



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Departamento de Epidemiología 2006

División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

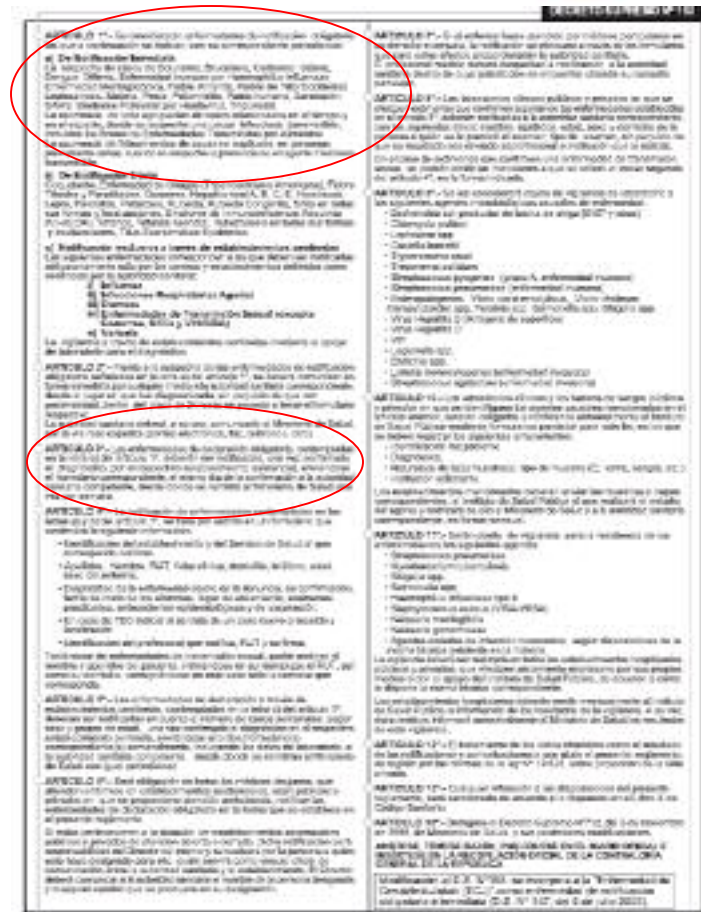


Ministerio de Salud Chile
Departamento de Epidemiología

DECRETO 158



- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), se considerarán enfermedades de notificación obligatoria (Artículo 1º, b)
- De notificación Diaria (Artículo 1º, b) desde el establecimiento a la ASR (Artículo 3º)
- De notificación semanal desde la ASR al Ministerio de Salud (Artículo 3º)



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Ministerio de Salud Chile
Departamento de Epidemiología

Vigilancia de VIH/SIDA

- Desde Abril 2005: a cargo del Departamento de Epidemiología.
- Los principales cambios hasta el momento son:
 - ▶ La gestión de datos está a cargo del DEIS
 - ▶ El análisis y difusión lo realiza el Depto. Epidemiología
 - ▶ Flujos de información: Establecimiento-SEREMI-MINSAL
 - ▶ Incorporación en Compromisos de Gestión: oportunidad envío.



Proceso de reformulación de la vigilancia



- Realizado en conjunto con CONASIDA y DEIS
- Redefinir necesidades de información
- Revisar la Definición de Caso (grupo de expertos nacionales)
- Rediseñar recolección de información
 - ▶ nuevo formulario
 - ▶ sistema de notificación a través de bases de datos: automatización de los flujos de información (desde el nivel Seremi en una primera etapa y desde el nivel local posteriormente).
 - ▶ Rediseño de bases de datos
- Nueva circular (en elaboración)
- Redefinir el análisis (publicado en página web)



Definición de caso



- Toda persona cuyos resultados de las pruebas de laboratorio han sido confirmadas por el Instituto de Salud Pública .
- Etapificación: toda persona con examen VIH positivo confirmado por el ISP, será etapificada según:
 - ▶ Recuento de linfocitos TCD4: etapificación inmunológica
 - ▶ Diagnóstico de una o más enfermedades marcadoras definidas en el listado adjunto: etapificación clínica
 - ▶ Los criterios de etapificación varían en adultos y niños (< 13 años)

