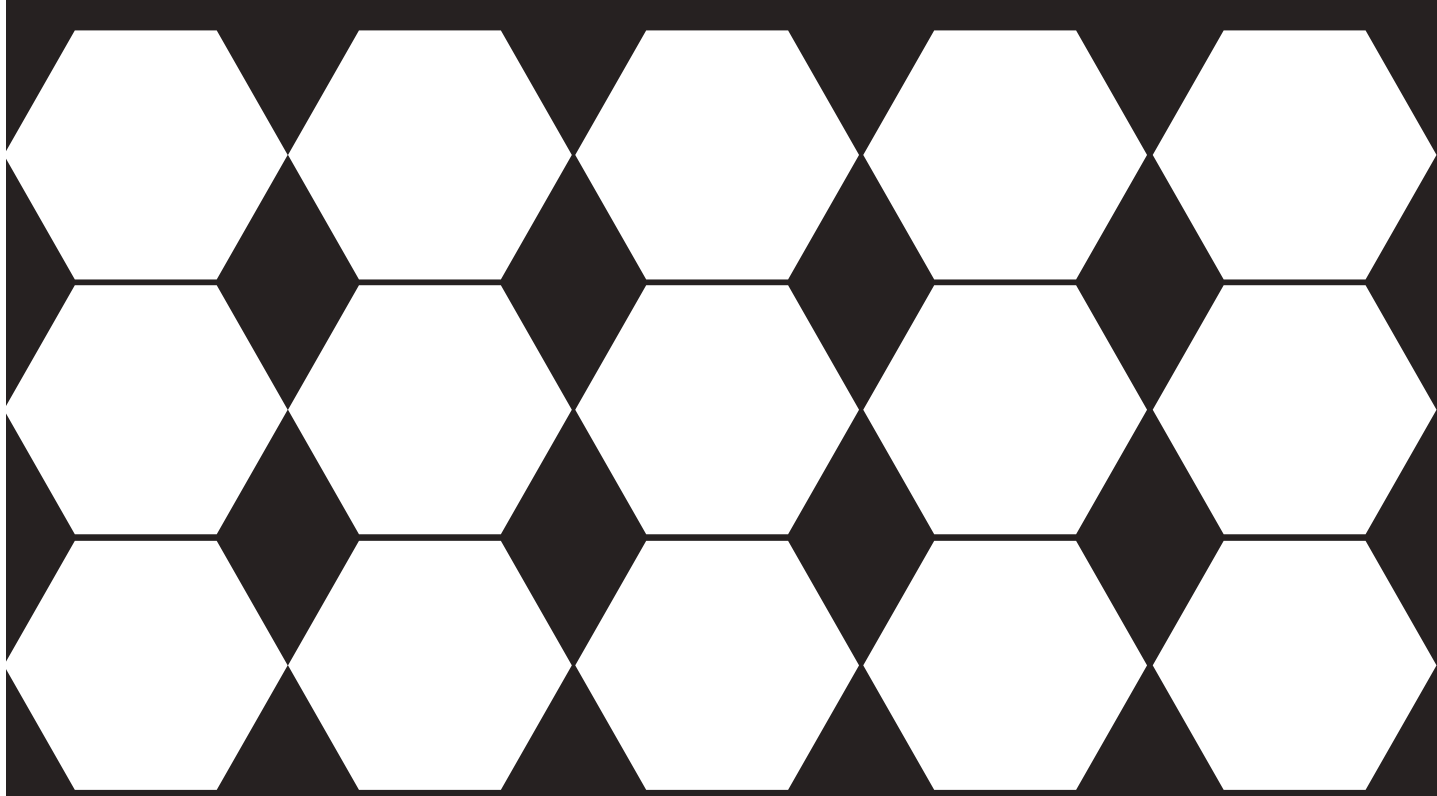


Modelo de Atención para VIH-SIDA/ITS de la Población Clave Afectada

PRONASIDA 2010



Modelo de Atención para VIH-SIDA/ITS de la Población Clave Afectada

PRONASIDA 2010

FICHA TECNICA

MODELO DE ATENCION PARA VIH-SIDA/ITS

PROYECTO AVANZAMOS 8º RONDA

FINANCIADO POR EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA,
LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

BENEFICIARIO PRINCIPAL

Fundación Comunitaria Centro de Información y Recursos para el
Desarrollo, CIRD

SUD- BENEFICIARIO

Programa Nacional de control de VIH/SIDA/ITS

REVISION TECNICA

Dr. Nicolás Aguayo
Director PRONASIDA

ELABORACION

Prof. Dra. Ma. Ramona Valdez Cazeneuve
(Coordinadora del Depto. de Atención integral)
Dra. Zully Suarez
Dra. Tania Samudio
Dra. Gladys López
Dra. Patricia Ovelar

APORTES, SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

Desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

PRONASIDA

Dra. Gloria Aguilar
Dra. Ma. Auxiliadora Vargas
Lic. Liliana Giménez

CIRD

Dr. Guido Zarate

TIRAJE:

ISBN: 978-99953-842-6-5

Diagramación

POSTERSHOP

2º Edición. Año 2010

Material ampliado y actualizado en base al publicado en el 2007

INDICE

Prólogo

Introducción

1. Objetivos

- 1.1 Objetivo General
- 1.2 Objetivos Específicos

2. Términos Operacionales

- 2.1 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- 2.2 Síndrome de inmunodeficiencia Humana (SIDA)
- 2.3 Infección de transmisión sexual (ITS)
- 2.4 Transmisión de madre-hijo del VIH
- 2.5 Profilaxis de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI)
- 2.6 Población clave
- 2.7 Poblaciones de mayor riesgo (PEMAR)
- 2.8 Poblaciones vulnerables
- 2.9 Norma
- 2.10 Modelo de Atención
- 2.11 Trabajadoras sexuales (TS)
- 2.12 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
- 2.13 Travestis trabajadores sexuales (TTS)
- 2.14 Usuarios de drogas inyectables (UDIS)

3. Modelo de atención

- 3.1 Generalidades
- 3.2 Atención Integral
- 3.3 Población clave
- 3.4 Profilaxis de la transmisión materno-infantil (PTMI)
- 3.5 Infecciones de transmisión sexual
- 3.6 Género
- 3.7 Derechos humanos

4. Principios de Modelo de Atención

5. Características del Modelo de Atención

- 5.1 Integrado en los servicio de salud
- 5.2 Redes asistenciales

6. Organización, redes asistenciales y funciones

- 6.1 Las Unidades de Salud de la familia (USF)
- 6.2 Centro de Especialidades Médicas o Policlínicas
- 6.3 Hospitales Básicos Materno Infantil
- 6.4 Hospitales Generales Regionales (SAI)
- 6.5 Diagnóstico Clínico

- 6.6 Diagnóstico serológico de la infección
- 6.7 Tratamiento Antrirretroviral (TARV)
- 6.8 Criterios de Inicio de TARV
- 6.9 Iniciar TARV Independiente a la cifra de linfocitos CD4
- 6.10 Profilaxis para infecciones oportunistas (IO)

- 7. Tratamiento para infecciones oportunistas (IO)
 - 7.1 Manejo de Neoplasias

- 8. Co-infección y VIH/SIDA
 - 8.1 SIDA/TB
 - 8.2 SIDA/Hepatitis

- 9. Inmunizaciones
 - 9.1 Niños/as expuestos/as y con VIH/SIDA
 - 9.2 Adultos

- 10. Sugerencias para los profesionales de la salud

- 11. Recomendaciones

- 12. Ayuda psicológica-social
 - 12.1 Generalidades
 - 12.2 Apoyo social
 - 12.3 Apoyo psicológico

- 13. Manejo de adicciones
 - 13.1 Generalidades
 - 13.2 Red de sistema de Atención integral del Departamento Central
 - 13.3 Red de sistema de Atención integral del Departamento de Caaguazú
 - 13.4 Red de sistema de Atención integral del Departamento de Itapúa
 - 13.5 Red de sistema de Atención integral del Departamento de Alto Paraná
 - 13.6 Red de sistema de Atención integral del Departamento del Amambay

- 14. Prestaciones y funciones de los servicios para las PVVS
 - 14.1 Atención primaria
 - 14.2 Policlínicas ambulatorias
 - 14.3 Servicio de Atención integral (SAI) Hospitalizaciones

- 15. Unidades de salud de la familia (USF)

- 16. Red de Sistema de Atención Integral del Paraguay

- 17. Características físicas y equipamiento de los servicios de atención integral

- 18. Criterios para dotación y rendimiento de los recursos humanos en los SAI

- 19. Calidad de atención
 - 19.1 Toma de decisiones

19.2 Control de calidad

20. Indicadores

21. Disposiciones especiales

21.1 De la atención a la trabajadora sexual

21.2 De la atención a los trabajadores sexuales varones y HSH

22. De la constancia

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍAS



Modelo de Atención para VIH-SIDA/ITS de la Población Clave Afectada

PRONASIDA 2010

PROLOGO

El Programa Nacional de Control de SIDA/ITS (PRONASIDA), es un organismo del sector público dependiente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud, cuya función y organigrama fue aceptado el 8 de octubre de 1997.

El PRONASIDA, desde su creación garantiza el acceso gratuito para todos los usuarios que desean conocer su estado serológico, y tratamiento antirretroviral a todas las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), de acuerdo a las Normas Nacionales de tratamiento antirretroviral en adultos y adolescentes (Última revisión, 2009-2010).

Para el Ministerio de Salud y en particular para el PRONASIDA es un desafío disminuir la morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de las PVVS, por lo que es prioridad formular nuevas recomendaciones que ayuden a alcanzar estos objetivos, ampliando la Norma y el Modelo de Atención, con énfasis en la población clave.

Según los últimos estudios de seroprevalencia de VIH en Paraguay, la infección en la población de mayor vulnerabilidad está por encima de 5% (TSM –Trabajador sexual masculino- 10,7%, UDIS –usuarios de drogas inyectables- 9%, HSH – hombre que tiene sexo con otro hombre – 8,7%, MTS –mujeres trabajadoras sexuales- 1,78%).

La elaboración de este documento tiene como propósito fortalecer la equidad, la integración y la universalidad de la promoción, prevención, educación, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA que establecen las normas de atención dirigidas a la población clave, que en esencia no es diferente a la ofrecida a la población general y las PVVS.

INTRODUCCION:

Todos los habitantes del país tienen derecho a acceder a un programa de prevención de la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y con mayor énfasis el grupo de personas que conforman la población clave, en quienes se debe desarrollar programas especiales de Norma y Modelo de Atención.

Las personas pueden asumir comportamientos que les exponen a mayor riesgo de contraer la infección por el VIH como: los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los trabajadores del sexo (hombre y mujeres) y sus clientes, las relaciones sexuales sin protección o el intercambios de jeringas usadas(UDIS), que son las llamadas **poblaciones en mayor riesgo** y otras por sus condiciones socio-económicas, ambientales o culturales tienen control limitado o ninguno para evitar o reducir la exposición al VIH; este grupo de personas constituyen las **poblaciones vulnerables**, estos dos grupos de personas integran la **Población Clave**.

La Atención a la población clave debe ser un proceso continuo de asistencia que se inicia con la educación, desde la promoción y prevención para no contraer la infección por el VIH, y cuando se ve afectada por el virus; la asistencia se prolonga a todo el tiempo que dura la enfermedad. De ahí parte la necesidad de contar con un conjunto de servicios que no solo incluya la atención médica, el diagnóstico y el tratamiento, sino de apoyo en los ámbitos: social, psicológico, económico, jurídico y familiar.

El MSP y BS a través del Programa Nacional de SIDA (PRONASIDA) pone a disposición este documento, dirigido a la población clave afectada, similar al Modelo de Atención Integral para las PVVS (2007), pero actualizado y ampliado con un Plan operativo específico para el grupo de personas mencionadas, que implica una forma de administrar los cuidados de salud, aumentar la eficacia y eficiencia en los Servicios y garantizar su cumplimiento.

Se plantea un Modelo de Atención basado en un enfoque de derechos, equidad de género, medidas políticas concretas para acercar la promoción, prevención, el apoyo continuo a ésta población y la incorporación de leyes encaminadas a protegerla de las discriminaciones.

El Modelo establece la prestación de servicios en los tres niveles de Atención: Primario, Secundario y Terciario, para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, que se realizará de acuerdo a las características físicas, tecnológicas y RRHH de los servicios de salud. La escala de clasificación de los Servicios de Salud que prestan atención a las PVVS fue realizada en el año 2007.

