

INTRODUCCIÓN

Las ITS representan un importante riesgo para la salud, particularmente en la población entre 15 y 49 años de edad.

La Organización Mundial de la Salud calcula que, a nivel mundial, existen más de 340 millones de nuevos casos cada año. El Center for Disease Control (CDC) estima que cada día hay 19 millones de infecciones nuevas, casi la mitad de ellas en jóvenes entre 15 y 24 años. En nuestro país la tendencia de las ITS bacterianas han ido a la disminución pero no ocurre igual con las virales que van en incremento.

Se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual. Por este motivo, siempre que se encuentre una ITS, se debe hacer la prueba de VIH, y siempre que se encuentre VIH se deben buscar otras ITS. Esta relación entre el VIH y otras ITS hacen que la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual curables sean aun más apremiante.

El manejo sindrómico de casos ofrece muchos beneficios en esta lucha. Permite a todos los proveedores de servicios de salud de primera línea diagnosticar un síndrome de ITS y tratar a los pacientes «en el acto», sin tener que esperar los resultados de las pruebas de laboratorio. Al ofrecer al paciente un tratamiento en su primera visita, ayudamos a prevenir la diseminación de las ITS. También incluye la educación al paciente (información sobre la infección, forma de transmisión de las ITS, conductas sexuales de riesgo y formas de reducir el riesgo), el manejo de la pareja y la provisión de condones.

El método sindrómico está basado en: un grupo de síntomas y signos clínicos que presenta el paciente, que podemos utilizar para decidir el tratamiento apropiado. Los regímenes antimicrobianos se utilizan para abordar los microorganismos patógenos principales.

Los síndromes deben ser revisados de forma periódica. Por dos razones fundamentales: para asegurar que todavía sean válidas las opciones antimicrobianas y para monitorear cualquier resistencia antimicrobiana que podría requerir un cambio en las opciones terapéuticas. Es por esto que el manejo sindrómico tiene una base científica y no es medicina de segundo orden. Pero para lograr esto debe estar adecuadamente implementado y desarrollar las acciones que están establecidas para su abordaje con responsabilidad y a cabalidad.

En las áreas de salud existe una consulta de ITS, donde se llevará a cabo el tratamiento y seguimiento de casos diagnosticados de ITS, en dicha consulta debe estar el dermatólogo o cualquier otro médico que se designe por el policlínico y la enfermera encuestadora del área. Este personal es el encargado, conjuntamente con el Vicedirector de Higiene y Epidemiología, de evaluar integralmente los casos de síndromes o de otras ITS y de monitorear y evaluar la utilización del manejo sindrómico de las ITS tal y como lo establece el programa para lograr el control de las ITS y evitar sus serias complicaciones.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La **Vigilancia Epidemiológica** es el análisis, interpretación y difusión sistemática de **datos** colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en **tiempo, lugar y persona**, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y la aplicación de medidas de control.

La misma está compuesta por un conjunto de actividades que permiten reunir información necesaria para conocer, en cada momento, el comportamiento y/o la historia natural de una situación de salud, así como detectar o prevenir cambios que pueden ocurrir por alteración de los factores que la condicionan.

Su objetivo principal es recomendar, sobre bases científicas, las medidas oportunas para la prevención y el control.

La **vigilancia de las ITS** es un componente indispensable de los sistemas de vigilancia de segunda generación de la infección por el VIH/sida.

Componentes del Sistema de Vigilancia de las ITS

Los cinco componentes de la vigilancia de ITS que son necesarios para un efectivo control de un programa son:

- reporte de casos
- monitoreo de la prevalencia
- monitoreo de la etiología de los síndromes
- monitoreo de la resistencia antimicrobiana
- estudios especiales

Reporte de casos:

El reporte de casos es universal, es decir se aplica en todas las Unidades del Sistema Nacional de Salud.

Se utiliza el Sistema de EDO para todos los diagnosticados con Sífilis, Gonorrea, Condiloma Acuminado, Herpes Simple y otras. Los Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo serán notificados a través de la hoja de cargo.

Existe un Sistema de Información de ITS que se generalizará y permitirá brindar información estadística confiable y oportuna sobre las ITS lo cual permitirá evaluar el programa de prevención y control. Este sistema tiene un conjunto de modelos para recogida de información necesaria, los más importantes son:

- De Serología y exudado (anexo 1)
- Control de tratamiento a enfermos y parejas sexuales, incluye ITS y síndromes (estará en consultas de ITS, en consultorios médicos de familia)
- Registro Diario de serologías y exudados uretrales, endocervicales y vaginales realizados (está en todos los laboratorios).
- Informe diario de serologías reactivas y exudados uretrales, endocervicales y vaginales positivos.
- Control y seguimiento de Embarazadas reactivas.
- Registro de pacientes con sífilis o gonorrea.
- Seguimiento serológico y evaluación de casos de sífilis.

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS TÉCNICO DE LA EPIDEMIA UTILIZANDO INDICADORES

A nivel del Consultorio Médico

El Equipo Básico de Salud en consultorios (tipo 1 y 2) deberá tener dominio de los siguientes aspectos:

- Dispensarización de la población que atiende en base a estratificación del riesgo para ITS y VIH/sida y grupos vulnerables afectados. Pesquisa activa
- Atención diferenciada a la población dispensarizada por conducta sexual de riesgo, pesquisa activa
- Manejo de casos de ITS: manejo sindrómico de ITS que incluya conocimiento correcto del flujograma, esquemas de tratamiento utilizados, manejo específico de la gestante, control de parejas sexuales de casos de ITS
- Atención integral a personas con VIH/sida en el Sistema de Atención Ambulatoria: seguimiento sistemático, conocimientos generales de las principales complicaciones del VIH, signos precoces de sida, adherencia a tratamiento, periodicidad de los estudios especiales de seguimiento, atención especial a mujeres con VIH y gestantes con VIH
- Conducir al paciente con ITS o VIH/sida por los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud, hasta la solución de sus problemas.
- Continuidad de la atención de las personas con VIH/sida en el resto de los niveles del SNS

Responsables del análisis técnico a nivel del Área de Salud

ViceDirector de Higiene y Epidemiología, Enfermera de ITS, Dermatólogo, Docencia

Indicadores de Resultados:

Serán analizados en los niveles: Nacional, provincial, municipal y en áreas de salud

Periodicidad: semestre y año

La información puede obtenerse de encuestas poblacionales, datos de la vigilancia en sitios centinela y estudios cualitativos. Además de los estudios que se realizan nacionalmente, las provincias, municipios y áreas de salud pueden diseñar sus encuestas y aplicarlas según metodología en servicios de consejería, actividades comunitarias de «Hazte la prueba», actividades intersectoriales y otras que se planifiquen a nivel local.