Formularios



- Boletín ENO
- Formulario de notificación
 - ▶ Datos de identificación, Datos Personales, Condiciones especiales, Motivación para el examen, Datos de laboratorio, Conducta sexual declarada, Factores de riesgo, Etapificación, Observaciones, Identificación de la persona que notifica
- Formulario de notificación de cambio de etapa
 - ▶ Datos de identificación, Etapificación, Identificación de la persona que notifica



Boletín ENO



GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD		BOLETÍN DECLARACIÓN ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)		EPIENGL Versión 2.0	
Nro. de Folio 0		1. SERVICIO DE SALUD			
Nro. Correlativo Local		2. ESTABLECIMIENTO			
5. Apellido Paterno		Apellido Materno		3. FICHA	
6. FECHA DE NACIMIENTO		7. SEXO <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2 Femenino		4. RUT - <input type="checkbox"/>	
8. DIRECCION		9. COMUNA		10. TELEFONO	
11. DIAGNOSTICO		Código CIE10		Grupo Mensal	
13. CONFIRMACION DIAGNÓSTICA (MARQUE "1" DONDE CORRESPONDA)		12. FECHA PRIMEROS SINTOMAS (o primera consulta)		14. ANTECEDENTES VACUNACION	
1. CLINICA <input type="checkbox"/>		2. EPIDEMIOLOGICA <input type="checkbox"/>		3. FROTIS <input type="checkbox"/>	
4. CULTIVO <input type="checkbox"/>		5. SEROLOGIA <input type="checkbox"/>		6. BIOPSIA <input type="checkbox"/>	
7. AUTOPSIA <input type="checkbox"/>		15. PAIS DE CONTAGIO		PAIS: <input type="text"/>	
Apellido Paterno		Materno		20. FECHA NOTIFICACION	
y Nombre del Profesional		EDAD PACIENTE			
Fono Profesional		FECHA DIGITACION 03/09/2002		SEMANA	
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA - DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACION DE SALUD					

Notificación VIH/SIDA



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE VIH-SIDA

Fecha de notificación: ___/___/___
dd mm aa

Establecimiento: **LISTA DESPLEGABLE**
(Incluir Centros privados)

Servicio de Salud: **LISTA DESPLEGABLE** SEREMI de Salud: **AUTOMÁTICO**

1) IDENTIFICACIÓN, contraseña y validado
 RUT: _____ CODIGO: _____
a los letra del primer nombre, a los letra del primer apellido, c. día de nacimiento (dd), d. mes de nacimiento (MM), e. año de nacimiento (año). RUT (último tres dígitos más dígito verificador).

2) DATOS PERSONALES:

Sexo:
 Hombre Mujer

Transgénero:
 Sí No No responde

Fecha de nacimiento: ___/___/___ **Edad:** _____ años
(a la fecha del diagnóstico)

Escolaridad desplegable:
 Ninguna Media incompleta Universidad completa
 Básica incompleta Media completa Postítulo
 Básica completa Universidad incompleta Doctorado

Profesión u oficio: **LISTA DESPLEGABLE** **Ocupación:** **LISTA DESPLEGABLE**

Comuna de residencia: **LISTA DESPLEGABLE** **Región de residencia:** **AUTOMÁTICO**

País de origen (en caso de ser extranjero en los últimos 6 meses): _____
Nacionalidad: _____

3) CONDICIONES ESPECIALES
 - Embarazada - Privada de libertad
 - Trabajadora sexual - Ninguna

4) MOTIVACIÓN DEL EXAMEN (puede ser más de una)
 - Iniciativa Propia - Control diagnóstico sexual
 - Control de embarazo - Privada(a) de libertad
 - Donación de sangre - Accidente laboral
 - Hospitalización - Hijo de madre VIH
 - Contacto con seropositivo - Otro
 - Control de ETS

5) DATOS DE LABORATORIO
 Fecha de ingreso al ISP: ___/___/___ Número de registro: _____
dd mm aa

6) CONDUCTA SEXUAL DECLARADA desplegable
 Heterosexual Bisexual Homosexual No responde