El Ministerio de Salud Pública (MS y BS) y el PRONASIDA a través de las Resoluciones SG Nº 388 del 3 de julio de 1998 y SG Nº 271 del 6 de diciembre de 1994 de la promulgación de leyes: establece y garantiza la atención gratuita para todos los habitantes del País, desde el tamizaje para captar a las personas que viven con el virus de la Inmunodeficiencias Humana (PVVS), la confirmación diagnóstica, la estadificación inmunológica con el estudio de linfocitos T CD4 , el monitoreo de la evolución con la Carga Viral plasmática, la distribución de los antirretrovirales (ARV), antibióticos para profilaxis y/o tratamiento para las Infecciones Oportunistas(IO) y atención médica por los profesionales capacitados en el área.

Hasta la fecha, no se puede hablar de cura para el VIH/SIDA, pero se acepta que el diagnóstico precoz, la adherencia al tratamiento con antirretrovirales (TAR), las profilaxis y /o tratamientos para las Infecciones Oportunistas (IO), disminuye los ingresos hospitalarios, mejora la calidad de vida y prolonga la sobrevida.

1. OBJETIVOS

1.1- OBJETIVO GENERAL

Elaborar y proporcionar las Normas y el Manual de Atención Integral en prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA e ITS.

1.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.2.1- Fortalecer la promoción y la prevención del VIH/SIDA/ITS, en los Servicios de salud, incluyendo la población clave.
- 1.2.2- Aumentar el acceso oportuno al diagnóstico del VIH/SIDA/ITS en la población de: adultos, adolescentes, gestantes, niños/as y población clave.
- 1.2.3- Facilitar el acceso de todas las personas afectadas por VIH/SIDA/ITS al control laboratorial y al tratamiento antirretroviral.
- 1.2.4- Aumentar en la población diagnosticada el acceso a la profilaxis y/o tratamiento para Infecciones Oportunistas (I.O) y las ITS.
- 1.2.5- Difundir la utilización de los servicios confidenciales de asesoramiento y testeo voluntario dirigido a toda población que accede a los servicios de salud.
- 1.2.6- Establecer procedimientos y medidas para fomentar la buena calidad de atención en los servicios de salud.
- 1.2.7- Mejorar la adherencia al TARV en todas las PVVS, para disminuir la morbilidad y prolongar la sobrevida.
- 1.2.9- Adoptar medidas para eliminar estigma y discriminación a las PVVS en los Servicios de Salud y la comunidad.
- 1.2.10- Realizar trabajo multidisciplinario, promoviendo una mayor comprensión y acción para garantizar la protección de la salud como un derecho humano fundamental, independiente de la orientación sexual o identidad sexual.
- 1.2.11- Proveer apoyo con otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencias, apoyo espiritual y asesoramiento legal para todas las personas con VIH/SIDA.
- 1.2.12- Redactar normas que sirvan de guía para el manejo del VIH/SIDA/ITS

2. TERMINOS OPERACIONALES

2.1. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Es un retrovirus perteneciente al grupo de los lentivirus. Son dos (2) los virus que producen la inmunodeficiencia en los seres humanos, el más extendido y virulento es el VIH1, el VIH 2 que es menos virulento y se encuentra principalmente en África Occidental.

2.2. SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)

Es la expresión clínica final de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

2.3. INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

Constituye un grupo heterogéneo de patologías, que tienen en común la vía sexual como principal mecanismo de transmisión.

2.4. TRANSMISION MADRE E HIJO DEL VIH

Es aquella donde el recién nacido (RN) adquiere la infección por el VIH a través del contacto con la sangre y/o fluido vaginal durante el embarazo, trabajo de parto, parto y/o a través de la leche materna, durante la lactancia.

2.5. PROFILAXIS DE LA TRANSMISION MADRE E HIJO DEL VIH (PTMI)

Es la administración oportuna de los fármacos llamados antirretrovirales (ARV) durante el embarazo y el parto, realización de cesárea electiva y programada, acompañado posteriormente, con la suspensión de la lactancia y el uso de antirretroviral (Zidovudina AZT) en el RN.

2.6. POBLACION CLAVE

Todas las personas que con mayor frecuencia presentan situaciones que aumentan la probabilidad de exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En la población clave se incluyen dos grupos de personas, que se identifican como: poblaciones de mayor riesgo y poblaciones vulnerables.

2.7. POBLACIONES DE MAYOR RIESGO (PEMAR):

Integradas por personas que con mayor frecuencia presentan comportamientos que aumentan la posibilidad de contraer el VIH, como los hombres que tienen sexo con otros hombres, los trabajadores del sexo (masculino, femenino) y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y otros.

2.8. POBLACIONES VULNERABLES

Integradas por personas que por las condiciones socio-demográfica y culturales tienen controles limitados o ninguno para evitar la exposición y contraer el VIH, como los niños, adolescentes, mujeres y otros grupos poblacionales.

2.9. NORMA

Documento donde se encuentra redactado los pasos que deben seguir todos /as los/as proveedores de la salud para brindar una atención de calidad a la población clave, en los Servicios de Salud.

2.10. MODELO DE ATENCION

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, establece la siguiente definición de Modelo de Atención: «Es el conjunto de normas y procedimientos que permitan otorgar la entrega de los servicios de salud, integrando las necesidades de salud de la población, el uso de las tecnologías disponibles, el conocimiento, la forma en que los recursos pueden ser utilizados; las formas de participación social y de gobierno.» (MSPYBS. Org. De los Servicios de Salud).

2.11. TRABAJADORA SEXUAL (TS)

Persona que tiene como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, y está considerada dentro de las poblaciones en mayor riesgo, por el recambio de parejas sexuales y alta exposición al VIH y las otras ITS.

2.12. HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH)

Son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. No se incluyen a los de la población Trans: travestis, transgéneros y transexuales.

2.13. TRAVESTIS-TRABAJADOR SEXUAL (TTS)

Travestis o Feminofilia, es la expresión de una forma de comportamiento y personalidad que se caracteriza por el deseo de vestir ropa propia del sexo opuesto, sin renunciar a su identidad sexual. No todos son trabajadores del sexo ni homosexuales.

2.14. USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES (UDIS)

Es cualquier persona entre 15 y 64 años que en alguna ocasión en los últimos 6 meses se ha inyectado drogas en forma endovenosa.

3. MODELO DE ATENCION

3.1. GENERALIDADES

El modelo de atención integral en Salud enfoca la atención a las personas como un proceso continuo, interrelacionando la promoción y protección de la salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o las personas enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente que le rodea.

El Modelo de Atención Integral en Salud genera iniciativa de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital.

Aunque todas las personas deben tener acceso a los programas de prevención de la infección por el VIH, se puede desarrollar programas específicos dirigidos a la población clave, que integran las poblaciones de alto riesgo y las vulnerables de contraer el virus, sin olvidar a los niños/as y gestantes.

En lo referente al VIH, el Modelo de Atención incluye un conjunto de acciones necesarias para la promoción, prevención, diagnóstico precoz del VIH y asistencia, rehabilitación física, psicológica y espiritual a las personas que han contraído la infección, facilitando su integración plena a la sociedad.

La fácil accesibilidad a los servicios de salud, relacionado tanto a la situación geográfica como para la atención por los proveedores de la salud, sería una ayuda y un apoyo muy importante, para mejorar las condiciones de vida no sólo de la población clave sino para todas las PVVS.

Es prioritario que todos los servicios de salud cuenten con recursos y tecnología apropiada a su nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutive y ofrecer una atención disponible en los diferentes niveles y tal vez en un futuro próximo, desde el domicilio y la comunidad, hasta los servicios de mayor complejidad.

De acuerdo a la estructura de cada servicio de salud, ofrecerán a la población clave y a todas las PVVS (adultos, gestantes, niños/as), promoción, información, educación, consejería, diagnóstico precoz, asistencia médica, tratamiento oportuno, continuo y sostenido con antirretrovirales (ARV), profilaxis y/o tratamiento para las (I.O), así como apoyo psicológico y del servicio social.

3.2 ATENCION INTEGRAL

La Atención Integral para el VIH/SIDA/ITS es el conjunto de acciones necesarias para la promoción, prevención, diagnóstico, asistencia, rehabilitación física, psicológica y espiritual de todas las PVVS, con el propósito de facilitar la re-integración a la sociedad.

3.3 POBLACION CLAVE

Hasta la fecha en el Paraguay, de acuerdo a los estudios epidemiológicos, la epidemia por el VIH está concentrada en la población clave, fundamentalmente en aquellas personas que integran el grupo de mayor riesgo (>5%).

La transmisión del VIH e ITS tiene como indicador más importante el comportamiento sexual de alto riesgo, que a su vez depende de las características biológicas, socio-demográficas y culturales de las personas.

¿Qué se entiende por comportamiento de alto riesgo?

El comportamiento de riesgo incluye a los hombres que tienen relaciones sexuales no protegidas con otro hombre, relaciones sexuales casuales o fuera de la pareja habitual sin el uso correcto de condones, mujeres jóvenes que inician la actividad sexual tempranamente y sin protección del condón, usuarios de drogas no solo endovenosas por el hecho de que comparten jeringas usadas, sino también porque conlleva a tener sexo sin protección.

¿Cuáles son las características biológicas?

- **El género y la edad:** Las mujeres por las condiciones anatómicas de los genitales son biológicamente más vulnerables de contraer VIH y otras ITS que los hombres y con mayor susceptibilidad menores de 20 años y en la post-menopausia, debido a la fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal.
- **Los factores socio-culturales:** Como el machismo, que para subrayar la masculinidad es importante tener o haber tenido muchas relaciones sexuales y sin olvidar la barrera o la negación que existe frente al uso del condón o preservativo.

De ahí que al identificar los grupos de población de mayor riesgo y vulnerables más expuestas de contraer el VIH, se debe establecer sus necesidades y prioridades para brindar medidas de promoción y prevención más apropiadas y efectivas.

La participación de la población clave, en actividades de prevención, es un aspecto positivo para conseguir respuestas, que tiendan disminuir o quizás en un futuro no lejano eliminar el ritmo de nuevas infecciones.

Los recursos humanos y financieros destinados para la promoción, educación, prevención, protección de sus derechos, diagnóstico y tratamiento deben corresponder a la prevalencia existente de este grupo, en la epidemia del VIH de cada país.

3.3.1 CLASIFICACION:

Dentro de la población clave están identificados dos (2) grupos:

- a) Poblaciones de mayor riesgo
- b) Poblaciones vulnerables

a) Poblaciones de mayor riesgo

En éste grupo están incluidos:

- 1- Relaciones sexuales sin protección (anal, vaginal y oral).
- 2- Relaciones sexuales con varias parejas.
- 3- Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
- 4- Trabajadores sexuales (TS - masculino y femenino).
- 5- Clientes de los trabajadores sexuales.
- 6- Usuarios de drogas inyectables (UDIS).

b) Poblaciones vulnerables

En este grupo están incluidas:

- 1- Personas sin acceso a información
- 2- Sin habilidades o poder para negociar sus encuentros sexuales.
- 3- Personas con otras infecciones de transmisión sexual.
- 4- Personas forzadas o presionadas a tener relaciones sexuales.
- 5- Las personas que tienen relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas.
- 6- Mujeres púberes y adolescentes.
- 7- Personas que tienen sexo con individuo privado de su libertad o migrantes.
- 8- Proveedores de la salud que manejan materiales corto-punzante

3.4 PROFILAXIS DE LA TRANSMISION MATERNO-INFANTIL (PTMI)

Las intervenciones realizadas durante el embarazo en las madres con VIH/SIDA, como la administración de antirretrovirales durante el embarazo y/o parto, la cesárea electiva (programada), la sustitución de la lactancia materna en el recién nacido (RN) y el uso de la Zidovudina (AZT) en jarabe por seis semanas, han contribuido a la reducción de la transmisión del VIH al RN a niveles menores del 2%.

3.5 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

El impacto en Salud Pública está dado por las complicaciones y secuelas que pueden dejar las ITS en las personas que contraen estas infecciones, pudiendo ocasionar en las mujeres: infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, y en los hombres a más de la infertilidad, la estenosis uretral que son secuelas de la uretritis gonocócica. También algunas ITS como el virus del papiloma humano (VPH) están relacionadas con la aparición cáncer de cuello uterino y cáncer anal.

Por otra parte las ITS aumentan la transmisibilidad del VIH desde y hacia las personas que contraen estas infecciones.

