
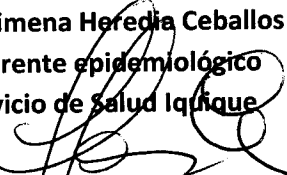
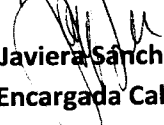






GOBIERNO DE
CHILE

**PROTOCOLO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
VIH-SIDA
2011 - 2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p> Dra. Olga López Muñoz Médico Jefe, UNACCESS Hospital Dr. Ernesto Torres G.</p> <p>Dr. Francisco Sosa Berrios Médico EDF Hosp. Comunitario Alto Hospicio</p>	<p>Mat. Jimena Heredia Ceballos Referente epidemiológico Servicio de Salud Iquique</p> <p> Dra. Lorena Salinas Fernández Encargada U. Planificación Servicio Salud Iquique.</p> <p> Dra. Javiera Sánchez Alfaro Encargada Calidad Servicio Salud Iquique.</p>	<p>Dra. Adriana Tapia Cifuentes. Directora Servicio de Salud Iquique</p> <p> </p>
Fecha: Noviembre 2011	Fecha: Noviembre 2011	Fecha: Noviembre 2011



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – INF - 005

Edición: Primera

Fecha: 9 de Noviembre 2011

Páginas: 2 de 9

Vigencia: 3 años

VIH - SIDA

1. OBJETIVOS GENERALES

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías infecto-contagiosas con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de derivación concretos que permitan referir en forma precoz y oportuna a aquellos pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA
- Identificar hitos, procedimientos y actividades, funciones y responsabilidades asociadas a cuatro procesos principales: el proceso de atención clínica asociado a la detección y diagnóstico, control y tratamiento del VIH, la vigilancia epidemiológica y la planificación y gestión de procesos.
- Señalar los hitos de registro para la obtención de información estandarizada y de calidad que permita realizar un seguimiento oportuno, cautelando la continuidad de la atención del usuario y la adecuada vigilancia epidemiológica a través de la notificación.
- Otorgar educación, recomendaciones y consejería para prevenir complicaciones relacionadas con aspectos bio-psico-sociales en un paciente con VIH/SIDA.

3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- *Guía clínica VIH/SIDA Ministerio de Salud, Chile, 2009.*
- *Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH, Ministerio de Salud, Santiago, 2009.*
- *Circular N° 40. Instruye sobre Detección precoz del VIH en establecimientos de la red asistencial, Octubre 2011, Ministerio de Salud.*

5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

5.1. Responsable ejecución.

- Médico, matrona y/o enfermera de APS son responsables de pesquisar, diagnosticar y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico Especialista del HETG es responsable de efectuar el tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – INF - 005

Edición: Primera

Fecha: 9 de Noviembre 2011

Páginas: 3 de 9

Vigencia: 3 años

VIH - SIDA

5.2. Responsables del seguimiento y evaluación:

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar el correcto cumplimiento de la contrarreferencia a APS, informando al Jefe CAE.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y defina acciones de mejora.

6. DEFINICIONES

- La infección por VIH se asocia en todas sus etapas con una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. 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. De esta manera, la persona infectada se mantiene asintomática (etapa A).
- Sin embargo, después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento.
- Un 40-90 % de los pacientes que adquieren VIH tienen, en un plazo de 2 a 6 semanas, manifestaciones clínicas diversas que en su conjunto se denominan síndrome retroviral agudo.
- Se denomina Período de Ventana, al tiempo que transcurre desde que una persona adquiere el VIH hasta que el organismo crea los anticuerpos suficientes para ser detectados por el examen de tamizaje, siendo aproximadamente de 3 meses.
- El test ELISA ha sido el método más utilizado para la detección de anticuerpos anti-VIH que el organismo genera como respuesta a la infección.
- Todo paciente con muestra (+) para VIH mediante test ELISA debe ser confirmado por el ISP.
- Es necesario que el sistema de salud resguarde los principios de voluntariedad, confidencialidad de la información, confiabilidad del examen, eficacia en la referencia a los centros responsables de la atención y tratamiento de la red de atención pública o privada y acceso oportuno a control y tratamiento.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – INF - 005