7) FACTORES DE RIESGO

- ¿Ha recibido Transfusión/ hemoderivados/ trasplantes? Sí No
- Uso(a) de drogas psicoactivas Sí No
- Uso(a) de otras drogas y alcohol Sí No
- Nº parejas sexuales en los últimos 12 meses: **excluyente**
 Ninguna 1 2 a 4 5 a 9
 Más de 10 Desconocido
- Uso preservativo en los últimos 12 meses: **excluyente**
 Nunca A veces Siempre
- Español de laboral occidente (solo trabajadores de establecimientos de salud)
 Sí No
- Hijo de madre VIH (+) Sí No

8) ESTADIFICACIÓN Inmunológica:
 Recuento de linfocitos TCD4: _____ mm³
 Especificación: 1 2 3 **excluyente**

Clinica: _____ **Clasificación final:** **excluyente**
 Papeete 41 42 43
 44 45 46
 47 48 49

Fecha de Diagnóstico: ___/___/___
dd mm aaaa

9) OBSERVACIONES

10) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	RUT
_____	_____	_____	_____

Fecha de notificación (a la SEREMI): ___/___/___ Fecha recepción (en la SEREMI): ___/___/___
dd mm aaaa dd mm aaaa



DATOS PERSONALES:

Sexo

Hombre
Mujer

Transgénero:

Si
No
No responde

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad:.....calculo automático
(a la fecha del diagnóstico)

Escolaridad: desplegable

Ninguna	Media incompleta	Universitaria completa
Básica incompleta	Media completa	Post-título
Básica completa	Universitaria incompleta	Desconocida

Profesión u oficio: LISTA DESPLEGABLE

Ocupación: LISTA DESPLEGABLE

Comuna de residencia: LISTA DESPLEGABLE **Región de residencia:** AUTOMÁTICO

País de origen (en caso de ser migrante en los últimos 6 meses):.....

Nacionalidad: _____

Pertenencia declarada a alguno de los siguientes pueblos originarios: desplegable

Alacalufe (Kawashkar)	Quechua
Atacameño	Rapa Nui
Aimara	Yamana (Yagán)
Colla	Ninguna de las anteriores
Mapuche	



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Ministerio de Salud Chile
Departamento de Epidemiología



CONDICIONES ESPECIALES

- Embarazada
- Privado/a de libertad
- Trabajador(a) sexual
- Ninguna

MOTIVACIÓN DEL EXAMEN (puede ser más de una)

- Iniciativa Propia
- Control de embarazo
- Donación de sangre
- Hospitalización
- Contacto persona positiva
- Control de ETS
- Control trabajador(a) sexual
- Privado(a) de libertad
- Accidente laboral
- Hijo de madre VIH
- Otro

DATOS DE LABORATORIO

Fecha confirmación ISP __ / __ / ____ Número de registro: ____ - ____
 dd mm aa

CONDUCTA SEXUAL DECLARADA desplegable

Homosexual Bisexual Heterosexual No responde





FACTORES DE RIESGO

- ¿Ha recibido Transfusión/ hemoderivados/ transplantes? Sí No
- Usuario(a) de drogas endovenosas Sí No
- Usuario(a) de otras drogas y alcohol Sí No
- N° parejas sexuales en los últimos 12 meses: **excluyente**
 Ninguna 1 2 a 4 5 a 9
 Más de 10 Desconocido
- Uso preservativo en los últimos 12 meses: **excluyente**
 Nunca A veces Siempre
- Exposición laboral accidental (solo trabajadores de establecimientos de salud)
 SI NO
- Hijo de madre VIH (+) SI NO

ETAPIFICACIÓN

Inmunológica:

Recuento de linfocitos TCD4: _____ mm³

Etapificación: 1 2 3 excluyente

Clínica:

Patología:.....