Entre otros:

Población que usa condones según grupos de edad

Percepción de riesgo de ITS/sida

Poblaciones más expuestas (HSH, PPST, jóvenes) que son alcanzadas por las acciones de prevención

Poblaciones vulnerables que usan condón en relaciones sexuales ocasionales

Satisfacción de las PVS por la atención que reciben según niveles de atención

Nivel de información de la población sobre VIH/sida

Conocimiento perfecto sobre VIH/sida según grupos de edad y sexo

Nivel de discriminación a HSH y PVS

Indicadores de Impacto:

Serán analizados en los niveles: nacional, provincial, municipal y en áreas de salud

Periodicidad: cada tres meses y anual

La información puede ser obtenida de los sistemas de base de datos nacional y del IPK, de estadísticas de salud en todos los niveles, registros de áreas de salud, municipios, provincias, encuestas y estudios de prevalencia en grupos específicos.

Cada tres meses

Tasa de mortalidad por sida

Tasa de incidencia de sida

Sobrevida a los 12, 24 y 36 meses de iniciado TAR

Tasa de incidencia en población de 15 a 24 años y sexo

% de casos con sida al momento del diagnóstico

Anual

Prevalencia en poblaciones vulnerables

Prevalencia en población de 15 a 24 años

Prevalencia en población de 15 a 49 años

% de niños nacidos de madres con VIH que resultan infectados por el VIH

- Boleta Viajera
- Reporte mensual de la enfermera encuestadora.
- Ficha epidemiológica de infección de transmisión sexual.
- Informe final de infecciones de transmisión sexual (estará en todos los departamentos de estadísticas).

Grupos de Pesquisa para las ITS.

Se realiza vigilancia epidemiológica de ITS, mediante la realización, con consentimiento informado y previa consejería, de pruebas serológicas de VDRL o RPR a los siguientes grupos de población:

- **Donantes:** toda persona que asiste a un centro de extracción o Banco de Sangre a realizar una donación de sangre.
- **ITS:** personas diagnosticadas o sospechosa de cualquier ITS (lesiones genitales, erupciones cutáneas, caída del cabello).
- **Contactos:** parejas sexuales diagnosticadas de cualquier ITS.
- **Reclusos:** individuos internados en centros penitenciarios a los que se les deben realizar dichos exámenes al ingreso, anualmente y al egreso.
- **Espontáneos:** aquellos que soliciten la serología en cualquier unidad del SNS.
- **Captados:** dentro de este grupo de pesquisa se incluyen:
 - personas dispensarizadas por conducta sexual de riesgo.
 - parejas sexuales de embarazadas (esposos de gestantes)
 - personas declaradas como contactos sexuales de PVs
 - interrupciones de embarazo*
 - regulaciones menstruales*
 - chequeo pre-operatorio*
 - encuestas serológicas dirigidas a grupos vulnerables
- **Gestantes:** VIH y VDRL en la captación y VDRL en el 3er trimestre y en el ingreso hospitalario para el parto.
- **Ingresos:** personas ingresadas en hospitales a los que el médico de asistencia por criterio médico y/o epidemiológico, considere necesario indicarlos.

NUNCA SE CONSIDERARÁ UN EXAMEN DE RUTINA A TODOS LOS INGRESADOS.

NO DIFERIR LA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO, LA REGULACIÓN MENSTRUAL NI LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN ESPERA DEL RESULTADO DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

El monitoreo de la prevalencia de Sífilis se realiza en el grupo de pesquisa de Captados, ITS, Gestantes y Donantes.

En el caso de los Síndromes se mantendrá la vigilancia sobre el Síndrome de Secreción Uretral en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para la vigilancia de la etiología de los síndromes, debe existir un área de salud (sitios centinela) en cada provincia, en la que se realicen, con los requerimientos establecidos, investigaciones de laboratorio al 100% de los síndromes.

Serán realizados estudios especiales en unidades de salud seleccionadas y en períodos definidos para la vigilancia de la etiología de los Síndromes, así como estudios de prevalencia de complicaciones de ITS.

Los Servicios Médicos de las **FAR y el MININT** garantizarán el cumplimiento de todos los componentes y actividades del programa (promoción, prevención, pesquisa activa, control, notificación y tratamiento completo de los casos) en todas sus unidades.

Adicionalmente, los Servicios Médicos del **MININT** garantizarán el cumplimiento de la pesquisa de ITS en los centros penitenciarios al ingreso, anualmente y al egreso y exigirán que en las mujeres que se acojan al sistema de pabellón conyugal se descarte la presencia de ITS.

Los Bancos de Sangre son responsables del cumplimiento del Sistema de Selección del Donante vigente y a través de sus departamentos de estadísticas, enviarán el 100% de serologías reactivas a la provincia (CPHEM) de residencia del donante, garantizando, con la periodicidad y oportunidad requerida, que la notificación contenga toda la información necesaria (nombre y dos apellidos, dirección, municipio, provincia, fecha de la donación y resultado del VDRL) para su consiguiente control.