Edición: Primera

Fecha: 9 de Noviembre 2011

Páginas: 4 de 9

Vigencia: 3 años

VIH - SIDA

7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

7.1. Conducta a seguir por equipo de salud en APS:

- Médico, enfermera y/o matrona de APS son responsables de indicar el examen y entregar la consejería asociada al examen de detección de VIH (pre y post examen).
- Propiciar acceso y disponibilidad del VIH a personas en control de TBC, con infección por VHB y VHC, personas víctimas de violencia sexual, consultantes de ITS, gestantes por solicitud espontánea e indicaciones médicas.
- Completar el consentimiento informado y orden de examen, estándares. (Ver anexo N° 1 y N° 2).
- Cumplir con criterios de calidad en la toma de muestra según instructivo local Servicio de Salud. (Ver anexo N°3 y revisar Ordinario N° 2510/25 octubre 2011 "Manual de Procedimientos operativos estandarizados para toma de muestras en Atención Primaria, SDGA, Servicio de Salud Iquique).
- Médico APS debe llenar el Boletín de Enfermedad de notificación obligatoria (ENO) en casos (+) confirmados por ISP, según corresponde para enfermedad de notificación diaria, sin esperar la confirmación de identidad ni el diagnóstico clínico.
- El encargado de epidemiología del centro asistencial debe recolectar los formularios de notificación obligatoria, velar que esté completa su información y remitir, según lo establecido, el original a la SEREMI Región de Tarapacá.
- Asimismo, la copia de la notificación obligatoria deberá remitirla vía estafeta cada quince días al Centro de Atención Integral PPVIH del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames.
- Equipo de APS deberá realizar acciones de rescate de pacientes para entrega de resultados o citaciones, según los siguientes mecanismos, dejándolos descritos en la ficha clínica y sistema de registros.:
 - Llamada telefónica: Si el contacto no es efectivo (contacto directo) repetir al día siguiente en distinto horario.
 - Visita domiciliaria: Si no cuenta con n° telefónico o si no es efectivo el contacto telefónico. Repetir 1 vez a la semana por dos veces de no ser efectiva.
 - Carta Certificada: Si no es efectivo el contacto telefónico o la visita domiciliaria. Sólo por una vez
- Las gestiones de rescate tienen límite de seguimiento y de ubicación del usuario según normativa, para ello remitir memo informativo al Referente Epidemiológico del SSI, indicando acciones y motivo de cierre de caso.
- El médico puede contactar en forma reservada a las parejas sexuales de un paciente diagnosticado VIH, en caso que este no haga concurrir a atención de salud a las parejas que voluntariamente haya indicado poseer. Lo anterior, con el fin de ofrecer el examen de detección, las medidas de prevención y los tratamientos que sean procedentes, sin perjuicio de mantener la información de los interesados en su carácter confidencial.
- Mantener registros de la trazabilidad de los pacientes a cargo de la encargada del programa VIH y/o encargada del programa de la mujer de cada centro asistencial.
- Los profesionales tratantes deberán cumplir y registrar en la ficha clínica los siguientes hitos del proceso según corresponda su responsabilidad por etapa del proceso:
 - Indicación del examen
 - Consentimiento informado
 - Toma de muestra
 - Procesamiento de muestra
 - Confirmación del examen
 - Prueba de identidad
 - Entrega de resultados al usuario/paciente.
 - Acciones de rescate.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – INF - 005

Edición: Primera

Fecha: 9 de Noviembre 2011

Páginas: 5 de 9

Vigencia: 3 años

VIH - SIDA

- En el caso de los Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicio de Urgencia Rural (SUR), ante una sospecha deberán derivar a consulta de morbilidad en el centro asistencial respectivo.
- En caso de algorra o leucoplaquia vellosa, el médico deberá iniciar inmediatamente tratamiento con cotrimoxazol forte 800 mg vía oral una vez al día por 30 días, debido a posible infección por *Pneumocystis jiroveci*.

7.2. Derivación de pacientes desde APS al Centro Integral de Atención PPVIH (Policlínico VIH/SIDA) del Consultorio Adosado de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- A todo paciente con diagnóstico serológico VIH (+) confirmado por el ISP con Prueba de Identidad realizada, **indicando exclusivamente como diagnóstico INMUNOSUPRESION GES 18.**

7.3. Derivar a UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria)

- Sospecha de meningitis (en algunos casos se manifiesta sólo como una cefalea leve, sin signos meníngeos).
- Compromiso respiratorio
- Sospecha de cáncer asociado
- Déficit neurológico

7.4. Exámenes solicitados por profesional APS previo a derivación.

- Examen de VIH confirmatorio y prueba de identidad.