Clasificación final: excluyente

A1	A2	A3
B1	B2	B3
C1	C2	C3

Fecha de Diagnóstico: día mes año





OBSERVACIONES

1) IDENTIFICACIÓN DE PERSONA QUE NOTIFICA EL CASO

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

RUT

Fecha de notificación / /
(a la SEREMI) dd mm aa

Fecha recepción: / /
(en la SEREMI) dd mm aa



Análisis

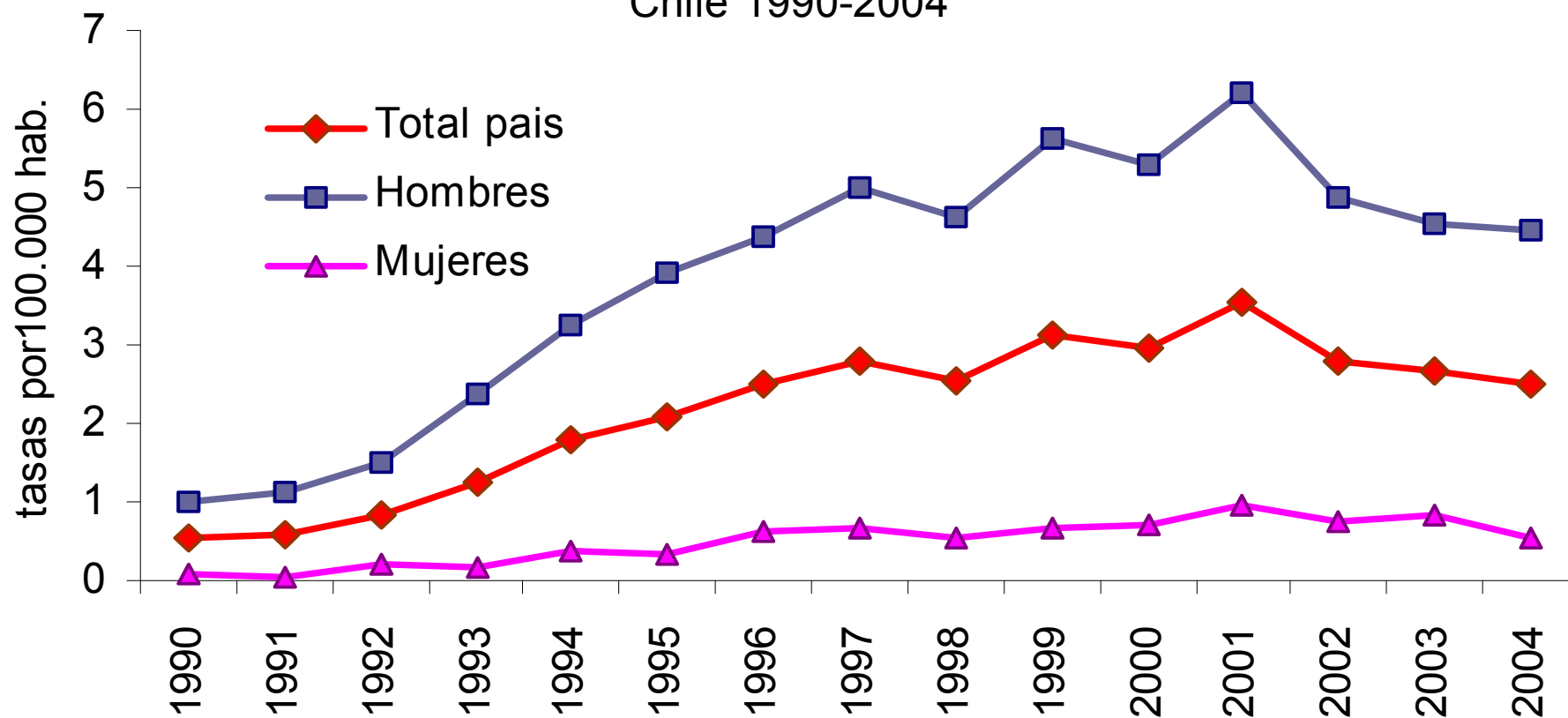


- Diseñado en conjunto con Conasida
- Informe anual: Nacional y regionales
 - ▶ Mortalidad: Tendencia y caracterización según sexo, edad y regiones
 - ▶ Notificaciones:
 - ▶ separar análisis de VIH y SIDA
 - ▶ Tendencias
 - ▶ Caracterización según sexo, edad, regiones, escolaridad, ocupación, factor de exposición
 - ▶ Informes específicos (aún no definidos)
- Publicados en Web