Vigilancia epidemiológica en VIH/sida

El abordaje de la epidemia de VIH/sida ha generado múltiples desafíos desde el punto de vista sanitario y social por lo que a través del tiempo han surgido nuevos paradigmas en la conceptualización de los términos: **riesgo y vulnerabilidad** y su relación con la infección por VIH/sida y en alguna medida este enfoque ha tenido su impacto sobre los sistemas de vigilancia epidemiológica.

RIESGO: ES LA PROBABILIDAD DE QUE UNA PERSONA PUEDA CONTRAER LA INFECCION POR VIH

Desde el punto de vista epidemiológico, hemos vivido una evolución en la conceptualización teórica y en la acción práctica para enfrentar la epidemia desde que se comenzó a hablar de **factores de Riesgo** y se identificaron para el VIH/sida el conjunto de condiciones (generalmente externas) que facilitan la adquisición de la infección en determinados grupos poblacionales. Usualmente, se superpusieron los criterios valorativos sobre las personas con VIH a las condiciones que generaban la infección y se comenzó a establecer cierta relación entre **factores y grupos de riesgo** teniendo en cuenta las vías de transmisión de la infección-enfermedad, por ejemplo relacionaban la transmisión sexual con la homosexualidad, la promiscuidad y la libertad sexual y la transmisión sanguínea con el uso de la heroína y con los hemofílicos y se veía todo como algo patológico, vicioso e inhumano, sin embargo este enfoque hizo que se reactivaran los tabúes relacionados con las ITS (sífilis y blenorragia) y con la sexualidad, que se particularizara la epidemia hacia los homosexuales, los hemofílicos, y las personas que practicaban la prostitución y lo peor de todo que hubiera una tranquilidad en la población general (el VIH no nos afecta a «nosotros» sino a «ellos»), además de otras consecuencias negativas como insuficiente compromiso para la acción conjunta (no se concebía la participación de las poblaciones afectadas), se favorecía la percepción de que el VIH no es un problema para la población

Indicadores para la evaluación técnica de ITS

Estos indicadores serán monitoreados en todos los niveles (nacional, municipal y en áreas de salud) trimestralmente

| Indicador | Cómo calcularlo | Óptimo |
|--|--|---|
| Casos Controlados | Total de enfermos de Sífilis o Gonorrea controlados por 100 entre Total de enfermos de sífilis o gonorrea notificados. No. de casos de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo tratados por 100 entre No. de casos de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo notificados | Pacientes diagnosticados de Sífilis, Gonorrea, Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo que han recibido tratamiento completo (4C) de acuerdo a lo establecido en el Programa. Debe ser el 100% |
| Índice de Contactos | Total de contactos obtenidos entre total de enfermos notificados | Debe ser como mínimo de 3 en sífilis, 2 en Gonorrea, Síndromes de Secreción Uretral, Dolor Abdominal Bajo y 1 en Flujo Vaginal |
| Contactos sexuales de Sífilis y Gonorrea tratados | Total de contactos residentes en el área tratados por 100 entre Total de contactos residentes en el área conocidos | Contactos sexuales de Sífilis y Gonorrea residentes en el área que son tratados 90%. |
| Contactos de Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo tratados | Total de contactos residentes en el área tratados por 100 entre Total de contactos residentes en el área conocidos | Contactos sexuales de Síndrome de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo residentes en el área que son tratados. 80%. |
| Boletas Viajeras Concluidas | No. de boletas Viajeras concluidas por 100 entre No. de Boletas Viajeras recibidas. | 90%. |
| Serologías Reactivas de 1ra. Vez con conclusión diagnóstica antes de los 3 meses | Serologías reactivas de 1ra. Vez concluidas antes de los 3 meses por 100 entre total de serologías reactivas de 1ra. vez | 100% |
| Serologías a Gestantes en la captación | No. de serologías realizadas a gestantes en la captación por 100 entre Total de gestantes captadas. | 100% |
| Serologías a Gestantes en el 3er. Trimestre de Embarazo | No. de serologías realizadas a gestantes en el 3er. Trimestre del embarazo por 100 entre total de gestantes que arribaron al 3er. Trimestre de embarazo. | 100% |
| Serologías a Gestantes en el ingreso para el parto | No. de serologías realizadas a gestantes en el ingreso para el parto por 100 entre total de partos. | 100% |
| Embarazadas con serología reactiva de 1ra. Vez tratadas | No. de gestantes con serología reactiva de 1ra. Vez tratadas por 100 entre No. de gestantes con serologías reactivas de 1ra. Vez. | 100% |
| Calidad del proceso de conclusión de VDRL reactivas | No. de casos con serología reactiva de primera vez entrevistados por 100 entre total de casos con serologías reactivas de 1ra. Vez | 100% |