3.6 GENERO

Es uno de los factores que determina la vulnerabilidad del individuo de contraer el VIH, y se define mediante creencias, expectativas, costumbres y prácticas fuertemente arraigada en una sociedad que determina: cuales serán los atributos, comportamientos, roles y responsabilidades para el género masculino y el género femenino

Atributo masculino: No deben llorar, deben usar pantalones, el que trae el sustento en la casa, el jefe de familia, no deben realizar tareas domesticas como barrer, lavar o planchar ropas, no deben usar aros, maquillaje ni visitar salones de belleza. Pueden practicar deportes considerados viriles como: futbol, futbol americano, rugby.

Atributo femenino: el llanto es propio del género femenino como el uso de aros, maquillaje, pollera, visita a los salones de belleza, ser ama de casa por lo tanto debe barrer, cocinar, lavar, planchar la ropa, cuidar de los/as niños/as y de la pareja. En algunas sociedades deben cubrirse el rostro (burca) y no pueden ingresar a las universidades.

En otras sociedades se propaga la diferencia esencial entre el género masculino y femenino y la creencia, que el hombre (macho) debe mantener relaciones sexuales con múltiples personas sin temor del riesgo de contraer la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana y otras ITS, a las mujeres se les prohíbe ejercer sus derechos, tener control sobre los temas relacionados con su sexualidad o tomar medidas necesarias para evitar contraer la infección por el VIH.

La desigualdad de género contribuye a aumentar la epidemia del VIH, por lo que se debe adoptar medidas necesarias para obtener la igualdad, como promulgar, divulgar y acatar leyes que defiendan los derechos de las mujeres y las niñas frente a la discriminación y la violencia.

TRANSGENERO:

Se aplica a una variedad de individuos, conductas o grupos que suponen tendencias que se diferencian de los roles normativos (varón ó mujer), que normalmente son asignados al nacer y del rol que tradicionalmente tiene la sociedad.

3.7 DERECHOS HUMANOS

Es un derecho innato que tienen todas las personas por el sólo hecho de ser personas, que permitan una vida digna, basado en la igualdad, solidaridad, amor, libertad y justicia.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fueron aprobados y proclamados en diciembre del año 1948 en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebradas en Francia, que contempla 30 artículos, es la mayor garantía para la vida digna de todo ser humano, reconocida por casi todos los países del mundo, aunque en algunos quedan sólo en papeles.

3.1.1 DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH-SIDA/ITS

A las personas con VIH-SIDA/ITS, se les reconoce el derecho a la asistencia clínica necesaria y apropiada para la situación en que se encuentran, igual que a todos los otros enfermos de

otras patologías. Por lo tanto todos los proveedores de la salud tienen la obligación de prestación de los cuidados necesarios, como un deber profesional propio de su actividad.

No es legítima la negativa a la asistencia, ya que en principio el concepto del deber de los proveedores de la salud incluye la aceptación implícita de riesgo natural que representa toda actividad, por lo tanto cualquier negativa y/o impedimento a la asistencia puede significar omisión del deber profesional y/o del deber de auxilio.

De acuerdo a los criterios médicos legales y éticos la actitud negativa a la asistencia por los proveedores de la salud a la población general incluidas las PVVS, sólo se justifica por razones clínicas, basados en conceptos científicos para la aplicación de un determinado procedimiento clínico- diagnóstico y/o terapéutico.

3.7.2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El derecho a la vida es inherente a la persona humana, la Constitución Nacional 1992 en sus artículos 4, 6, 55 y 61 garantiza el derecho a la vida, a la calidad de vida, a la protección de la maternidad y paternidad responsable y el estado reconoce el derecho de las personas de decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia de nacimiento de sus hijos.

Los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 25 y 236 relacionados a la salud sexual y reproductiva, se encuentran en el Código Sanitario paraguayo que data de 1980, donde entre otros conceptos se expresa: que las personas por nacer tienen derecho a ser protegida por el estado, que durante la gestación la madre y el producto son considerados una unidad biológica, que todo aborto será penalizado de acuerdo a la legislación vigente.

3.7.3 PROTECCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Aunque el riesgo de transmisión por exposición laboral sea estadísticamente remoto, los proveedores de la salud deben adoptar rutinariamente las medidas de prevención, de acuerdo a los protocolos internacionales.

Así mismo las PVVS deben dar cumplimiento a las medidas que lleven a la prevención sanitaria ya sea en las hospitalizaciones o en el ambulatorio, sin que esto signifique estigma o discriminación.

4. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCION

El Modelo de Atención se rige por los siguientes principios:

a) Respeto, calidad y calidez

Toda la población que integra el grupo de mayor riesgo y vulnerables de contraer el VIH y otras ITS, tienen derecho de recibir una atención de calidad con calidez en los Servicios de Salud y que los proveedores del mismo respeten la dignidad individual.

b) Equidad

Con principio de justicia, para que todos los usuarios reciban el máximo nivel en la calidad de atención en los Servicios de Salud.

c) Accesibilidad.

El Modelo de atención garantiza que toda la población clave tenga acceso a toda la gama de opciones de programas: de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, en todos los servicios de atención para la salud dedicada al mismo.

d) Disponibilidad

El Gobierno nacional tiene la responsabilidad de dar respuestas a las necesidades de toda la población del país, con la creación o acondicionamiento de los Servicios de salud, especialmente a los que corresponde a la atención de PVVS.

e) Coordinación e integración

El Modelo de atención incluye el interrelacionamiento de todos los servicios de atención integral (SAI) de la capital e interior del país, con el funcionamiento de un sistema de referencia y contra referencia.

f) Eficiencia y eficacia

Lo que en el Modelo de atención se establece es: brindar atención gratuita a los integrantes de la población clave, con profesionales especializados y calificados, que realizan capacitación continua y que la atención sea a un costo razonable para el país, que asegure la sostenibilidad continua sin pausas, de las actuales prestaciones.

g) Universalidad

La atención en los Servicios de salud sea para todos/as, sin discriminación alguna, ni barreras de acceso, donde se incluya a las personas con VIH/SIDA/ITS sin diferencias políticas, edad, género, raza, cultura o religión.

h) Integralidad de las acciones en los servicios de salud

El modelo de Atención Integral contempla a la persona como ser bio-psico-social perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, de los miembros de su familia, de su comunidad.

Implica la orientación de la atención hacia la solución integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud.

La integralidad requiere que se identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud de los usuarios, que se identifiquen los factores, tanto de riesgo como protectores de salud, presentes en ellos, sus familias y comunidades, y que se disponga de recursos para manejarlas, teniendo en cuenta sus intereses y particularidades culturales.

5. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN

5.1 INTEGRADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para que la atención a los usuarios con VIH/SIDA/ITS se integre a los servicios de salud, el Modelo aprovecha al máximo la infraestructura, tanto física como tecnológica de los servicios y de los recursos humanos, introduciendo el concepto de redes de atención a las personas en sus distintos componentes:

Se prevé una complementación de recursos y esfuerzos entre los diferentes actores del sistema de salud y promueve una participación activa de la comunidad organizada.

5.2 REDES ASISTENCIALES

La organización en redes permitirá un mejor aprovechamiento de los recursos del sistema público y la seguridad social, así como una mayor participación de las organizaciones sociales, la participación activa de la comunidad, grupos de autoayuda, voluntariado, instituciones religiosas y organizaciones no gubernamentales, con el propósito de incorporar en forma eficiente los principios de equidad, calidad y eficiencia en la atención a todas las personas con VIH/SIDA/ITS.

5.2.1 Características de las redes asistenciales

a) Abierto:

Tiene una amplitud absoluta para la atención a todas las PVVS incluidas la población clave y su entorno familiar, además de conectarse a otras redes de Servicios y redes sociales, procurando la sinergia con otros Servicios de salud, tanto del sector del Seguro social, la Medicina prepaga, las ONG y/o la Medicina privada.

b) Flexible:

Permite a todas las PVVS y las que integran la población clave y su entorno familiar migrar a otros Servicios de mayor accesibilidad geográfica, para dar continuidad de los cuidados que necesitan, así como para conectarse con las redes de apoyo social.

c) Multidisciplinario

El Modelo de atención considera la atención integral como el resultado de un esfuerzo colectivo interdisciplinario entre las personas afectadas, su entorno familiar, comunitario y proveedores de la salud.

6. REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS

- 1- Unidad de salud de la familia (USF)
- 2- Centro de Especialidades médicas o Policlínicas
- 3- Hospitales Básicos - Materno Infantiles
- 4- Hospitales Generales Regionales
- 5- Hospitales Nacionales de Especialidades y Subespecialidades
- 6- Hospitales Nacionales Especializados

I NIVEL O PRIMARIO	Unidad de salud familiar (USF)
II NIVEL O BÁSICO	Hospitales básicos Policlínicas
III NIVEL O BÁSICO COMPLEMENTARIO	Hospitales Regionales Materno Infantil
IV NIVEL O ESPECIALIZADO	Hospitales Nacionales Especializados Hospitales Generales

6.1. LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA (USF)

En el pasado la organización de la atención en VIH/SIDA/ITS se fundamentaba en las definiciones del Sistema de Salud del Paraguay, previstas en el documento Organización de los Servicios de Salud establecidos por RM. SG N° 463 por la cual se había aprobado el documento «Organización de los Servicios de Salud en el marco de la reforma sectorial», como instrumento válido para el cambio. El 3 de agosto de 1998 el Sistema de Salud estaba conformado por el sistema público de Salud, la seguridad social, la medicina prepaga y la medicina privada.

Desde el año 2008, el MSP Y BS por resolución Ministerial SG N° 101 del 17-09-2008 se crea la Dirección General de Unidades de Salud de la Familia (USF).

La USF se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca: la promoción, protección, prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y manutención de la salud, que se realiza a través de ejercicios de prácticas gerenciales y sanitarias democráticas y participativas.

Cada USF está dirigida a poblaciones de territorios bien delimitadas, por las cuales asumen las responsabilidades sanitarias, considerando la dinámica existente en el territorio en que viven esas poblaciones (sic)

Las Unidades de salud de la familia, constituye la unidad básica funcional y operativa y puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, representado por la Gerencia de Área de Salud de la DGAPS, para la entrega de los Servicios en el primer nivel de Atención y para vigilar y garantizar la salud de todas las familias paraguayas mediante intervenciones a realizarse en espacios geográficos- poblacionales.(sic)

COMPOSICION

Las unidades de salud familiar (USF) están constituidas de la siguiente forma:

- a) Un (1) médico/a General
- b) Un (1) Lic. en Enfermería u Obstetricia
- c) Un (1) Auxiliar o Técnico superior en enfermería
- d) Cinco (5) o más agentes comunitarios de salud

Por cada 15 USF, será complementada con centros de mayor complejidad, llamadas policlínicas ambulatorias de especialidades y de urgencia, estos estarán ubicados en los actuales centros de salud, Hospitales Distritales y en algunos Hospitales regionales.