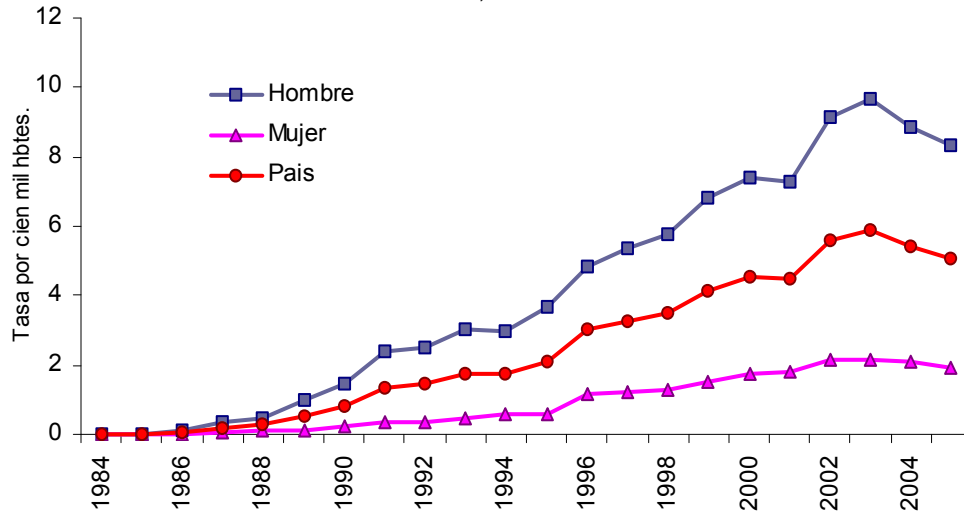


Mortalidad por Virus de Inmunodeficiencia Humana según sexo, Chile 1990-2004

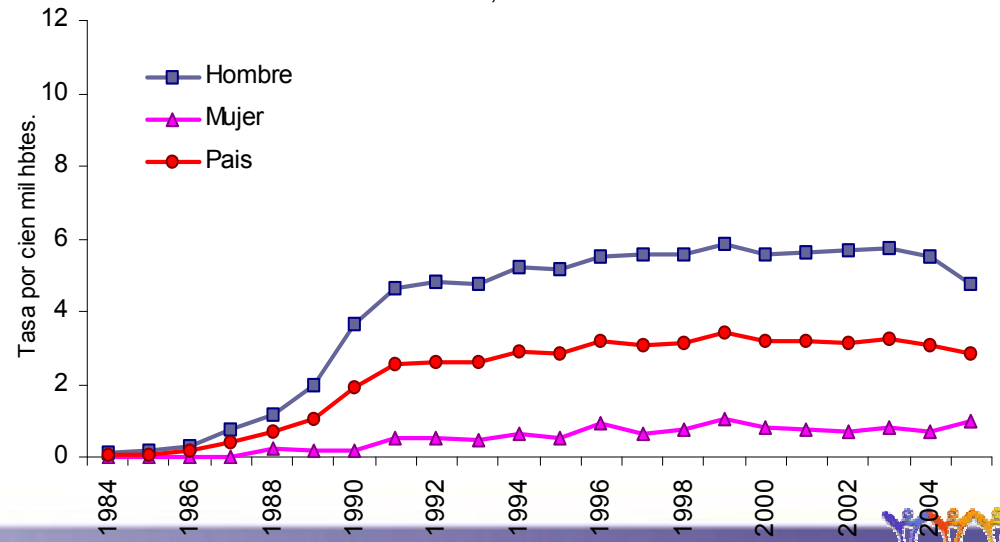




Tasa de notificación de VIH por sexo y total país.
