salud: Debe indicarse el nombre del Servicio de Salud a que pertenece el establecimiento que recibió e informó la Interconsulta.
2. Establecimiento: Registrar nombre (sin utilizar siglas) del establecimiento que recibió e informó la interconsulta (que recibe la referencia)

#### **DATOS DEL (DE LA) PACIENTE**

3. Historia Clínica: Deberán registrarse uno a uno los números que conforman el N° de Historia Clínica que el paciente tiene en el establecimiento que atiende la Interconsulta.
4. Nombre: Autoexplicativo, teniendo cuidado de seguir el orden indicado (apellido paterno, materno y nombres)
5. RUT: Debe registrarse claramente, uno en uno el número del Rol Único del paciente.
6. Problema de Salud Auge (sí corresponde): Aquí se debe registrar el nombre del Problema de Salud Auge deberá consignar en letras el nombre del problema de salud AUGE que presenta el paciente (sin emplear siglas) tal como se encuentra escrito en el listado que debe estar disponible en el BOX.

## DOCUMENTO DE TRABAJO ABRIL 2004

### DATOS CLINICOS

7. Confirma que el Diagnóstico pertenece al Sistema Auge: Debe: Debe marcar con una "X" el casillero (Sí-No) que corresponda, y estampará su firma al lado derecho sobre la línea respunteada para ese efecto.
8. Diagnóstico: Se deberá registrar con letra legible el o los diagnósticos concluyentes después de la atención médica.
9. Fundamentos: Aquí se consignará los fundamentos que tuvo el Profesional para confirmar el problema de salud.
10. Tratamiento e Indicaciones: Deberá consignar tratamientos e indicaciones a seguir por el paciente.
11. Fecha de indicación de inicio de tratamiento: Deberá establecer día, mes y año de inicio del tratamiento.

### DATOS DEL PROFESIONAL

12. Nombre: Deberá registrarse el apellido paterno, luego el materno y los nombres del profesional que está atendiendo al paciente.
13. RUT: Deberá consignar uno en uno los números del Rol Único del profesional.
14. Teléfono: Aquí deberá registrar un N° de teléfono de rápida ubicación del profesional.
15. Correo electrónico: Registrar con claridad el e-mail del profesional ( si lo tiene).
16. Especialidad o Servicio Clínico: Se consigna la Especialidad o Servicio Clínico al cual el profesional pertenece. (Ej: Broncopulmonar, Cardiología, Endocrinología, etc.).
17. Establecimiento que solicitó la Interconsulta: Se deberá registrar el nombre del establecimiento de origen de la interconsulta.

## REGISTRO SIS VIH/SIDA

Etapas	Atención	Hitos que registra el SIS	Plazos	Prestaciones Trazadoras			
Sospecha	Estas etapas no se ingresarán al sistema mientras no se revise la ley y concuerde una forma de manejo de la información adecuada.						
Confirmación Diagnóstica							
Tratamiento							
Inicio o Cambio de Terapia	Equipo tratante evalúa la necesidad de iniciar o cambiar terapia antiretroviral.	<b>Formulario de Solicitud/cambio de terapia antiretroviral</b> desde equipo tratante.	Estos hitos pueden ser registrados de manera centralizada y con la información codificada para evitar en estos momentos que la información sea manejada por personal no autorizado. Con posterioridad se podrá asociar al programa diseñado por FONASA que incluye a las farmacias que entregan medicamentos a estos pacientes.	<b>0101113</b> , consulta integral de especialidades en medicina interna <b>3107004</b> , Exámenes LT y CD4; <b>3107005</b> , Exámenes Determinación Carga Viral; <b>3107006</b> , Exámenes Genotipo viral <b>3107001</b> , Triterapia Esquema 1; <b>3107002</b> , Triterapia Esquema 2; <b>3107003</b> , Triterapia Esquema 3			
		Recepción por parte de Conasida			40 días desde la fecha de solicitud de cambio o inicio de Terapia a fecha de prestación trazadora.		
		Revisión por Comité e <b>Indicación de Inicio, Cambio, o rechazo de la solicitud.</b>					
		<b>Fecha de Inicio de Entrega de Medicamentos</b> al paciente.					