ESTRATEGIA

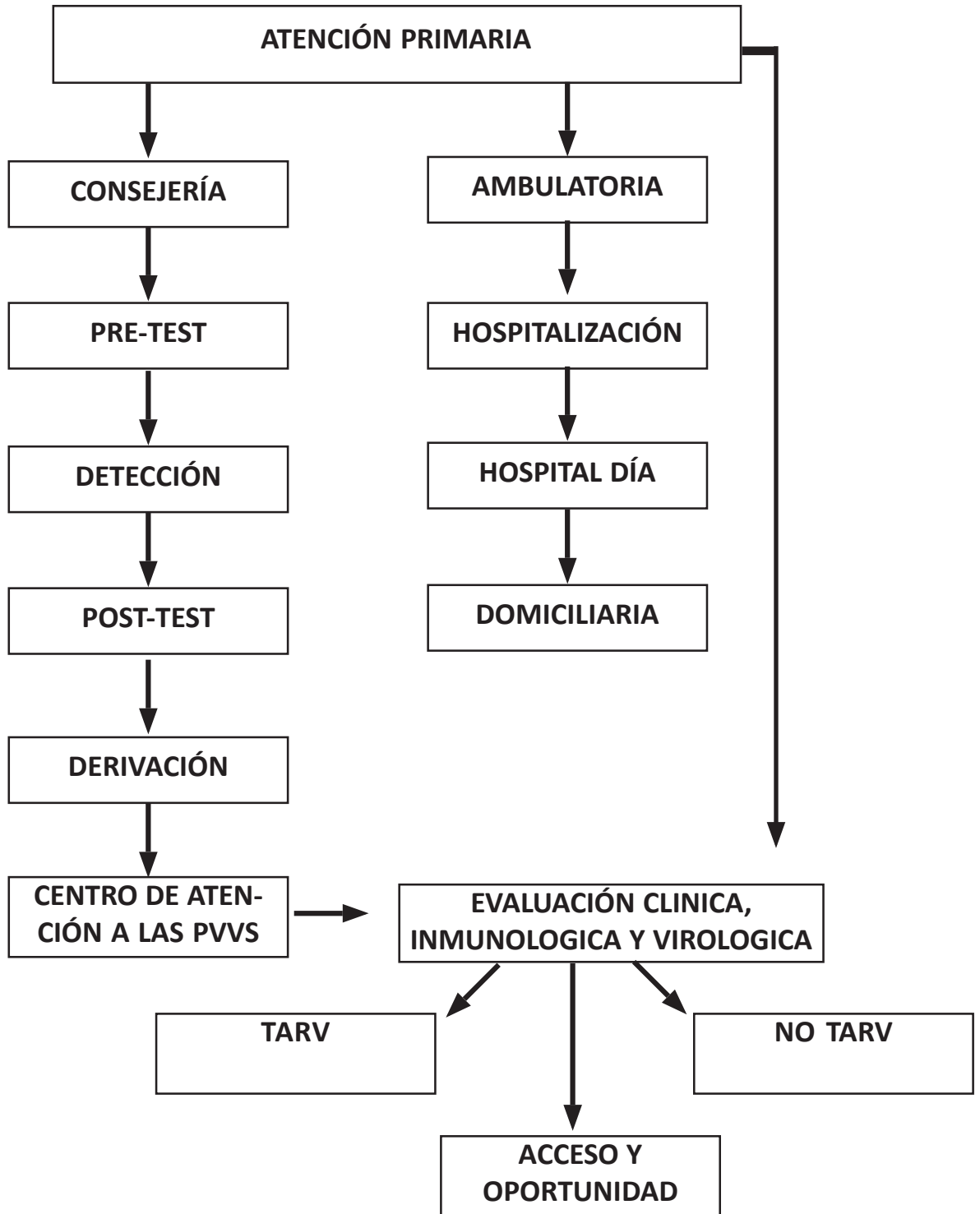
Promoción de la equidad en calidad de vida y salud en los niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

La cartera de servicios que se entregará a través de la USF, incluye promoción de la salud, prevención del daño, recuperación de la salud, rehabilitación y reinserción social, haciendo énfasis en la salud familiar.

ACTIVIDADES:

- a) Servicios de promoción de salud e integración comunitaria.
- b) Servicios de Educación y prevención de contraer el VIH e ITS.
- c) Oferta universal para el diagnóstico precoz del VIH e ITS.
- d) Consejería pre-test, post test y entrega de resultados.
- e) Resguardo de la confidencialidad.
- f) Servicios de Inmunizaciones.
- g) Servicios de salud sexual y reproductiva.
- h) Servicios de rehabilitación, mantenimiento de la salud y reinserción social.
- i) Diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis (TB).
- j) Diagnóstico, tratamiento y seguimientos de niños/as con sífilis.
- k) Seguimientos de los niños expuestos al VIH.
- l) Referencia de las PVVS a los consultorios especializados.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA



6.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS O POLICLINICAS

ESTRATEGIA:

Promoción de la Equidad en Calidad de vida y salud en la infancia, adolescencia, juventud, (hombres/mujeres adultos y ancianas/os), adultez y ancianidad.

ACTIVIDADES:

- a) Diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.
- b) Profilaxis en niños/as expuestos con TMP/SMX.
- c) Promoción de los Servicios para la prevención y atención del VIH/SIDA/ITS.
- d) Acciones educativas sobre salud sexual.
- e) Consejería y testeo para sífilis y VIH.
- f) Manejo sindrómico de las ITS.
- g) Referir para atenciones especializadas según sea necesaria.

6.3. HOSPITALES BASICOS MATERNO INFANTIL

ESTRATEGIA:

Promoción de la equidad en calidad de vida y salud en niños/as, adolescentes, jóvenes y mujeres adultas.

ACTIVIDADES:

- a) Consejería y testeo para sífilis y VIH en embarazadas.
- b) Tratamiento oportuno de la sífilis en las gestantes.
- c) Acciones educativas individuales o colectivas durante el prenatal sobre la prevención de la transmisión del VIH y sífilis.
- d) Manejo sindrómico de las ITS.
- c) Tratamiento de las parejas sexuales de las gestantes diagnosticadas con sífilis y VIH.

6.4. HOSPITALES GENERALES REGIONALES (SAI)

ESTRATEGIA

Promoción de la equidad en calidad de vida y salud en niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos/as.

ACTIVIDADES:

Los Hospitales regionales, donde funcionan los Servicios de Atención Integral (SAI), cuentan con los recursos necesarios para realizar confirmación diagnóstica, inicio de TARV, profilaxis y tratamiento de las Infecciones Oportunistas (IO).

6.5 DIAGNOSTICO CLÍNICO

En las policlínicas que funcionan en los Hospitales Regionales, distritales, y centros de salud, se realizan estudios de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las PVVS. La infección por el VIH tiene un amplio espectro de presentación clínica que va desde el momento de contraer la infección hasta la fase avanzada o SIDA, de ahí que las etapas que puede presentar la infección son:

- a) **Fase aguda:** puede ser asintomática o presentar síntomas leves o manifestarse como síndrome retroviral agudo que es la presencia inespecífica de fiebre, adenopatías, rash, mialgias, cefaleas y otros síntomas, pudiendo presentarse como un cuadro viral.
- b) **Fase crónica:** generalmente asintomática o con algunos síntomas menores que puede durar entre 5- 10 años.
- c) **Fase definitiva del SIDA:** que se manifiesta por la presencia de las enfermedades definitorias de SIDA, como las Infecciones Oportunistas, las neoplasias y Síndrome de desgaste.

El diagnóstico clínico hace sospechar la presencia de la infección VIH, pero siempre se debe recordar que la única determinación confirmatoria del VIH/SIDA es la prueba serológica llamada Western Blot.

6.6 DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE LA INFECCION

Los métodos serológicos para el diagnóstico del VIH se fundamentan en la detección de anticuerpos anti VIH, que aparecen después de la exposición al virus.

Antes de la extracción de la muestra de sangre, es importante, dar algunas informaciones sobre las vías de transmisión, el significado del periodo de ventana inmunológica y obtener el consentimiento del usuario/a.

Los estudios serológicos para detectar anticuerpos contra el VIH se clasifican en:

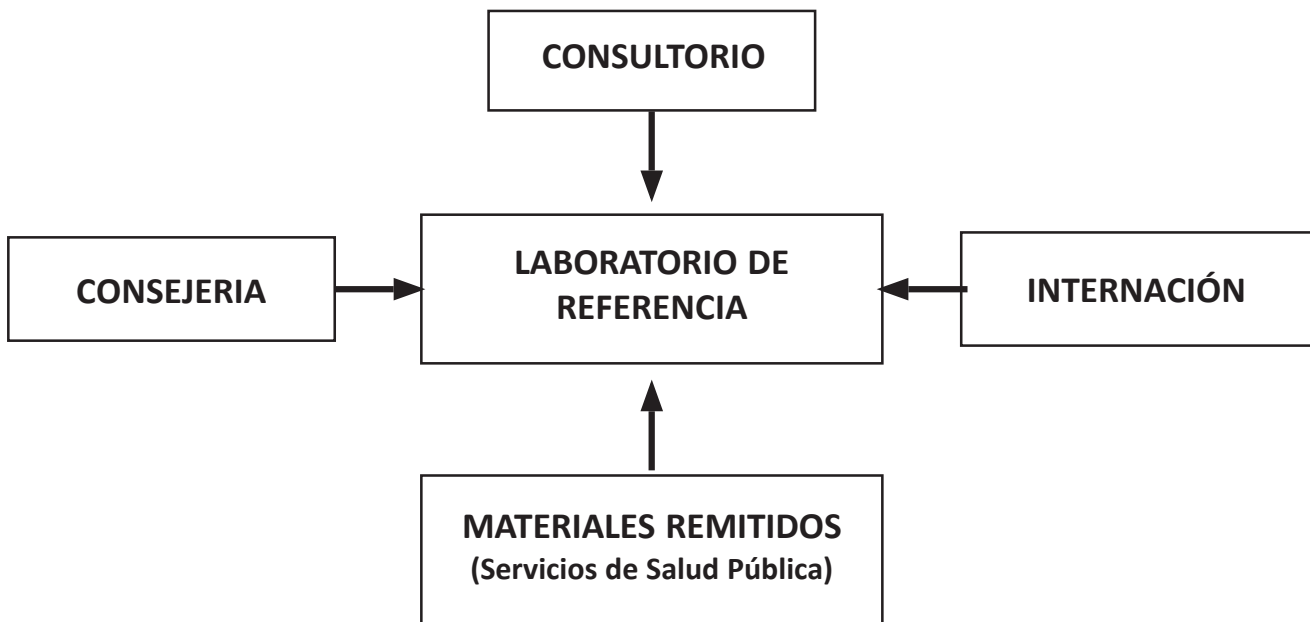
A. Análisis de tamizaje

- 1- **Test rápido:** de fácil realización e interpretación, no requiere equipamientos ni profesionales especializados, se puede tener resultados en 20 a 40 minutos.
- 2- **Test de Elisa:** requiere de profesionales especializados y equipamiento, se caracteriza por ser muy sensible, produciendo pocos resultados falsos negativos.

B. Análisis de Confirmación

Western Blot: es la prueba confirmatoria de la infección por VIH, se caracteriza por ser un método muy específico, lo que garantiza su utilización en nuestro país hasta la fecha.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EL LABORATORIO



6.7 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

La aparición de enfermedades definitorias de SIDA, es una de las indicaciones de iniciar el tratamiento antirretroviral, independiente a parámetros inmunológicos, aunque la decisión debe considerarse en forma individual y consensuada entre médico-paciente.

Antes del inicio, cada usuario debe conocer la importancia de adherirse al primer esquema de TARV, los cambios frecuentes pueden agotar las opciones futuras de tratamiento y recordar que es el momento de mayor posibilidad de obtener la supresión de la carga viral plasmática (CVP).

6.8 CRITERIOS DE INICIO DE TARV

La sola presencia de un resultado serológico de Western Blot reactivo, no es indicación para iniciar TARV, requiere de una evaluación clínica, inmunológica y virológica, y se hará de acuerdo a las Normas nacionales 2009-2010. A continuación se citan los criterios utilizados por el PRONASIDA para el inicio del TARV.

- 1- Condiciones definitorias del SIDA.
- 2- Recuento de linfocitos CD4 igual ó menor a 350 cel./mm³
- 3- Cuando el valor de linfocitos CD4 es mayor a 350 cel./mm³, se debe considerar el inicio de tratamiento siempre que vaya acompañado por:
 - a) Edad mayor a 55 años
 - b) Carga viral plasmática mayor a 100.000 copias
 - c) Disminución de linfocitos CD4 mayor a 120 células al año.

6.9 INICIAR TARV INDEPENDIENTE A LA CIFRA DE LINFOCITOS CD4

- 1- Gestantes.
- 2- Nefropatías asociadas al VIH
- 3- Co-infección con hepatitis C y B activa.
- 4- Riesgo cardiovascular elevado

6.10 PROFILAXIS PARA INFECCIONES OPORTUNISTA (IO)

La profilaxis o prevención de las Infecciones Oportunistas (I.O) en las PVVS es fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad de las mismas, contempla varios aspectos que se nombran a continuación:

Prevención de exposición: es una estrategia que puede reducir el riesgo de contraer infecciones oportunistas, cambiando el estilo de vida y realizando alguna estrategia como: evitar la visita a cavernas o demoler edificios viejos (Histoplasmosis, Criptococcus), evitar contactos con gatos y lavarse la mano después de limpiar el jardín (Toxoplasmas)

Profilaxis primaria: se realiza con la administración de fármacos, con el propósito de evitar la aparición de enfermedades con que posiblemente las PVVS han estado en contacto previamente. Según Guía de profilaxis y tratamiento para I.O. 2009-2010,

Profilaxis secundaria: se realiza con la administración de fármacos para evitar la recidiva de la enfermedad que contrajo la PVVS, se realiza según Guía de profilaxis y tratamiento para las I.O. 2009-2010.

7. TRATAMIENTO PARA INFECCIONES OPORTUNISTA (IO)

Las PVVS que se encuentran con cifras de Linfocitos TCD4 inferior a 200 cel. /mm³ es decir muy inmunodeprimidos presentan mayor riesgo de contraer enfermedades, conocidas como Infecciones oportunistas como: Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Meningitis a *Cryptococcus*, Histoplasmosis, Neumocistosis, Candidiasis, Herpes, Tuberculosis.