| Indicador | Descripción | Meta | Periodicidad | Fuente de verificación |
|---|--|---|-------------------------------------|--|
| Promoción y ventas de condones en puntos no tradicionales | % de puntos de venta no tradicionales abastecidos de condones | 100% | Mensual | Visitas de monitoreo |
| Promoción y ventas de condones en red de farmacias | % de Farmacias abastecidas de condones | 100% | Mensual | Visitas de monitoreo |
| Funcionamiento de GOPELS | GOPELS que sesionan mensualmente en los municipios y cada dos meses en el nivel provincial | 95% de las municipales y 100% de las provinciales | Mensual | Actas de los GOPELS municipales en las provincias y actas de GOPELS provinciales en el nivel central |
| Vigilancia de la coinfección VIH/TB | % de casos de TB con prueba de VIH realizada | 100% | Mensual | Registros del laboratorio del Área de Salud, Registros de laboratorios SUMA, EDO del Área, Municipio, Provincia y Nacional, parte semanal de pruebas de VIH de la Dirección de Estadísticas del MINSAP |
| Prevención de la TB en PVS | % de PVS bajo quimioprofilaxis para TB según normas nacionales | 100% | Mensual | Registros del Área de Salud, municipio y provincias. Información del Programa de Control de TB. |
| Cobertura de TAR | % de PVS que requieren TAR y la reciben | 100% | Mensual | IPK, Provincias, base datos programa, registros de provincias, municipios y áreas de salud |
| Análisis y discusión de fallecidos | Cada fallecido a causa del Sida debe ser analizado en el territorio con la participación del equipo de atención del área y del municipio, impredecible APS y hospitales, identificar las deficiencias de la atención | 100% en las 72 horas siguientes al fallecimiento y entregado en MINSAP en la semana | Inmediato una vez reportado el caso | En el territorio acta de la reunión de análisis en el área de salud En el MINSAP comprobación de la entrega del análisis |
| Análisis y discusión de debut clínicos | Cada caso de debut clínico debe ser analizado en el territorio con la participación del equipo de atención del área y del municipio, impredecible APS y hospitales, identificar las deficiencias de la atención | 100% en las 72 horas siguientes al fallecimiento y entregado en MINSAP en la semana | Inmediato una vez reportado el caso | En el territorio acta de la reunión de análisis en el área de salud En el MINSAP comprobación de la entrega del análisis |
| % de Pvs incorporadas a alguna variante de atención | % de Pvs que están ubicadas en algunas de las variantes de atención (sanatorial, Atención sin internamiento en Cursos "Aprendiendo a Vivir con VIH" o Atención Ambulatoria | 100% de los PVS recibiendo atención en alguna de las variantes en los 30 días siguientes a su diagnóstico | Mensual | Base datos programa actualizada por el jefe de programa provincial, registros de provincias, municipios y áreas de salud. |
| Pvs que requieren Tratamiento Antirretroviral (TAR) y lo están recibiendo | % de Pvs que cumplen los criterios de tratamiento y lo están recibiendo | 100% | Mensual | HC del Policlinico, parte: semanal provincias, IPK, centros regionales, registros del área de salud. |
| % de Pvs con CD4 realizados | % de Pvs que al menos se han realizado dos CD4 en el transcurso de un año | 100% | Mensual | Registros del Área de Salud, municipios y provincias, IPK, centros regionales, samatorias. |

general y traía rechazo y aislamiento de las PVs y de quienes pertenecen a grupos de riesgo. Este enfoque hizo que proliferara el VIH entre la población heterosexual, no usuaria de drogas, ni dedicada a la prostitución y se impuso un nuevo paradigma que conllevaba trabajar con personas con **comportamientos de riesgo** lo cual permitió que se pudiera explicar con facilidad las razones por las cuales se infectaba cualquier persona, perteneciente o no a grupos de riesgo, pudiéndose reconocer el valor de poseer comportamientos saludables (no riesgosos) entre las personas de grupos de riesgo y así como que ciertos comportamientos crean, acrecientan y perpetúan la probabilidad de que una persona pueda adquirir o transmitir el VIH entre los cuales se destacan:

1. Tener relaciones sexuales sin protección.
2. Tener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección.
3. Utilizar agujas y jeringas usadas por otros (En usuarios de drogas intravenosas).
4. La gestación en madres seropositivas sin usar las medidas de profilaxis.
5. Uso de transfusiones sanguíneas repetidamente.
6. No respeto a las normas de bioseguridad.

El enfoque de comportamientos de riesgo implicó un mayor involucramiento de la sociedad en la prevención del VIH, permitió que se flexibilizaran los criterios para la evaluación del riesgo personal, que comenzara a desestigmatizarse la infección por VIH y que se consolidaran los métodos y acciones para el cambio de comportamiento individual. Pero esto también significó la democratización de los recursos, que por insuficientes, pautaron nuevos criterios de prioridad «igualitarismo» contra «equidad» y que se absolutizara el cambio individual, sin embargo se minimizó la influencia de las condiciones sociales y hubo una excesiva exigencia de la responsabilidad individual y se invisibilizaron los niveles de vulnerabilidad de poblaciones específicas. De esta forma continuó la transmisión del VIH entre grupos poblacionales específicos con mayor intensidad que en la población general y se trabajó con el enfoque de intervención en personas con conductas sexuales de riesgo y surgiendo entonces el trabajo con **grupos vulnerables** como un paradigma más abarcador y que lleva implícito en alguna medida algunos elementos de los enfoques anteriores.

VULNERABILIDAD: ES LA AGUDIZACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL, GENERADA POR LA INTERACCIÓN DE FACTORES CONSTITUTIVOS DEL INDIVIDUO Y FACTORES EXTERNOS, LO QUE PROVOCA QUE SUJETOS CON COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SIMILARES POSEAN NIVELES DE EXPOSICION DIFERENTES AL VIH. PUEDE SER EPIDEMIOLÓGICA, BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL.

Vulnerabilidad estructural:

Desprotección de un grupo que comparte una característica estigmatizada: por ejemplo (un HSH) frente a un riesgo público, cuando dicha desprotección se deriva de condiciones de estigma y discriminación social.

Vulnerabilidad individual:

Desprotección de un individuo frente a un riesgo público bien por razones inherentes al individuo (por ejemplo características socio-psicológicas) o por su pertenencia a grupos que en su conjunto padecen vulnerabilidades estructurales.

Es indispensable que el equipo básico de salud identifique cuáles son las personas pertenecientes a grupos vulnerables para ejercer sobre ellos las acciones necesarias para la prevención y control de ITS y el VIH/sida.

Objetivos del sistema de vigilancia de VIH/sida:

1. Evaluar la seroprevalencia en la población general o en subgrupos poblacionales.
2. Monitorear la tendencia en tiempo, lugar y persona
3. Proveer información de base para realizar estimados y proyecciones futuras de la infección por el VIH y el sida, así como para realizar una adecuada planificación de los servicios de salud.
4. Obtener o reforzar el compromiso de quienes toman las decisiones, sectores sociales y trabajadores de la salud para apoyar los programas de atención integral y prevención.