Chile, 1984-2005



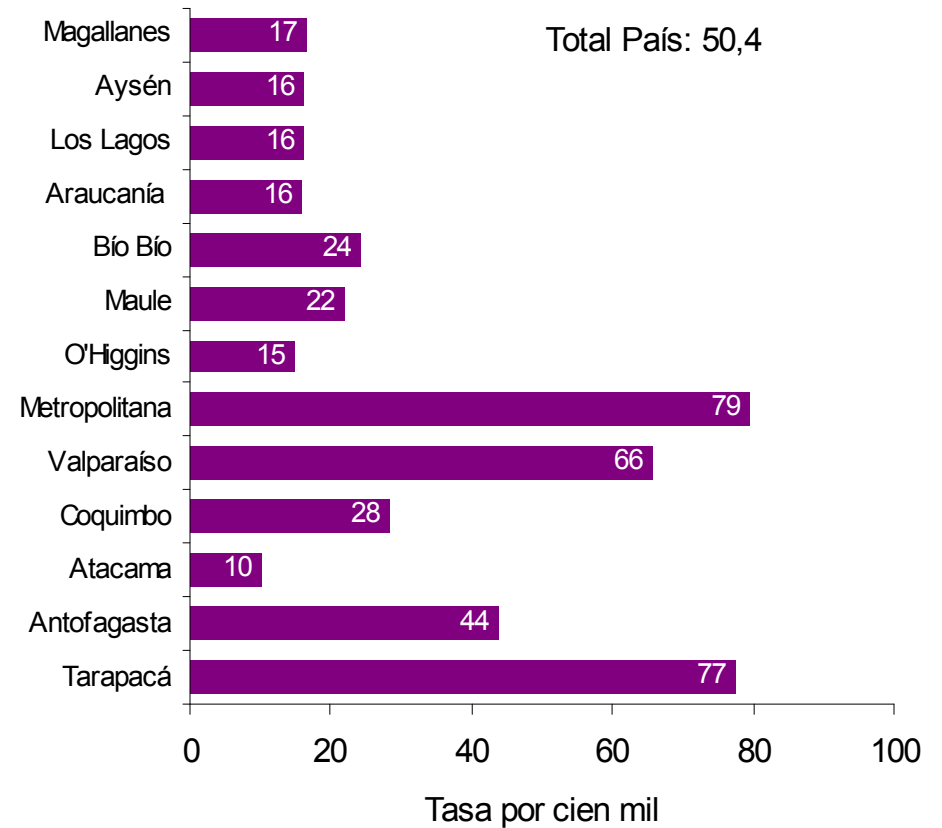
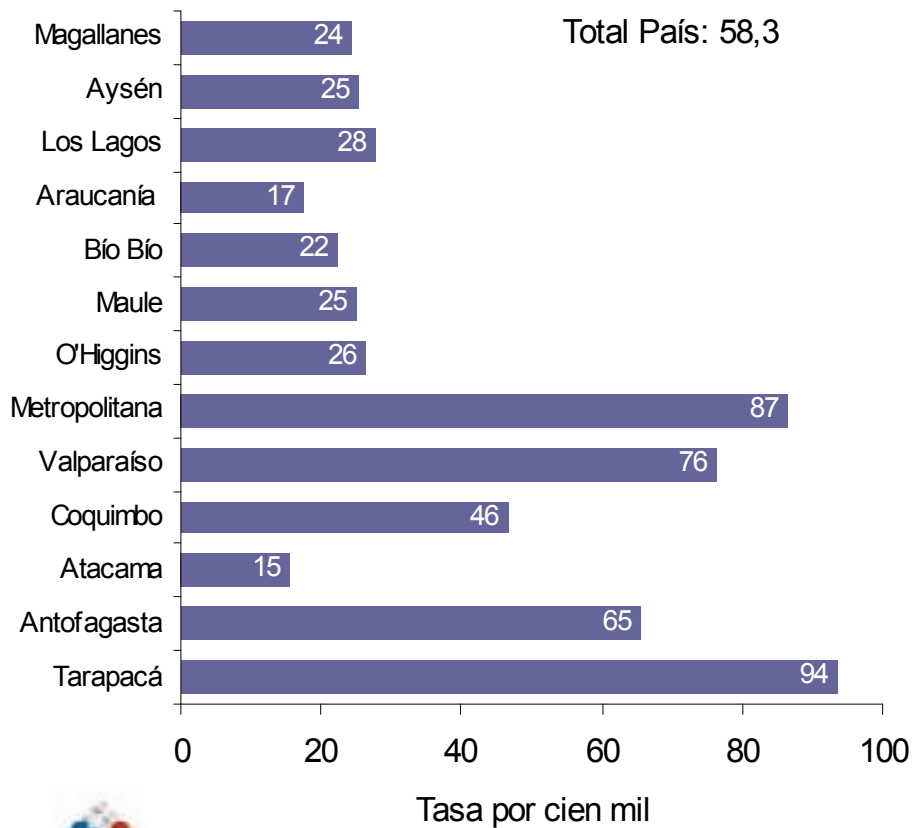
Tasa de notificación de SIDA por sexo y total país.
Chile, 1984-2005