Todas estas enfermedades deben recibir tratamiento específico, y algunas deben continuar con profilaxis secundaria, según Guía de profilaxis y tratamiento para I.O. 2009-2010.

7.1. MANEJO DE NEOPLASIAS

Algunas neoplasias asociadas a la infección por el VIH son consideradas enfermedades definitorias del SIDA como: el sarcoma de Kaposi (SK), Linfoma no Hodgkin de alto grado de malignidad, linfoma primario del cerebro y el cáncer de cuello uterino invasivo.

Otras se observan con relativa frecuencia en las PVVS pero no son enfermedades definitorias del SIDA: cáncer de pulmón, cáncer ano-rectal, carcinoma baso celular, neoplasia de testículos, mieloma múltiple y linfoma de Hodgkin (LH)

SARCOMA DE KAPOSÍ (SK)

- 1- TARV, para mejorar el estado inmunológico.
- 2- Quimioterapia intralesional o sistémica, según pronóstico.
- 3- Todos los tratamientos según Normas Nacionales 2009-2010

LINFOMA NO HODGKIN DE ALTO GRADO (LNH)

- 1- Quimioterapia CHOP (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y prednisona)
- 2- TARV

LINFOMA PRIMARIO CEREBRAL (LPC)

- 1- Radioterapia
- 2- Quimioterapia (CHOP)
- 3- TARV

8. CO-INFECCION Y VIH/SIDA

8.1 SIDA /TB

El uso de TARV en las PVVS reduce la mortalidad, pero aumenta la hepatotoxicidad de los ARV cuando se asocia a los fármacos conocidos como tuberculostáticos, se debe realizar conteo de linfocitos CD4 antes del inicio del TARV, para aplicar el manejo de acuerdo a las Normas Nacionales. 2009-2010.

Las presentaciones extra pulmonares y la tuberculosis atípica, deben recibir TARV independiente al conteo de linfocitos CD4.

MANEJO

Según Normas Nacionales de Tratamiento antirretroviral del PRONASIDA, basado en las guías de la OPS.

- 1- Tuberculosis y recuento de linfocitos TCD4 < 100 cel/mm³ o TB extra pulmonar: Iniciar TARV tan pronto que sea posible, en general después de 2 semanas de tratamiento anti-TB.
- 2- Tuberculosis y recuento de linfocitos TCD4 entre 100-200 cel/mm³ o recuento total de linfocitos < 1.200 cel/mm³ Iniciar TARV después de 2 semanas de terapia anti. TB
- 3- Tuberculosis y recuento de TCD4 200 a < 350 cel/mm³ o recuento total de linfocitos TCD4. > 1.200 cel/mm³. Recomendar TARV y esperar hasta completar dos meses de terapia anti. TB
- 4- Tuberculosis con recuento de linfocitos TCD4 > 350 cel/mm³. Diferir TARV Completar tratamiento para TB y luego evaluar inicio de TAR
- 5- CD4 no disponible recomendar TARV. Iniciar tratamiento antituberculoso y después de 2 semanas iniciar TAR.

8.2 SIDA/HEPATITIS

Con la incorporación del TARV, han disminuido la aparición de Infecciones Oportunistas (I.O) observándose un aumento en la sobrevivencia de los usuarios con SIDA, pero, actualmente la co-infección por virus hepatotróficos VHC-y VHB aumenta el riesgo de la hepatotoxicidad de los antirretrovirales, dificultando el manejo de la infección por el VIH en las PVVS.

8.2.1 CO-INFECCION POR HEPATITIS C

Las PVVS presentan mayor prevalencia de VHC que la población general, ocurriendo mayormente en los usuarios de drogas inyectables, así mismo la tasa de progresión a cirrosis hepática es superior en las PVVS que presentan co-infección con VHC.

MANEJO

- 1- Evitar uso de alcohol
- 2- Si es posible evitar tratamiento concomitante con TARV, ribavirina e interferon
- 3- Si tiene indicación de TARV posponer en tratamiento de la HVC hasta la recuperación inmunológica.
- 4- En las PVVS con recuento de linfocitos CD4 > 350 cel./ mm³, es preferible el tratamiento de la HVC antes del TARV.
- 5- Evitar el uso de didanosina con ribavirina y nevirapina.
- 6- La utilización de zidovudina y ribavirina aumenta la toxicidad sobre la médula ósea.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE VIH/VHC

El tratamiento debe ser interferon peguilado asociado a ribavirina por 48 semanas

- 1-Alfa 2a interferon peguilado: 180 mcg, s.c. una vez por semana.
- 2-Alfa -2b interferon peguilado: 1,5 mcg/kg, una vez por semana.
- 3-Ribavirina: 1.000 mg, peso es < a 75 Kg y 1.200mg si el peso es = o > de 75 Kg, vía oral por día

8.2.2 CO INFECCION POR HEPATITIS B

La tasa de prevalencia de la hepatitis B en las PVVS es inferior a la hepatitis C, pero las que desarrollan hepatitis aguda tienen un mayor riesgo de quedar como portadores crónicos que la población general, la infección por el VIH aumenta la replicación del virus de la hepatitis B, llevando a un daño hepático más severo.

MANEJO

- 1- Evitar el uso de alcohol
- 2- Aconsejar la vacunación anti-VHB, en los seronegativos.
- 3- Usar en el esquema de TARV por lo menos dos fármacos activos contra el VHB

9. INMUNIZACIONES

9.1 NIÑOS/AS EXPUESTOS/AS Y CON VIH/SIDA

Todos los niños/as deben recibir la inmunización correspondiente, de acuerdo a la edad cronológica, con la única diferencia que en los niños/as expuestos y/o con VIH/SIDA se debe evitar la administración de vacunas con virus vivos atenuados. Seguir las Normas Nacionales de tratamiento para niños/as 2009-2010.

9.2 ADULTOS

Se recomienda la inmunización en adultos y adolescentes >13 años infectados con el VIH. Para lo cual deben recibir las siguientes vacunas:

- 1- Antigripal estacional y para influenza H1N1
- 2- Antineumococica.
- 3- Anti el VHB y VHA
- 4- Anti fiebre amarilla. (en zonas endémicas)
- 5- DT (Difteria/tétanos)

Deben recibir inmunización con la vacuna para el papiloma virus humano (HPV), las niñas y adolescentes que aun no han iniciado relaciones sexuales. La primera dosis entre los 11 y 12 años, la segunda dos meses después de la primera, y la tercera a los 3 meses de la primera dosis (0, 2,3).

10. SUGERENCIAS PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- a) Aprovechar las consultas, para que las personas identifiquen sus propios riesgos de adquirir la infección y disminuyan sus conductas de riesgo.
- b) Considerar el nivel socio-cultural de los usuarios, con el propósito de adecuar el lenguaje tratando de mantener una buena comunicación y entendimiento entre los interlocutores.
- c) Identificar en los usuarios el riesgo de adquirir la infección VIH, se debe hablar con ellos sobre las relaciones sexuales, por lo que hay que trabajar para conseguir un clima de cordialidad y empatía.
- d) Tratar de identificar posibles conductas de riesgo, y, si las tiene ayudar para minimizarlas y no limitarse a un sólo día, sino debe ser una actitud continua para conseguir reducir el riesgo de infección.

«No se trata de menos sexo, sino sexo más seguro. Hay que recordar que el amor en si no protege de la infección por el VIH, hay que protegerlo».

- e) Realizar diagnóstico precoz del VIH y otras ITS.
- f) Tratar y realizar seguimiento de las ITS.
- g) Realizar profilaxis de la transmisión vertical y seguimiento del embarazo.

11- RECOMENDACIONES

La abstención sexual y las prácticas sexuales entre personas no infectadas que mantienen una relación mutuamente fiel, no presenta riesgo de contraer el VIH.

Sin embargo muchas personas prefieren otras opciones, por lo que se debe informar las diferentes prácticas sexuales de mayor y menor riesgo, por lo que las siguientes recomendaciones podrían servir para el efecto:

a) SEXO MÁS SEGURO

- 1- Reducir el número de parejas sexuales
- 2- Usar preservativo siempre en cada relación sexual.
- 3- No tener relación bajo efecto del alcohol o drogas.

b) PRACTICAS QUE NO TIENEN RIESGOS

- 1- La masturbación mutua
- 2- Besarse.
- 3- Los masajes, abrazos y caricias.

c) PRACTICAS SEXUALES ORDENADAS DE MENOR A MAYOR RIESGO

- 1- Contacto sexual con uso correcto de preservativos
- 2- Contacto de boca con boca, pene, ano y/o vagina.
- 3- Coito vaginal receptivo sin protección
- 4- Coito anal insertivo sin protección.
- 5- Coito anal receptivo sin protección.

d) USO CORRECTO DE PRESERVATIVOS

- 1- Usar preservativo al inicio de la relación sexual.
- 2- Usar preservativos de buena calidad.
- 3- Cuidar de no estropear al abrir.
- 4- Colocar ante cualquier contacto sexual.
- 5- No usar grasas, aceite o lociones, que lo puedan romper.
- 6- No exponer al calor. Ej. dejar en la guantera del automóvil.
- 7- No tener por mucho tiempo en la billetera.
- 8- Usar lubricantes sólo a base de agua.

12. AYUDA PSICOLOGICA-SOCIAL

12.1. GENERALIDADES

Las afectaciones psicosociales que padecen la gran mayoría de las PVVS son complejas y variables que requieren de intervenciones multidisciplinarias bien coordinadas, que podrían abordarse en la primera entrevista, donde los proveedores de la Atención Primaria (UFS) tienen su campo de acción, es decir en el primer encuentro con el Sistema de Salud.

Muchas de las personas con VIH/SIDA y especialmente los que integran la población de mayor riesgo de contraer la infección, sufren de reacciones adversas por parte de la sociedad manifestados por hostilidad y el rechazo, que favorece la soledad y el aislamiento social. Hasta ahora las PVVS integren o no a la población clave sufren de parte de la sociedad e inclusive de los proveedores de la salud el estigma y discriminación que repercute sobre el acercamiento y utilización de los programas sobre VIH/SIDA que ofrecen los Servicios de salud.

12.2 APOYO SOCIAL

Es el conjunto de acciones que contribuyen a satisfacer las necesidades sociales básicas de las personas como:

- 1-Mantener el afecto y el vinculo familiar.
- 2-Ser aprobados por los demás.
- 3-Contar con programas para la inserción laboral.
- 4-Realizar cursos de formación laboral
- 5-Crear un programa de búsqueda de empleo, a través de los Servicios Sociales.

12.3 APOYO PSICOLOGICO

La confirmación del diagnóstico de la infección del VIH, produce un fuerte impacto psicológico en la persona afecta, en el entorno familiar y amigos, pertenezca o no a la población clave, que indefectiblemente deben pasar por un proceso de adaptación psicológica.

Algunas reacciones que presentan la gran mayoría de las PVVS ante el conocimiento de la infección se manifiestan por: sorpresa, negación, abatimiento, agitación, hostilidad, ideas o conductas suicidas, miedo, enojo o desapego.

12.4 ¿CÓMO SE PUEDE AYUDAR A LAS PVVS CON ESTAS REACCIONES?

- Estimular a que enfrente la situación en forma constructiva.
- Mantener la calma y buscar apoyo.
- Darse permiso para sentir.
- Leer y aprender sobre VIH.
- Pensar en forma positiva.

13. MANEJO DE ADICCIONES

13.1 GENERALIDADES

Los usuarios de drogas generalmente tienen una reacción negativa frente a los proveedores de la salud, por el temor a que sean descalificados moralmente y además que reciban una atención de calidad inferior, comparado con otros grupos.

La norma del PRONASIDA para la población general y la población clave es proporcionar una atención humanitaria de alto nivel científico, con equidad y fácil acceso a todos los Servicios de salud. Ellos presentan las mismas angustias y temores que otros que no son usuarios de drogas y han contraído la infección por el VIH.

El organismo de las personas con VIH/SIDA usuarios de drogas se debilita en proporción directa: al tipo de droga, la vía administración, cantidad y tiempo de adicción. Los usuarios de drogas inyectables corren riesgo adicional de contraer el VIH: por la vía sexual y por compartir jeringas usadas.

Si son usuarios de drogas inyectables, la primera medida que se debe tomar para disminuir el riesgo de contraer el VIH, es el cambio de vía de administración por otra más segura. Si no se consigue lo anterior, la siguiente opción sería la de prevenir el uso compartido de jeringas.

La reducción del daño relacionado al uso de droga requiere de la abstinencia; cambiar la sustancia por otra o disminuir el uso, y para lograr este propósito deben participar con intervenciones adecuadas; los proveedores de la salud, la familia y la comunidad.