Formas en que se puede llevar a cabo la vigilancia de la infección por el VIH

- Vigilancia **ACTIVA** : Encuestas poblacionales o Estudios de prevalencia puntual.
- Vigilancia **ACTIVA** de **poblaciones específicas** en *sitios centinelas* utilizando el chequeo anónimo no ligado.
- Vigilancia **PASIVA**: Reporte de pruebas realizadas y positivas (Laboratorios, Instituciones, hospitales)
- Estudios de Cohorte para calcular seroincidencia en personas que asisten periódicamente a un servicio de salud.

Principales eventos bajo vigilancia:

1. Número de casos infectados por el VIH.
2. Resultados de la entrevista epidemiológica. (Indicadores Sociodemográficos: edad, sexo, orientación sexual, ocupación, residencia habitual.)
3. Localización y estudio de parejas sexuales.
4. Reporte de casos sida.
5. Número de pruebas realizadas por grupos de pesquisa.
6. Vigilancia de coinfección TB/VIH y de otras enfermedades oportunistas.
7. Defunciones por sida y otras causas.
8. Acceso a la Terapia Antiretroviral (TARV).
9. Adherencia a la TARV.
10. Mujeres que resultan positivas en el estudio de gestantes.
11. Seropositivas al VIH que se embarazan y deciden parir.
12. Partos de seropositivas al VIH.
13. Seguimiento de hijos nacidos de mujeres seropositivas.

| Indicador | Descripción | Meta | Periodicidad | Fuente de verificación |
|--|---|--|-------------------------------------|---|
| Productividad de la entrevista epidemiológica | Nº de contactos obtenidos por cada caso diagnosticado | 6 | Mensual | Registros de contactos, encuesta epidemiológica y base de datos programa |
| Incremento de la pesquisa activa | Nº de pruebas en captados, contactos, reducos, servicios de Planificación Familiar, actividades hazte la prueba | Creciente | Mensual | Parte semanal estadísticas provincial y nacional |
| Población vulnerable alcanzada con pruebas de VIH | Población dispensarizada con VIH realizado cada 6 meses/total de población dispensarizada | 95% | Mensual | Registros del consultorio y Policlínico |
| Oportunidad de la Investigación epidemiológica | % de casos que son entrevistados en los 30 días siguientes al reporte | 95% | Mensual | Base datos programa |
| Localización y control de parejas sexuales | % de contactos de VIH que son localizados y estudiados según programa | 100% de los localizables estudiados antes de los 30 días 95% de los contactos en estudio actualizados | Mensual | Registros del Área de Salud y del Laboratorio SUMA. Parte estadística provincial y nacional, base de datos programa |
| Buenas prácticas de atención a gestantes con VIH | % de embarazadas con CD4 y CV realizados en el 1er y 3er trimestre | 100% | Mensual | Provincias, IPK y centros regionales |
| Porcentaje de embarazadas que recibió ARV para disminuir el riesgo de TMI | % de embarazadas con quimioprofilaxis o TARVAE | 100% | Mensual | HC del Policlínico, tarjeta de embarazada, parte semanal provincias, IPK, centros regionales |
| Prevención de la transmisión materno infantil del VIH (prueba de VIH en 1er y 3er trimestre) | Nº de VIH en gestantes en 1er o 3er trimestre/Nº de gestantes captados o que arriban al 3er trimestre X 100 | 100% | Mensual | Registros del Área de Salud |
| Seguimiento adecuado de hijos de mujeres con VIH | Nº de niños con seguimiento clínico y de laboratorio actualizado/total de niños en estudio X 100 | 100% | Mensual | Registros de los territorios IPK Base datos programa LISIDA |
| Análisis de casos de Transmisión Materno Infantil | Cada caso debe ser analizado en el territorio con participación del equipo de atención del área y municipio, imprescindible PAMW identificar las deficiencias de la atención y anexar las medidas tomadas en los casos que corresponda. | 100% en los 72 horas siguientes al reporte del caso y entregado en MINSAP en la semana | Inmediato una vez reportado el caso | En el territorio acta de la reunión de análisis en el área de salud En el MINSAP comprobación de la entrega del análisis |
| Agilidad del proceso de confirmación de un caso de VIH | % de 2das muestras concluidas en los 15 días siguientes de ser solicitadas | 95% | Mensual | Parte de LISIDA, registros de municipios y provincias |
| Alcance y funcionamiento de servicios de consejería | Nº de casos atendidos según tipo de servicios, sexo, preferencia sexual, casos positivos y de ellos cuántos incorporados | Creciente: incremento de un 5% anual de mujeres y HSH alcanzados. | Trimestral | En áreas de salud reporte del servicio de consejería, en provincia y municipios |
| Personas pertenecientes a grupos vulnerables; alcanzados en actividades de prevención | Nº de HSH y mujeres alcanzados en actividades de prevención | 5% superior al periodo anterior en HSH y Mujeres | Trimestral | En provincias y municipios reporte de la línea de HSH y Mujeres. En MINSAP informe consolidado enviado por la línea de HSH y mujeres del CNP. |
| Consejeros y promotores formados | Nº de Consejeros y promotores formados | Creciente | Trimestral | Registros de área, municipio y provincia de promotores e informes de Consejería. |

* **el parte semanal** incluye cada semana: reporte de fallecidos, reporte de casos sida, casos de VIH diagnosticados, contactos chequeados, contactos nuevos, contactos declarados ilocalizables y de alta, mujeres con VIH que se embarazan, seguimiento de embarazadas, parto de mujeres con VIH, cumplimiento del AZT intraparto y al niño, capacidades en sanatorios, ingresos en sanatorios, cambios de ubicación de pacientes, pacientes incorporados al SAA, egresos de sanatorios penitenciarios, casos incorporados a tratamiento, cambios de tratamiento, cobertura de reactivos de VIH, VDRL, Gram y eventos ocurridos en la semana.