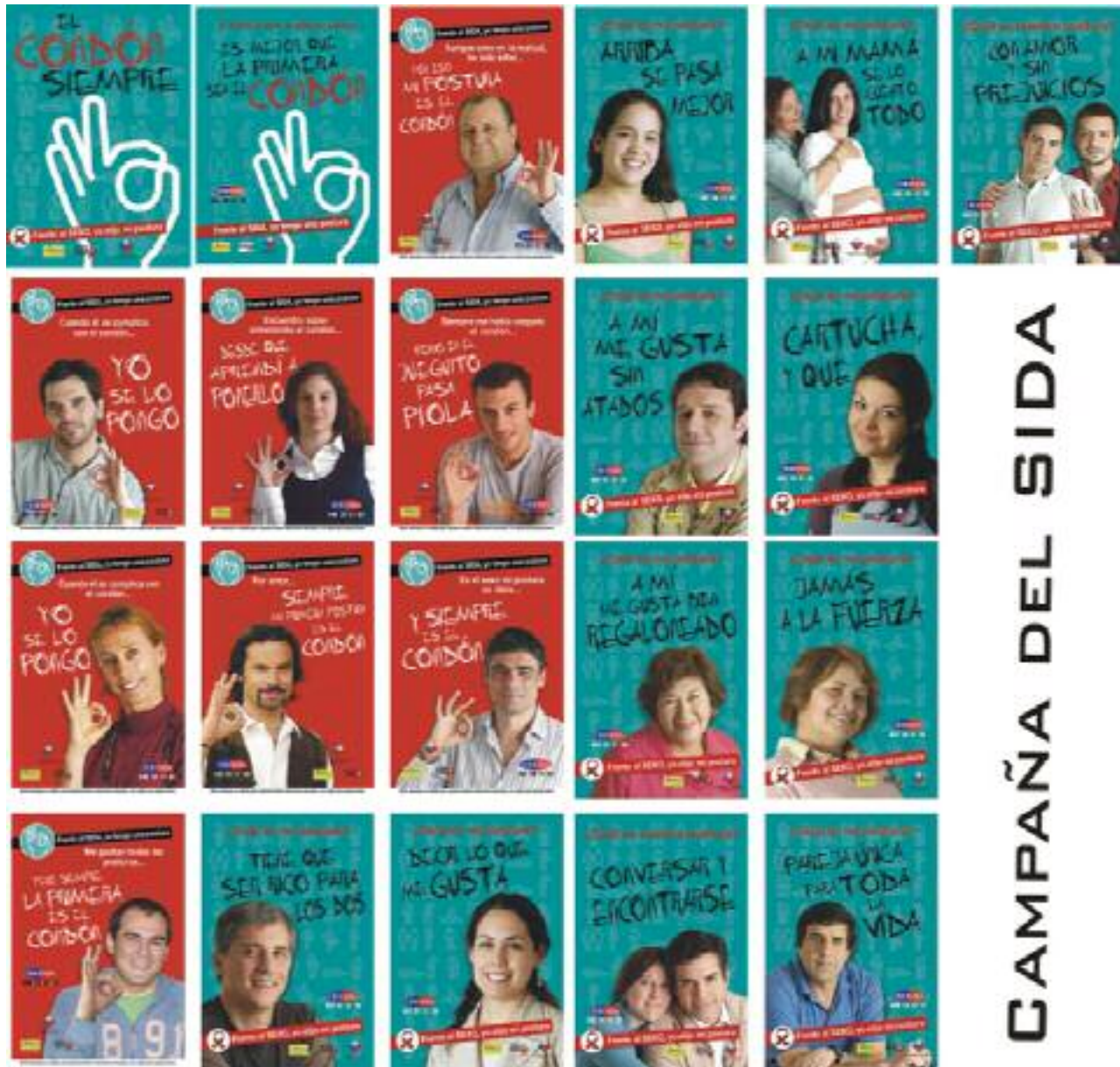




Tasa acumulada 1984-2005 de notificación de VIH según regiones, Chile 1984-2005

Tasa acumulada 1984-2005 de notificación de SIDA según regiones, Chile 1984-2005





CAMPAÑA DEL SIDA



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Ministerio de Salud Chile
Departamento de Epidemiología