El equipo que integra los proveedores de la salud debe garantizar la confidencialidad tanto del consumo de droga como el diagnóstico del VIH, para evitar la estigmatización y discriminación, porque ésta puede ser una barrera para la identificación y tratamiento a ésta población.

13.2 NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE DROGAS

Los proveedores de la salud sienten que la atención a los usuarios de drogas demanda una atención multidisciplinaria donde deben intervenir los profesionales de la salud, la familia, amigos y la sociedad toda. Los usuarios de drogas presentan una fragilidad especial como:

- 1-Miedo a consultar y ser examinados.
- 2-Impaciencia para esperar a ser atendido en la sala de espera.
- 3-Dificultad para narrar con secuencia su dolencia.
- 4-Necesidad de ser escuchados y recibir consejos adecuados.

13.3 ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

- 1- Orientar a los jóvenes para lograr sus metas.
- 2- Propiciar su participación en actividades que demuestran mayor aptitud.
- 3- Fomentar la participación de la juventud en actividades deportivas, culturales y recreativas.

- 4- Realizar campañas para informar sobre el uso de drogas y sus consecuencias.
- 5- Informar a la comunidad de la existencia de centros de capacitación, orientación y rehabilitación.

13.4 DAÑO PRODUCIDO POR EL CONSUMO DE DROGA

El consumo de droga en forma excesiva y continua (adicción) tanto en la población general como clave ocasiona, daño familiar, laboral y social, que se manifiestan por:

- 1-Ausencia repetida en el trabajo y/o en la escuela.
- 2-Descuidos de sus obligaciones y responsabilidades.
- 3-Discusiones, pelea, riña, malos tratos o violencia física en la familia, trabajo, escuela.
- 4-Abandonan o descuidan tratamiento.

13.5 ESTRATEGIA PARA DISMINUIR EL DAÑO

Es el momento de plantear la participación de la familia, incluida la pareja, como fuente de confianza y seguridad para mejorar la dependencia a la droga, ya que son sustancias que se consumen por voluntad propia.

El propósito de la estrategia es disminuir el riesgo de contraer la infección por el VIH, las actividades deben estar orientadas hacia este fin, como:

- 1- Motivar el abandono del consumo de drogas inyectables.
- 2- Si no es posible, cambiar la vía de administración, por otra más segura.
- 3- Colaborar en la estrategia para el cambio.
- 4- Reforzar positivamente cualquier cambio realizado.
- 5- Potenciar hábitos saludables.
- 6- Realizar acompañamiento psicológico continuo.
- 7- Recordar la utilización de preservativos en forma correcta en cada relación sexual.
- 8- Recomendar programas a base de acompañamiento con fármacos que reducen la dependencia
- 9- Ofrecer estudio serológico para VIH y otras ITS.

14. ORIENTACION JURIDICA PARA LA POBLACION CLAVE

Las PVVS deben estar informados del contenido de la Ley N°3.940 que establece los derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH/SIDA.

15. SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL (SAI)

Actualmente existen Servicios de Atención Integral (SAI) en seis (6) regiones Sanitarias del país que cuentan con la infraestructura necesaria para realizar consejería, estudios de tamizaje para VIH/ITS, estudios para confirmación diagnóstica, control y seguimiento de las PVVS, tratamiento con antirretrovirales (ARV), profilaxis y tratamiento para las Infecciones Oportunistas (I.O). Así mismo cuentan con stock de fármacos para la distribución gratuita de antirretrovirales y antibióticos de acuerdo a la demanda en cada SAI.

15.1 HOSPITALES GENERALES REGIONALES

Los Hospitales Regionales de los Departamentos: Central, Caaguazú, Alto Paraná, Itapúa y Amambay junto con el Instituto de Medicina tropical I(IMT), cuentan con los recursos humanos, tecnológicos y físicos para brindar atención a todas las personas incluyendo a la población general y a las personas que viven con el VIH/SIDA y otras ITS. A continuación se describen las actividades que se realizan en los ambulatorios de los SAI.

15.1.1 CONSEJERIA

Los equipos de atención dedicados a esta labor deberán informar y proporcionar orientación respecto a la modificación de hábitos, especialmente en aquellos con conducta de riesgo, brindaran Instrucciones del uso correcto de los preservativos masculino y femenino. La Consejería y Prueba de VIH representan el punto de entrada a la prevención, atención, cuidado y tratamiento. A través de ello, las personas conocen su estado serológico, comprenden las implicaciones de la infección, obtienen acceso a la información y servicios preventivos así como adquieren opciones para acceder a cuidados y tratamiento de calidad.

Esta actividad es un diálogo confidencial entre el consejero/a y el/la usuario/a, con el propósito que el mismo logre manejar el estrés y de esta manera pueda reflexionar y tomar decisiones personales relacionadas con el VIH/SIDA (WHO 2004).

El personal de salud capacitado en Consejería, debe ofrecer de manera rutinaria asesoramiento y prueba de VIH en todos los Servicios donde salud.

En el marco de la estrategia <OPT-OUT> de pruebas y asesoría practicadas por recomendación del profesional tal como lo proponen la OMS y el ONUSIDA, en la atención estándar que reciben todos los pacientes se sugiere introducir, sistemáticamente una prueba voluntaria de diagnóstico de la infección por el VIH, que los pacientes pueden rechazar si así lo desean.

Las pruebas de detección de infección por el VIH y asesoría practicados por recomendación del profesional tratante siempre deberían tener como objetivo hacer lo que más convenga al paciente, lo que implica proporcionar a las personas interesadas información suficiente

para que puedan decidir, de forma voluntaria e informada, si se someterán a la prueba. La consejería posterior a la prueba y la derivación a servicios adecuados son esenciales para todos los pacientes, independientemente de cuál sea el resultado.

Este enfoque se refiere a las pruebas de detección de infección por el VIH y asesoría que ofrece el personal de salud entrenado en consejería a las personas que acuden a los Establecimientos de asistencia y atención de la salud.

El principal objetivo de estas pruebas es tomar decisiones clínicas concretas y/o ofrecer servicios médicos específicos que no podrían prestarse sin conocer el estado serológico con respecto al VIH de la persona.

Se insiste en el hecho de que los servicios de pruebas y consejería practicados a instancias del profesional son voluntarios, y hay que respetar **las «tres C» (Consentimiento informado, Consejería y Confidencialidad)**.

ACTIVIDADES QUE SE APOYAN A TRAVES DE LA CONSEJERIA EN PTMI

- a) Oferta de la prueba de detección del VIH a las embarazadas.
- b) Entrega personalizada del resultado de la prueba
- c) Orientación respecto a los servicios a los cuales pueden acceder las embarazadas que reciben un resultado reactivo de la prueba.
- d) Promoción de estrategias para la prevención del VIH.

CONSEJERIA ABREVIADA PARA LA PTMI

La consejería abreviada para embarazadas se orienta a prevenir la adquisición de VIH, así como la transmisión al hijo/a durante el embarazo, parto y lactancia.

La oferta del examen se realizará en el primer control prenatal, independiente a la edad gestacional en que acude la embarazada al servicio de salud, siempre acompañado de consejería Pre y post prueba, asimismo a las embarazadas que acudan al servicio, con embarazo a término, en este caso se procederá a una consejería mucho más abreviada, en donde se ofrece la prueba, se menciona las condiciones en las cuales se realizará, se plantea las ventajas de realizarse la prueba y si la embarazada acepta en forma voluntaria, firmará el consentimiento informado.

ESTRUCTURA DE CONSEJERIA ABREVIADA EN PTMI

Consejería Pre prueba de VIH:

- a) Ofrecer la prueba para VIH, a la embarazada, **en lo posible** en un lugar tranquilo, sin interrupciones y sin la presencia de otras personas, por el respeto a la confidencialidad de la consultante.
- b) Mencionar las condiciones en las cuales se realizará, voluntaria, confidencial y con consentimiento informado por escrito.

- c) Plantear las ventajas de realizarse la prueba para VIH, enfatizando la oportunidad de prevenir la transmisión madre a hijo del VIH.
- d) Brindar información básica sobre el VIH, de acuerdo a la demanda de la consultante.
- e) Revisar posibles resultados de la prueba.
- f) Si decide hacerse la prueba, firmará el consentimiento informado
- g) Llenar todos los campos del protocolo de pre consejería.
- h) Derivar para la toma de muestra

15.1.2 LABORATORIO

A más de los estudios que se realizan en los consultorios generales de las Policlínicas ambulatorias, cuenta con métodos que detectan la presencia del virus o parte de los mismos, como:

Carga viral plasmática: es el método recomendado que se utiliza en niños menores de 18 meses, nacidos de madres seropositivas, con el fin de evitar los falsos positivos, por los anticuerpos transferidos en forma pasiva, a través de la placenta. También se puede utilizar para el diagnóstico de la fase aguda de la infección, con lo que se acorta el periodo de ventana inmunológica a 12 días aproximadamente.

Dosaje de linfocitos CD4: permite conocer el estado inmunológico de la PVVS, constituye el parámetro principal para el inicio de TARV

15.1.3 CONSULTORIOS

MEDICOS:

Formados por proveedores de la salud altamente capacitados para brindar atención a las PVVS y usuarios con ITS, desde el diagnóstico, tratamiento con antirretrovirales (TARV), profilaxis y tratamiento de las Infecciones Oportunistas (I.O) y seguimiento clínico, inmunológico y virológico.

PSICOLOGICOS:

De acuerdo a la demanda, prestan servicios de contención y seguimiento de las PVVS e ITS, en los consultorios como en las Hospitalizaciones.

ASISTENCIA SOCIAL:

Ayuda a mejorar la adherencia al TARV, con manejo personalizado que facilita el seguimiento de las PVVS.

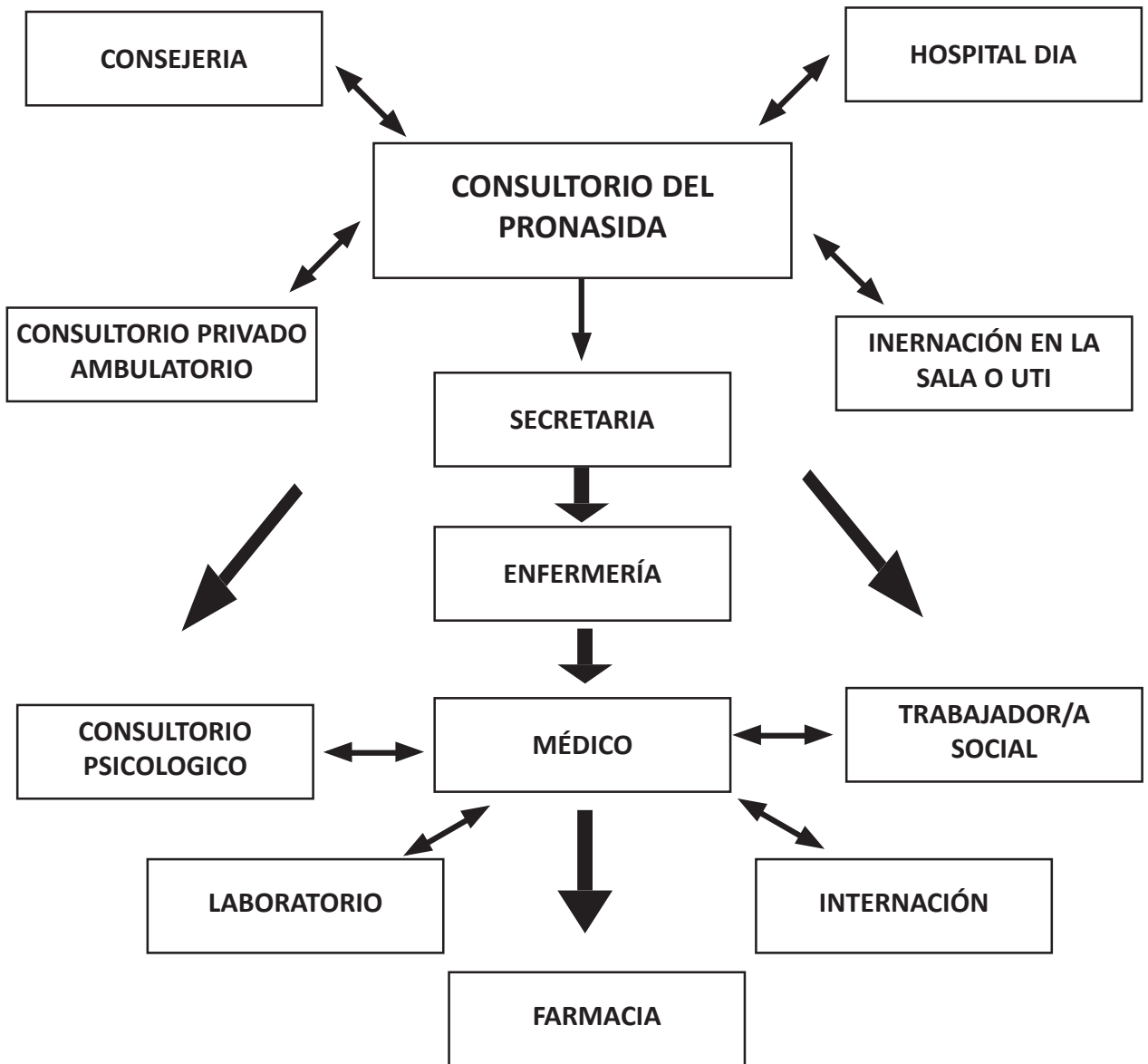
15.1.4 LOGISTICA:

La Logística es el área donde se realiza las gestiones de selección, planificación y programación de necesidades, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, reactivos e insumos a los Servicios de salud dedicado a la atención a las PVVS.