Otros modelos vigentes:

Historia Clínica Ambulatoria para PVS en el SAA

Modelo de informe consejerías

Informes provinciales de condones

Informes provinciales de puntos de entrega de medicamentos ARV

Indicadores para la evaluación técnica del programa en los diferentes niveles.

Indicadores de proceso: Serán analizados en los niveles: nacional, provincial, municipal y en áreas de salud.

Periodicidad: mes, trimestre, semestre, nonestre y año.

Fuentes de información y periodicidad:

| Evento | Fuente de información | Periodicidad |
|---|------------------------------------|--------------|
| Notificación de casos confirmados | Informes LNR - LISIDA | Semanal |
| Casos ilocalizables, discordantes e indeterminados | Informes LNR - LISIDA | Semanal |
| Realización de control de foco y encuestas epidemiológicas con Información sociodemográfica | Encuestas enviadas desde los CPHE | Mensual. |
| Estudio de contactos, sospechosos y asociados | Parte de los CPHE | Semanal |
| Reporte de casos sida | Parte de los CPHE e IPK | Semanal |
| Reporte de fallecidos | Parte de los CPHE e IPK | Semanal |
| Número de casos detectados según grupos de pesquisa | Informes LNR - LISIDA | Semanal |
| Número de pruebas realizadas según grupos de pesquisa | Estadísticas provincial y Nacional | Semanal |
| Coinfección TB - sida | Estadísticas provincial y Nacional | Semanal |
| Existencia de medicamentos antiretrovirales de alta eficacia | Parte de los CPHE - IPK | Semanal |
| Mujeres que resultan positivas en el estudio de gestantes | Parte de los CPHE - IPK | Semanal |
| Seropositivas al VIH que se embarazan y deciden parir | Parte de los CPHE - IPK | Semanal |
| Parto de seropositivas al VIH | Parte de los CPHE - IPK | Semanal |
| Seguimiento de hijos nacidos de mujeres seropositivas. | Parte de los CPHE - IPK - LNR | Semanal |
| Información sobre la adherencia a la TARV. | Parte de los CPHE - IPK | Mensual |

CÁLCULO DE LA PREVALENCIA E INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIH

Prevalencia

La prevalencia **puntual** corresponde al número de **casos existentes de una enfermedad o condición** en una población determinada en un momento dado. Es, por tanto, una medición puntual en el tiempo. Esta representa la medición en un momento definido (una instantánea del problema)

Número de casos infectados por el VIH

existentes en un momento y lugar determinados

$$\frac{\text{Número de casos infectados por el VIH existentes en un momento y lugar determinados}}{\text{Población en igual momento y lugar}} \times 100$$

Esta se puede calcular por provincias, municipios, edades, etc. En el denominador se incluyen tanto los casos viejos **vivos** como los **nuevos casos** de infección por VIH, tengan o no sida en el periodo analizado. Aunque usualmente se le denomina «Tasa» es realmente una proporción más que una tasa. Se puede, de igual manera, calcular prevalencia de enfermos (casos de sida) usando como denominador el total de casos de sida y en el numerador los casos de sida vivos en un lugar y momento determinados.

Importancia del conocimiento de la prevalencia de infección por VIH/sida

Nos puede dar una idea de quienes están infectados y donde, así como de la magnitud de las fuentes potenciales de infección que mantienen la epidemia en una comunidad (personas que potencialmente pueden transmitir la infección). Conociendo la cantidad de personas viviendo con VIH/sida prevalentes en una comunidad podemos tener una idea de quienes pueden necesitar prevención y cuidados.

Se pueden calcular otros eventos correspondientes a la vigilancia de segunda generación como número de personas que mantienen conductas de riesgo en una población y momento determinados, o sea que no sólo se aplica a las personas ya infectadas o enfermas

Incidencia

Número de casos nuevos de una enfermedad o condición en una población específica en un período de tiempo determinado.

Número casos nuevos en un lugar
y un período de tiempo determinado

$\frac{\text{Número casos nuevos}}{\text{Población expuesta al riesgo en igual lugar y período de tiempo}} \times 1000 \text{ ó } 100\,000 \text{ ó } 1\,000\,000$

Población expuesta al riesgo en igual lugar y período de tiempo.

Usualmente la incidencia se calcula anual pero pueden utilizarse otros períodos de tiempo. Se puede medir puramente para todos los nuevos casos de infectados (tengan o no sida) lo cual es lo más usual pero se puede medir de igual manera solamente la incidencia de enfermos (casos de sida).

Nota: En el programa calculamos incidencia de detectados pero no necesariamente son estrictamente «nuevos casos». Los casos nuevos de infección en un año no son conocidos. Para conocer la incidencia real habría que constituir una cohorte e ir contando aquellos que seroconvierten. Eso sería la incidencia real.

Grupos de Pesquisa de VIH

DONANTES DE SANGRE: Prueba de VIH a toda persona que realiza una donación de sangre

EMBARAZADAS: Pruebas de VIH que se indican a las gestantes dentro del chequeo prenatal.

CONTACTOS: Personas que han sido o son pareja sexual de un caso diagnosticado con VIH/sida

ITS: Diagnosticados de cualquier Infección de Transmisión Sexual así como sus contactos sexuales

Será responsabilidad del Vicedirector de Higiene y Epidemiología y participarán las enfermeras de ITS/VIH/sida, el dermatólogo y representantes de otros servicios del área según sea requerido.

REORDENAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ITS/VIH/sida

Modelaje, responsabilidades y flujo de información

Durante el 2007 se oficializaron con la Dirección de Estadísticas los modelos que utiliza el sistema de información del programa. Fueron revisados los existentes, actualizados y adecuado su contenido, periodicidad y control de su cumplimiento.