7.5. Documentos emitidos por profesional tratante de APS:

- Médico, enfermero y/o matrona de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
 - Datos del paciente (nombre, rut, edad, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono).
 - Anamnesis y examen físicos específicos.
 - Diagnósticos señalando **Inmunosupresión GES 18.**
 - Resultado de exámenes y fecha.
 - Fecha de ENO.
 - Tratamiento indicado (si lo hubiese).
 - Nombre, rut, firma, timbre del profesional.

7.6. Criterios de priorización para atención en Centro de atención integral PPVIH:

- Embarazadas
- Pacientes sintomáticos (baja de peso, candidiasis, déficit neurológico y dificultad respiratoria).
- Sospecha de cáncer
- Lesiones dermatológicas importantes.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – INF - 005

Edición: Primera

Fecha: 9 de Noviembre 2011

Páginas: 6 de 9

Vigencia: 3 años

VIH - SIDA

8. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista de atención secundaria.

- El médico especialista debe cumplir con los hitos de etapificación y control y tratamiento.
- El médico especialista remitirá el formulario de Contrarreferencia señalando: diagnóstico definitivo (según lo indicado como inmunosupresión GES 18), etapificación, indicación de tratamiento si es necesario y período del próximo control en nivel primario y/o secundario según corresponda.
- Siempre señalando nombre, rut, timbre y firma.

9. INDICADORES


- **Numerador:** Nº de pacientes con diagnóstico con HIV evaluados y contrarreferidos desde el Centro de Atención Integral PPVIH a médico APS, que cumplen criterios derivación establecidos en este protocolo de RYCR.
- **Denominador:** Nº de pacientes referidos desde médico APS hacia Centro de Atención Integral PPVIH por infección por HIV, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

Nº de pacientes con diagnóstico con HIV evaluados y contrarreferidos desde el Centro de Atención Integral PPVIH a médico APS, que cumplen criterios derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

Nº de pacientes referidos desde médico APS hacia Centro de Atención Integral PPVIH por infección por HIV, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

10. DISTRIBUCIÓN

- Dirección Servicio de Salud Iquique.
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- CR Medicina, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Policlínico Infectología, CAE.
- UNACCESS, CAE.
- Centro de Atención Integral PPVIH, CAE.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.

	UNIDAD DE PLANIFICACION SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	Código: RCR – INF - 005
		Edición: Primera
		Fecha: 9 de Noviembre 2011
		Páginas: 7 de 9
		Vigencia: 3 años
VIH - SIDA		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la ley 19.779 y el Decreto Nº 182/2005, el examen de detección del VIH debe ser voluntario, con consejería pre y post test, con consentimiento por escrito y de corresponsabilidad.

VOLUNTARIO: Usted decide si quiere o no hacerse el examen.

CON CONSEJERÍA: Usted debe recibir información, orientación y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado.

CON CONSENTIMIENTO: Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que representa su decisión. Su decisión es libre y voluntaria no alterara su derecho a la atención que le corresponde.

CORRESPONSABILIDAD: El equipo de salud se compromete a entregarle el resultado del examen y el paciente a la búsqueda de éste.

Sí, Acepto realizarme el examen de detección del VIH _____

NO, Acepto realizarme el examen de detección del VIH _____

NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO(A) FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la ley 19.779 y el Decreto Nº 182/2005, el examen de detección del VIH debe ser voluntario, con consejería pre y post test, con consentimiento por escrito y de corresponsabilidad.

VOLUNTARIO: Usted decide si quiere o no hacerse el examen.

CON CONSEJERÍA: Usted debe recibir información, orientación y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado.

CON CONSENTIMIENTO: Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que representa su decisión. Su decisión es libre y voluntaria no alterara su derecho a la atención que le corresponde.

CORRESPONSABILIDAD: El equipo de salud se compromete a entregarle el resultado del examen y el paciente a la búsqueda de éste.

Sí, Acepto realizarme el examen de detección del VIH _____

NO, Acepto realizarme el examen de detección del VIH _____

NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO(A) FECHA



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – INF - 005

Edición: Primera

Fecha: 9 de Noviembre 2011

Páginas: 8 de 9

Vigencia: 3 años

VIH - SIDA



SOLICITUD DE EXAMEN VIH



Procedencia/ Servicio Clínico: _____ Prestación _____

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: M F

RUT: _____ - _____ Dirección: _____

Consejería: Sí NO Datos Clínicos Asintomático
Sintomático

Embarazada: Sí NO N° Semanas embarazo: _____

CLAVE IDENTIFICATORIA

Iniciales

Fecha de nacimiento

4 Últimos dígitos RUT

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Nombre 1 Apellido 2 Apellido

Día Mes Año

Fecha Solicitud: _____ Profesional Solicitante: _____

Nota: Debe escribirse con letra imprenta clara, distinguir V de U, C de Ch, u otros. No se aceptará muestras en laboratorio de Hospital Iquique sin esta solicitud.