15.1.5 FARMACIA:

Cuentan con stock continuo de antirretrovirales y antibióticos para ser distribuidos en forma gratuita a las PVVS y a los usuarios de otras ITS.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO



15.1.6 HOSPITALIZACIONES

HOSPITAL DIA

El hospital día favorece el alta precoz de los enfermos y ahorra ingresos evitables, permitiendo al usuario permanecer en su entorno habitual y continuar su tratamiento, de no existir esta estructura precisaría de un ingreso Hospitalario.

INTERNACIONES

A pesar del uso de los antirretrovirales de gran actividad (TARGA), no se elimina por completo la incidencia de complicaciones por infecciones oportunistas especialmente aquellos usuarios que iniciaron tratamiento con enfermedad muy avanzada o abandonaron el tratamiento, por lo que necesariamente algunas PVVS requerirán las internaciones hospitalarias

TERAPIA INTENSIVA

Tampoco se puede descartar que las PVVS presenten complicaciones que se observan en población general, teniendo en cuenta la expectativa de vida de las PVVS, por lo que a veces necesitan ser internadas en los Servicios de Terapia Intensiva.

16. RED DE SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL DEL PARAGUAY

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPYBS), a través del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA (PNS) «ejerce la rectoría de la respuesta nacional a la epidemia del VIH/ITS y provee servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a todas las PVVS y otras ITS.

Con este propósito el Equipo Técnico de Atención Integral del PRONASIDA con el apoyo del Proyecto Fondo Mundial contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, elaboraron el Manual Guía e Instrumento para realizar el Diagnostico Situacional de los Recursos disponibles en cada SAI seleccionado bajo el criterio de mayor concentración de los casos de SIDA en estas regiones que son: Asunción, Central, Caaguazú, Itapúa, Amambay y Alto Paraná.

A partir de los resultados del estudio se oriento la identificación de recursos y la selección y jerarquización de los establecimientos que conforman la red; se los clasificó siguiendo las recomendaciones de las estrategias construyendo paso a paso.(OPS-OMS Agosto 2002) en niveles primario, secundario y terciario, con la salvedad de que estas definiciones serían ajustadas en función de la capacidad resolutive de los servicios, de la evolución de la epidemia y de las características socio demográficas del País.

Cada SAI tiene su zona de influencia que es flexible para permitir el ingreso de las personas en cualquier punto de la red de manera que las PVVS pueden recibir atención en cualquiera de los Servicios que forman parte de la red.

A continuación se describen las redes ya conformadas cuyo incremento y expansión serán progresivos.

16.1 RED DE SISTEMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ASUNCIÓN

Área geográfica de influencia: Asunción y Gran Asunción

Servicios que conforman la red:

HOSPITALES	CENTRO DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
PRONASIDA (Servicio de referencia de tercer nivel para PVVS)	3 de Febrero	Pedro Vieira
Barrio Obrero	Zeballos Cué	San Alfonso
San Pablo	Nº 11, 7, 8	Sagrado Corazón de Jesús
Cruz Roja Paraguaya	Nº 12 (Valerio Fernández)	Salvador del Mundo
Trinidad	Nº 3 (Domingo Sabio)	San Cayetano
Materno Infantil Loma Pyta	Nº9 (b. Caballero)	
IPS	Santa Ana	
	CEPEP	
	CAMSAT	
Hospital Regional de Villa Hayes Hospital Distrital de Falcón	Benjamín Aceval	

16.2 RED DE SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DEPARTAMENTO CENTRAL

Área geográfica de influencia: Departamento Central, Cordilleray Paraguari

Servicios que conforman la red:

HOSPITALES	CENTROS DE SALUD
Nacional de Itagua (Servicio de referencia de tercer nivel para PVVS)	Nueva Italia, Aregua
San Lorenzo	San Antonio
Fernando de la Mora	Villeta
Lambaré	Villa Elisa
Ñemby	Guarambaré
Luque	Itá
Limpio	Itauguá
Materno Infantil de Capiatá	Acahay
Ypacaraí	Caapucú
Ypané	Mbuyapey
Mariano Roque Alonso	Yaguarón
J.A. Zaldivar	Arroyos y Esteros
Del Indígena	Caragatatay
CMI de San Lorenzo	Piribebuy
Paraguarí	Tobati
Carapeguá	Juan de Mena
Qüindy	
Ybycuí	
Caacupé	
Eusebio Ayala	
Altos	

16.3 RED DE SISTEMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DEPARTAMENTO DE CAAGUAZÚ

Área geográfica de influencia: Caaguazú, Guairá, Caazapá

Servicios que conforman la red:

HOSPITALES	CENTRO DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
Regional de Coronel Oviedo (servicio de referencia de tercer nivel para PVVS)	J. Eulogio Estigarribia	Lima
Distrital de Repatriación	Dr. Juan Manuel Frutos	San Francisco
Distrital de Caaguazú	La Pastora	
Distrital de Yhu	Nueva Londres	
Distrital Independencia	San José de los Arroyos	
Caazapá	Iturbe	
	De Avaí	
	Buena Vista	
	Yuty	
	Fulgencio Yegros	
	Gral. Higionio Morinigo	
	Tavaí	

16.4 RED DE SISTEMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DEPARTAMENTO DE ITAPÚA

Área geográfica de influencia: Itapúa, Misiones, Ñeembucú

Servicios que conforman la red:

HOSPITALES	CENTRO DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
Regional de Encarnación (Servicio de referencia de tercer nivel para las PVVS)	Capitán Meza	Arroyo Porá
Distrital de Coronel Bogado	Obligado	Cambyreta
Distrital María Auxiliadora	Fram	La Paz
Aldea SOS Hohenau	General Artigas	
San Juan Bautista Misiones	General Delgado	
Distrital San Ignacio Misiones		
Aldea SOS Misiones		
Regional de Pilar		

16.5 RED DE SISTEMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DEPARTAMENTO DE ALTO PARANÁ

Área geográfica de influencia: Alto Paraná y Canindeyú

Servicios que conforman la red:

HOSPITALES	CENTRO DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
Regional de Cdad. del Este (Servicio de referencia de tercer nivel para las PVVS)	Itakyry	Los Cedrales
Hernandarias	Santa Rita	
Presidente Franco	J.E. Óleary	
Minga Guazú	Naranjales	
Los Angeles	Santa Rosa de Monday	
Regional Salto del Guairá		
Distrital de Curuguaty		

16.6 RED DE SISTEMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DEPARTAMENTO DEL AMAMBAY

Área geográfica de influencia: Amambay, Concepción, San Pedro Norte, Boquerón

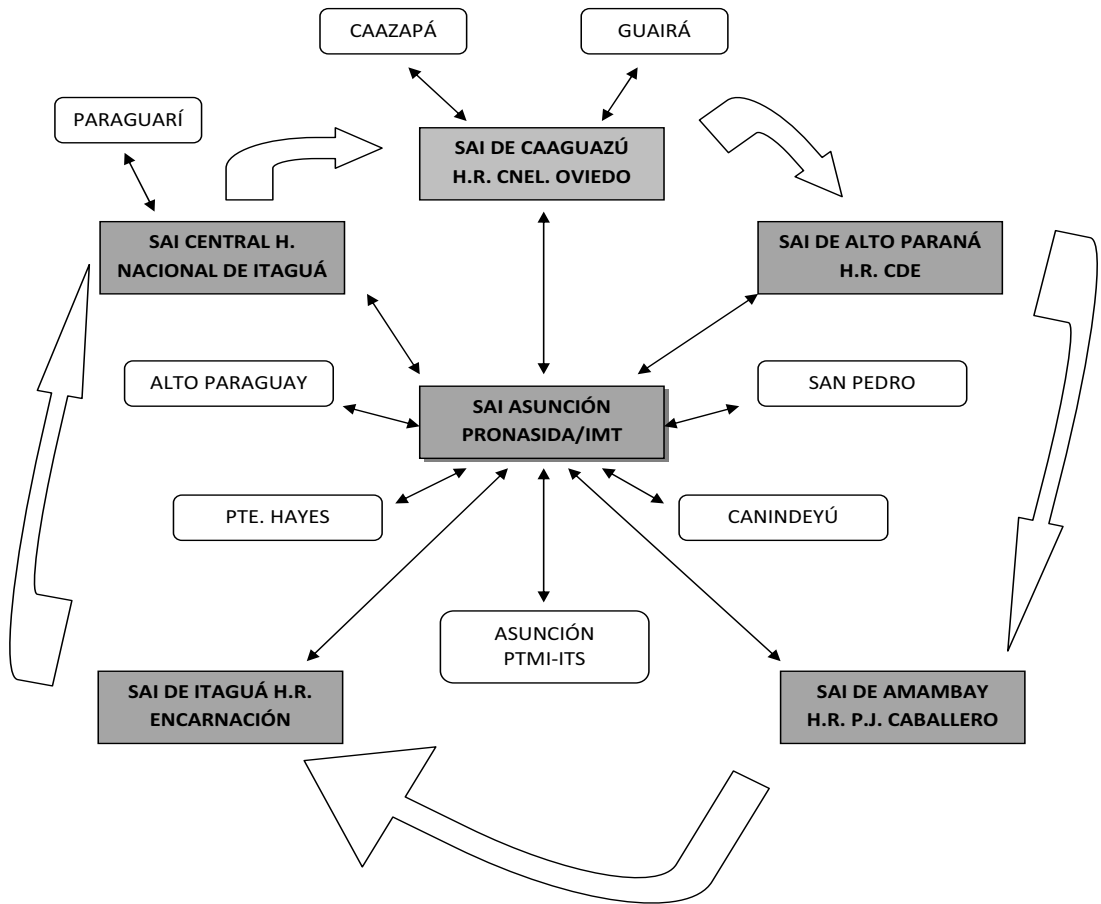
Servicios que conforman la red:
HOSPITALES

CENTROS DE SALUD

HOSPITALES	CENTROS DE SALUD
Regional Pedro Juan Caballero (Servicio de referencia de tercer nivel para PVVS)	Bella Vista
Regional Concepción	Capitán Bado
Distrital Horqueta	Yby Yaú
Regional San Pedro	Valle mí
Distrital San Estanislao	Aldea SOS Belén
Regional Mcal. Estigarribia	
Villa Choferes del Chaco	

La atención a las PVVS será efectuada en las estructuras ya existentes y de acuerdo a las características o nivel de atención de cada SAI, el acceso y el seguimiento será facilitado por la organización en redes.

FLUJOGRAMA DE SERVICIOS QUE BRINDAN ATENCION A LAS PVVS



17. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y EQUIPAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL

Los Servicios de Atención Integral (SAI) deben reunir algunas características físicas de la planta, aunque no necesariamente deben estar lejos de la atención a la población general.

Las recomendaciones son:

- Área de Consejería.
- Área de Laboratorio.
- Área de Consultorio.
- Área de Logística
- Área de Farmacia.
- Área de Internación.