En todos los casos es responsabilidad de las provincias el control y envío de la información

La información debe fluir desde el nivel de donde se emite hasta el MINSAP donde será validada y consolidada a fin de poder controlar el trabajo de las provincias y emitir la información del país.

| Modelo | Periodicidad | Fecha envío | Lo elabora | Responsable de envío | |
|---|-------------------------|---|---|---|-----------------------------|
| Encuesta epidemiológica | Permanente | 30 días después de diagnosticado el caso | Epidemiólogo y/o enfermera de ITS | Jefe de Programa | |
| Parte semanal VIH/sida* | Semanal | Todos los lunes con la información de la semana que concluye | Epidemiólogo y enfermera de ITS | Jefe de Programa | |
| Encuesta de 2ª muestra | Permanente | Antes de los 15 días de solicitada | Junto con la muestra que se envía a LISIDA | Especialista que toma la segunda muestra | Laboratorio Provincial SUMA |
| Parte de ARV | Semanal | Todos los lunes | Especialista responsable de la atención en las provincias e IPK | Especialista responsable de la atención e IPK | |
| Informe de ITS Informe trimestral de ITS | Mensual Cada 3 meses | 1º semana del mes 30 días siguientes al cierre de período | Enfermera de ITS Enfermera de ITS | Enfermera de ITS Enfermera de ITS | |
| Informe de discusión y análisis de fallecidos por sida. | Permanente | En la semana que fallece el caso | Especialista responsable de la atención | Especialista responsable de la atención | |
| Información de gestantes* | Permanente | En la semana de conocerse el embarazo, parto y seguimiento hasta el parto | Jefe de programa en el parte y especialista de atención la de seguimiento | Jefe de programa en el parte y especialista de atención la de seguimiento | |
| Informe de discusión y análisis de debut clínicos | Permanente | En la semana que se notifica el caso | Especialista responsable de la atención | Especialista responsable de la atención | |
| Información de condones | Permanente | Cualitativo los lunes Cuantitativo 29 al 1º de cada mes | Responsable línea de condones | Jefe de Programa | |
| Información de servicios de consejería | Mensual | Del 1 al 5 enero, abril, julio, octubre | Responsable Línea Consejería | Jefe de Programa | |
| Cumplimiento de indicadores operacionales | Mensual | Del 1 al 5 mes vencido | Jefe de Programa | Jefe de Programa | |

REORGANIZACIÓN TÉCNICA DEL PROGRAMA



Reunión Técnica de sida a nivel provincial y municipal

La reunión técnica de sida en provincias y municipios debe constituir un espacio para el análisis técnico del programa y sus indicadores, presentación, debate e implementación de las indicaciones o pautas que se deriven de la reunión técnica nacional, análisis de temas específicos de interés del territorio que no requieran de análisis y aprobación del nivel central. Ejemplo: reorganización de servicios, resultados de investigaciones locales, resultados del monitoreo y evaluación.

Las decisiones y acuerdos que se deriven de la Comisión Técnica Nacional serán indicadas a los municipios y Áreas de Salud para su implementación y será presidida por el Director Provincial y/o Municipal de Salud según el caso y su periodicidad es mensual.

Sus miembros serán designados por resolución provincial y/o municipal y además se convocarán los especialistas e instituciones del territorio que se consideren necesarios según el tema central.

Orden del Día:

- Chequeo de acuerdos
- Actualización de la situación de la epidemia
- Análisis de los indicadores del programa
- Tema central y propuesta de plan de acción para abordar las debilidades que se identifiquen en el análisis del tema
- Otros puntos que se consideren a propuesta del Viceministro y aprobados por éste.

Reunión Técnica de sida a nivel de Área de Salud

Se analizarán los indicadores del programa a este nivel y el análisis de la situación de la epidemia, acciones de prevención y atención en el área de salud.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Pruebas realizadas a personas que asisten a consultas de planificación familiar por cualquier causa. Incluye interrupciones de embarazo, regulaciones menstruales, colocación DIU, etc.

CAPTADOS: Pesquisa activa de VIH a personas con conducta sexual de riesgo o pruebas de VIH indicadas como parte del estudio de cualquier patología, esposos de embarazadas, etc.

ESPONTÁNEO CONFIDENCIAL: Personas que concurren a un servicio de salud y solicitan hacerse prueba de VIH. El paciente aporta sus datos de identidad. (No se clasifican dentro de este grupo las pruebas indicadas a personas que solicitan un «chequeo general» y el médico le indica la prueba de VIH como parte de dicho chequeo. En ese caso se clasifican como CAPTADOS).

ESPONTÁNEO ANÓNIMO: Pruebas de VIH indicadas en Servicios de Consejería Anónima. La persona NO aporta sus datos de identidad, se identifican por un código que va al laboratorio que las procesa y con el mismo se registra. **Solamente podrán indicarse este tipo de pruebas anónimas en los servicios de consejería creados para ello.**

TUBERCULOSIS: Personas a las que se les diagnostica Tuberculosis.

TERRENO: Pruebas de VIH realizadas como pesquisa activa en intervenciones educativas planificadas en el territorio. Ejemplos: intervención educativa en trabajadores de una fábrica, estudiantes de una escuela, población sexualmente activa de una comunidad o durante las jornadas municipales, provinciales o nacionales de «Hazte la Prueba» o iniciativas similares.

INGRESOS: Personas hospitalizadas en cualquier servicio hospitalario a las que se indica prueba de VIH.

NEFRÓPATAS: Personas que padecen esta enfermedad y a las que se les indica prueba de VIH.

HEMOFÍLICOS: Personas que padecen Hemofilia y se les indica prueba de VIH.

RECLUSOS: Prueba de VIH a personas en régimen penitenciario (al entrar, a los 6 meses, al año y luego todos los años y al egreso)

DONANTES DE ÓRGANOS O TEJIDOS: Prueba de VIH a toda persona que realiza una donación de órganos o tejidos antes del trasplante.

EMIGRANTES: Prueba de VIH a toda persona que viajan a países donde se exige la misma entre los trámites migratorios.