Copia en ficha del usuario



SOLICITUD DE EXAMEN VIH



Procedencia/ Servicio Clínico: _____ Prestación _____

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: M F

RUT: _____ - _____ Dirección: _____

Consejería: Sí NO Datos Clínicos Asintomático
Sintomático

Embarazada: Sí NO N° Semanas embarazo: _____

CLAVE IDENTIFICATORIA

Iniciales

Fecha de nacimiento

4 Últimos dígitos RUT

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--


Nombre 1 Apellido 2 Apellido

Día Mes Año

Fecha Solicitud: _____ Profesional Solicitante: _____

Nota: Debe escribirse con letra imprenta clara, distinguir V de U, C de Ch, u otros. No se aceptará muestras en laboratorio de Hospital Iquique sin esta solicitud.

Copia en registros de laboratorio o UMT

	UNIDAD DE PLANIFICACION SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	Código: RCR – INF - 005
		Edición: Primera
		Fecha: 9 de Noviembre 2011
		Páginas: 9 de 9
		Vigencia: 3 años
VIH - SIDA		

REQUISITOS DE CALIDAD MUESTRA VIH

1. Consentimiento informado firmado por el pcte.
2. Consentimiento informado con la X en SI ACEPTO
3. Solicitud firmada por profesional solicitante y/o consejero
4. Solicitud con nombre del profesional solicitante y/o consejero.
5. Concordancia de la rotulación de la muestra v/s solicitud
6. Formulario de solicitud autorizado y actualizado. Datos completo:
Nombre, Apellidos, RUT, Sexo, Procedencia(Consultorio, CAE, Servicios Clínicos)
Prestación(Control de embarazo, CSS, accidente Cortopunzante,Hospitalización) N° semanas de gestación, Consejería. Clave identificatoria.(*)
7. Muestra rotulada con la Clave identificatoria. **LETRA MAYUSCULA IMPRENTA CLARA.**
8. Muestra con volumen mínimo aceptable (4.0 ml tubo tapa amarilla con gel)

(*) Elaboración Clave Identificatoria

- Inicial del primer nombre y de los dos apellidos, es decir, se registran tres letras.
- Fecha de nacimiento con el formato dd/mm/aa
- Tres últimos dígitos del RUT y dígito verificador

Ejemplo: Juan Alejandro López Muñoz, fecha de nacimiento 03 de febrero de 1964, RUT: 9.457.883-2, el código es: JLM 030264 883-2.

Eventualidades:

I. Persona con un solo apellido: En el espacio correspondiente a la inicial del segundo apellido se completará con el signo #: *Ejemplo:* JL# 030264 883-2.

II. Persona tiene un apellido compuesto: se utiliza sólo la primera letra del apellido compuesto: *Ejemplo:* Carlos San Martín De La Rúa, las iniciales del código son: CSD

III. No dispone del RUT: Extranjeros o usuarios sin documento de identidad y no es posible disponer de el, el código debe construirse de la siguiente manera:

- Inicial del primer nombre y de los dos apellidos, es decir, se registran tres letras.
- Fecha de nacimiento con el formato dd/mm/aa
- En los espacios correspondientes al RUT se completa con **ABC-D**

EL NO CUMPLIMIENTO DE UNO DE ESTOS REQUISITOS DE CALIDAD ES CAUSAL DE RECHAZO DE LA MUESTRA, EN CASO DE PODER SER SOLUCIONADO EL PROBLEMA DENTRO DE LAS 24 HRS. SIGUIENTES, SE GUARDARÁ LA MUESTRA PREVIO ACUERDO CON EL FUNCIONARIO DEL CENTRO DE ORIGEN DE LA MUESTRA.

Cualquier corrección de clave, solicitarla por mail: efernandezm@hospitaliquique.cl

SE DEVOLVERÁ EL FORMULARIO DEL SOLICITUD INDICANDO LA CAUSAL DE RECHAZO.

EL ROTULO DE LA MUESTRA DEBE CONSIGNAR **SOLO CLAVE IDENTIFICATORIA** SEGÚN CORRESPONDA ELABORACIÓN