- 1) Accesos y Áreas de circulación:** Deben ser amplias con facilidades para minusválidos, por las frecuentes complicaciones neurológicas del VIH en estos usuarios.
- 2) Salas de espera y Área de recepción:** Estas deben contar con sillas acorde al número de PVVS que se atienden en el Servicio.
- 3) Baños:** Los baños deben estar diferenciados por sexo, señalizados, bien aseados y ventilados.
- 4) Los consultorios médicos:** suficiente en número para la cantidad de profesionales que atienden en el Servicio, debe ser una sala amplia, que cuente con la privacidad necesaria, con 2 sillas para el usuario y acompañante, y 1 para el médico, camilla de examen, facilidad para el aseo, buena ventilación e iluminación, deben contar con insumos como: toallas, guantes y baja lenguas desechables. Además de la presencia de Licenciada o Auxiliares en Enfermería.
- 5) Para la atención del Psicólogo/a:** Asignar una sala amplia, bien iluminada y ventilada, para las actividades a ser desarrolladas.
- 6) Para la atención de enfermería:** Para desarrollar las actividades propias de enfermería, las salas deben ser amplias, bien iluminadas, aseadas, que cuenten con mobiliario y equipo para desempeñar sus funciones.
- 7) Toma de muestra:** contar con una sala de toma de muestras amplia con facilidad de aseo, área limpia y sucia, buena ventilación e iluminación, con lavamanos, dispensador de ja-

bón, toallas, guantes, jeringas desechables y sillón adecuado para dicha función. La ubicación de la sala de toma de muestra es definida por cada Servicio.

- 8) Consejería:** para las actividades de la consejería se necesita de espacios físicos amplios y privados para resguardar la confidencialidad del usuario.
- 9) Logística:** Para asegurar la disponibilidad de medicamentos, reactivos y otros productos no farmacéuticos en todos los SAIS y Servicios de PTMI. Para ello se dispondrán de depósitos para almacenamiento de medicamentos y equipamientos para medicamentos y reactivos que requieren cadena de frío. Los productos deberán ser distribuidos cumpliendo con las buenas prácticas de transporte, de acuerdo a las necesidades de cada servicio.
- 10) Farmacia:** debe contar con espacio físico de acuerdo al número de funcionarios y personas que son atendidas, que permita la relación con el paciente para refuerzo y control de las indicaciones y adherencia. Se requiere de un equipamiento que cuente con las condiciones necesarias para el almacenamiento de los medicamentos, conexiones vía Internet, programas que permitan los registros de ingresos, despachos de recetas, esquemas de tratamiento, stock y vencimientos de los medicamentos.

18. CRITERIOS PARA DOTACION Y RENDIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SAI

Los Servicios de Atención deben reunir recursos humanos capacitados y en número suficiente, para la atención integral oportuna y de calidad a las PVVS. Deben estar organizados en equipos de atención para trabajar en forma coordinada lo que permitirá desarrollar proyectos para mejorar la calidad de vida de las PVVS.

Es importante contar con profesionales como:

- Médicos/as
- Bioquímicos/as
- Psicólogo/a
- Enfermero/a
- Farmacéutico/a.
- Consejero/a.
- Otros profesionales

Todas las actividades de los proveedores de la salud dedicados a brindar atención a las PVVS se encuentran detalladas en el Manual de Funciones y Procedimientos para la atención Integral de las PVVS y manejo de ITS, PTMI, VIH y Sífilis, Edición 2010.

19. CALIDAD DE LA ATENCION.

Evaluar la calidad de atención que reciben las PVVS, implica múltiples aspectos, con fines prácticos se propone centrarlos en la toma de decisiones, evaluación de los procesos y monitoreo de los resultados.

19.1 TOMA DE DECISIONES

Las decisiones tomadas a fin de brindar una atención de calidad en los servicios consta de varias aristas como; la destinación de los recursos humanos, tecnológicos y económicos, que deben tener como parámetro a la evidencia científica.

Los niveles a ser aplicado son:

- **INDIVIDUAL:** Los parámetros tomados para decidir el manejo clínico psicosocial están incluidos en los protocolos o guías de atención, basadas en evidencias científicas.
- **ASISTENCIAL:** Se medirá la eficacia de los recursos utilizados para la atención en los consultorios e internados.
- **GESTION DE UNIDAD:** Si se utiliza el presupuesto con sistema de evaluación.

19.2 CONTROL DE CALIDAD

El control de calidad asegura la utilización adecuada de los recursos asignados para la buena atención a las PVVS.

Para lograr este objetivo se requiere medir los resultados logrados a través de las acciones realizadas, recursos utilizados y la percepción de los usuarios.

El modelo contempla evaluaciones periódicas a los Servicios de Atención Integral (SAI) como:

- Cumplimiento a las normas de tratamiento.
- Prevención a la transmisión madre – hijo.
- Evaluación de la suficiencia, calidad de los equipos e insumos.
- Evaluación de la suficiencia y calidad de los medicamentos utilizados para el tratamiento de las PVVS.
- Evaluación de la calidad y seguridad de los laboratorios inmunológicos y virológicos.
- Evaluación de los resultados clínicos, morbilidad y mortalidad de las PVVS.
- Evaluación a los profesionales proveedores de la atención en el cumplimiento de su función y la capacitación continúa.

20. INDICADORES

- a) Número de establecimientos de salud que implementan el modelo de atención
- b) Número de centros de asesoramiento y pruebas de VIH en el País
- c) Porcentaje de mujeres y varones con infección por el VIH avanzada que están recibiendo terapia antirretrovirica de combinación
- d) Porcentaje de niños/as con infección por el VIH avanzada que están recibiendo terapia antirretrovirica de combinación
- e) Cobertura de la Prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

21. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

21.1 DE LA ATENCION A LA TRABAJADORA SEXUAL

21.1.1 La atención periódica será realizada por un equipo integrado por profesionales de salud capacitados y entrenados en el manejo de las ITS y VIH/SIDA (Médico, Enfermera u Obstetra, según corresponda), y de acuerdo al flujograma de atención en los establecimientos que brindan este tipo de atención.

21.1.2 La atención se dará en aquellos establecimientos de salud con consultorios destinados a tal fin.

21.1.3 Toda trabajadora sexual debe ser atendida para evaluación clínica cada 30 días, priorizando en el examen físico, la inspección de piel, boca, región perineal, anal, perianal y búsqueda de ganglios (adenopatías); así mismo se realizará examen cérvico-vaginal con espéculo y exploración bimanual.

21.1.3 Se debe de realizar el tamizaje para Sífilis cada 3 meses, de ser reactivo se dará tratamiento de acuerdo a la Guía de ITS y Planificación Familiar. Después de cumplir el tratamiento indicado se entregará una constancia de atención firmada por el profesional responsable de la atención, si es que el o la paciente lo solicita.

21.1.4 Se derivará al paciente al consultorio de citología, se tomará una muestra cérvico uterino para Papanicolaou, por lo menos una vez al año. Si el resultado es de clase II o III, se podrá realizar tratamiento en dicho consultorio o se le derivará al servicio de ginecología para su tratamiento y seguimiento.

21.1.5 Se realizará el manejo sindrómico de los 7 principales síndromes de ITS según Guía de ITS y Planificación Familiar.

21.1.6 Los exámenes de laboratorio, incluyendo la prueba de Elisa y prueba rápida para VIH, y el tratamiento para las ITS propuesto en este modelo, se proveerán gratuitamente, debiéndose realizar las gestiones correspondientes en el marco de su competencia para mantener el abastecimiento permanente y oportuno de Medicamentos e Insumos. Se realizará el tamizaje para la infección por el VIH con la prueba de Elisa o prueba rápida para VIH, cada 3 meses.

21.1.7 Toda trabajadora sexual que acude a los consultorios, independientemente si se confirma un diagnóstico de ITS, deberá ser referida al servicio de Consejería si lo hubiere o el mismo profesional que realiza la atención debe brindar esa orientación. La consejería debe enfatizar las 4C, que es una forma de recordar los principales pasos que ayudan a consolidar el manejo del caso, ellas son: Consejería, Cumplimiento del tratamiento, Contactos(o notificación a parejas sexuales) y Condones. Así mismo, se debe transmitir mensajes educativos sobre uso del condón, cuidado de su cuerpo y de la salud, reconocimiento de síntomas de ITS y prácticas de riesgo. Es responsabilidad del gerente realizar el seguimiento de los usuarios así como también la entrega de condones y verificar el stock de medicamentos para el tratamiento de las ITS en la farmacia.

21.2 DE LA ATENCION A LOS TRABAJADORES SEXUALES VARONES Y HSH.

21.2.1 Evaluación clínica cada 30 días o de acuerdo a las necesidades del paciente, priorizando en el examen físico la inspección de piel, boca, región genital, perineal, anal y búsqueda de ganglios en las regiones inguinales.

21.2.2 Evaluación serológica para sífilis cada 3 meses, de ser reactivo, se dará tratamiento para Sífilis de acuerdo a la Guía de ITS y Planificación Familiar. Después de cumplir el tratamiento indicado se entregará una constancia de atención firmada por el profesional responsable de la atención.

21.2.3 El tamizaje con Elisa para VIH o Prueba rápida para VIH se realizará cada 3 meses.

21.2.4 Durante la atención periódica se debe enfatizar las 4C, que es una forma de enfatizar los principales pasos que ayudan a consolidar el manejo del caso, ellas son: Consejería, Cumplimiento del tratamiento, Contactos (o notificación a parejas sexuales) y Condones. Es responsabilidad del gerente realizar el seguimiento de los usuarios así como también la entrega de condones y verificar el stock de medicamentos para el tratamiento de las ITS en la farmacia, según Directiva Sanitaria N°022-MINSA/DGSP-V.01. «Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud» aprobada por la R.M. N° 242-2009 /MINSA.

21.2.5 Se realizará el manejo sintomático de los 7 principales síndromes de ITS Según Guía de ITS y Planificación Familiar.

22. DE LA CONSTANCIA

El establecimiento de Salud que brinda la Atención periódica extenderá una Constancia de Atención Médica Periódica según el modelo considerado en el Anexo N° 1, a el/la Trabajador/a Sexual que lo solicite, y debe ser firmado por el profesional responsable de la Atención.

La información contenida en la constancia de AP tendrá una vigencia máxima de treinta (30) días a partir de su expedición, y debe dejarse registro de ello en la Historia Clínica de la/el usuaria/o cada vez que sea entregado.

ANEXO Nº 1

CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA A TRABAJADOR/A SEXUAL

CONSTANCIA DE ATENCIÓN Nº _____

Conste por el presente que el (la) Sr. (Sra. Srta.):

Identificado(a) con CI Nº _____ y CON Historia Clínica Nº _____ ha sido atendido (a) en este establecimiento de salud y a la fecha no presenta ninguna ITS; se expide esta constancia para los fines que el /la usuario/a considere pertinente

Vigencia: Treinta (30) días a partir de su expedición

, ____ de ____ del ____

Profesional Responsable de la Atención

24. BIBLIOGRAFIA

- 1- MODELO DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH CHILE. 2005
- 2- PRONASIDA -MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES- Agosto 1997-.
- 3- BRUNNER Y SUDDAARTH. ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICAS. Octava edición 1998.
- 4- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) .ATENCION INTEGRAL POR ESCENARIOS DE ATENCION Y NIVELES: PAUTAS DE ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN LAS AMERICAS. Abril 2001.
- 5- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA PARA LA SALUD, MANUAL DE CAPACITACION EN EL MANEJO INTEGRAL DE PERSONAS ADULTAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA PARA EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA Y COMUNITARIOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. 2004.
- 6- SUPERINTENDENCIA DE SALUD – MANUAL DE ACREDITACIÓN Y CATEGORIZACIÓN PARA ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA REPUBLICA. Asunción-Paraguay - 2006-
- 7- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, SECRETARIA DEL PLAN NACIONAL SOBRE SIDA. ORDENACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCION SANITARIA AL PACIENTE CON INFECCION POR EL VIH. España 1994-.
- 8- SIDA. GUIA PRÁCTICA DEL SIDA. CLINICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. M. MASSON 2005.
- 9- MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE LA SALUD DE LA FAMILIA (USF)- MSP Y BS 1 de marzo 2009.
- 10-POLITICA PUBLICA PARA CALIDAD DE VIDA Y SALUD CON EQUIDAD (Borrador) MSP Y BS. Año 2010.
- 11-MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES para atención Integral de las PVVS (manejo de las ITS, PTMI, VIH Y SIFILIS. PRONASIDA 2010.
- 12-NORMAS NACIONALES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS Y ADOLESCENTES. PRONASIDA 2009-2010.
- 13-GUIA DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LAS PVVS. PRONASIDA 2009-2010.
- 14-NORMAS NACIONALES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS/AS .PRONASIDA 2009-2010.

15-RECOMENDACIONES BASICAS SOBRE BIOSEGURIDAD Y PROFILAXIS POST.EXPOSICION OCUPACIONAL. PRONASIDA 2010.

16-NORMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN LA EMBARAZADA MSP Y BS 2009.



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

Presidencia
de la República
del Paraguay