EXTRANJEROS: Prueba de VIH a todas aquellas personas de ciudadanía extranjera que solicitan la realización de la prueba durante su estancia en el país.

Los estudios deben indicarse con consentimiento informado y acompañados de técnicas educativas que promuevan comportamientos sexuales que minimicen el riesgo de enfermar.

ENTREVISTA EPIDEMIOLÓGICA

La entrevista es un proceso de interacción social entre dos o más personas, de las cuales una es el entrevistador y otra el entrevistado. Todas tienen alguna finalidad y es la que determina su carácter.

Casi todas tienen como objetivo obtener información, o brindarla, otras ofrecer ayuda. Algunas tendrán una mezcla de estos propósitos, cualquiera que sea el tipo de entrevista debe ajustarse a una pauta o guía que oriente su desarrollo.

Aunque existen diferencias de objetivos, los principios que rigen la elaboración del formulario, la entrevista, así como la formación de los encuestadores, concuerdan en la mayoría de las situaciones en que es preciso el empleo de esta técnica.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA

1. Planeamiento
2. Ejecución

El planeamiento consta de:

- Determinación de objetivos
- Antecedentes del sujeto a entrevistar o de la situación que ha generado la entrevista
- Revisión de los problemas que se han de tratar
- Lugar donde realizar la entrevista
- Momento más oportuno para efectuarla
- Materiales más complementarios

Objetivos: Se analizan desde dos puntos de vista: el del trabajador de la salud, que ha de valorar que medios utilizará con el fin de obtener mayor información y de que forma la aprovechará para elaborar el mensaje que debe transmitir, y segundo el del entrevistado, el cual espera una respuesta a sus necesidades, o que el entrevistador ha despertado.

Antecedentes: Debe manejar habilidosamente esta variable al planear su entrevista, pues ha de tener en cuenta la edad, nivel escolar y otras variables, por ejemplo, aunque se tenga experiencia en el tema, entrevistar a una persona con una ITS es diferente, es una infección relacionada con la esfera sexual y a las personas les hace sentirse incomoda; esto, a su vez, podría llevar al paciente a no dar toda la información por considerarla delicada, o a tener dificultad para responder con exactitud a las preguntas del personal de salud.

Problema: Casi siempre el problema tiene implicación afectiva para el entrevistado, por cual se debe estudiar la forma de abordarlo.

Lugar: Debe tratarse que el local asegure privacidad y que las interferencias se reduzcan al mínimo. En la mayoría de las entrevistas se aborda algún punto

Toda la información será recogida en formularios y modelos diseñados al efecto y posteriormente será analizada para proponer nuevas acciones de intervención individual si fuera necesario.

La tarea será periódicamente evaluada por el Vicedirector de Higiene y Epidemiología del área mediante visitas de observación de los distintos integrantes del equipo técnico del programa nacional.

Recomendaciones que deben darse para una buena adherencia:

- Coloque los frascos de medicamentos en un **lugar visible**.
- Realice un **esquema de administración** de las dosis y horarios en que debe tomar los medicamentos y colóquelo en varios lugares de la casa.
- Apoyarse en un **familiar o amigo** para que le recuerde el horario de tomar cada dosis.
- Habla con sus **compañero de trabajo o estudio** sobre el horario de los medicamentos.
- Si se encuentra en la casa **planifique el despertador** en horarios convenientes.
- Planifique el horario de las dosis en **momento de rutina**.

Como mitigar algunos de los efectos de los medicamentos?

Nauseas y Vómitos

- Comer alimentos secos tales como tostadas, galletas, cereales secos
- Tomar alimentos blandos, poco condimentados y sin olor
- Comer pequeñas cantidades cada vez que lo desee sin guardar un horario
- Beber líquidos cuando esté comiendo. Pequeños sorbos, ej. Bebidas gaseadas, jugos de frutas naturales.

Diarreas

- Evitar consumir productos integrales y las verduras con fibras.
- Incluir en los alimentos la guayaba, papas hervidas, plátano y compotas
- Evitar los embutidos, fricasés y empanizados.
- Beber la mayor cantidad posible de líquidos (ocho vasos o más por día)
- Consumir alimentos ricos en potasio como caldos, manzana cocida y cereales como el arroz.
- No ingestión de leche.

Falta de apetito

- Emplear suplementos dietéticos hiperproteicos e hipercalóricos, vitaminas y minerales y el uso de estimulantes del apetito.
- No espere a los horarios habituales para comer, debe hacerlo frecuentemente, pequeñas cantidades, aquellos productos muy apetecibles y variados.
- Crear un ambiente relajado, distendido, amigable, agradable
- No tomar líquido antes de comer, nunca bebidas que contengan gas

- Régimen en dosis óptimas
- Manejo y comprensión de los efectos secundarios
- Apoyo de la familia o de las personas más próximas

3- Fase de mantenimiento y apoyo

- Programar adecuadamente las consultas, visitas
- Verificar cumplimiento y tolerancia
- Comunicar avances virológicos e inmunológicos
- En caso de mal cumplimiento, investigar las causas y buscar soluciones
- Entorno familiar y social
- Valoración del papel de la industria farmacéutica

Papel de enfermería.

Desarrollar un programa de visitas a domicilio por parte de las enfermeras encuestadoras de los Policlínicos

- . Supervisar el cumplimiento de las indicaciones médicas, la asistencia a consultas de seguimiento.
- . Realizar *dinámicas familiares* que propicien una mejor adherencia al tratamiento antiretroviral.
- . Promover la incorporación de las PVs a los Equipos de Ayuda Mutua (EAM).
- . Interactuar con el médico y enfermera de la familia.
- . Ofrecer apoyo psicológico a PVs y sus familiares.
- . Facilitar la derivación hacia servicios especializados a los casos que la requieran.

Procedimiento

- . Identificar los Policlínicos con mayor número de PVs en atención ambulatoria
- . Cada PVs será objeto de una encuesta inicial para realizar diagnóstico inicial del caso
- . Confeccionar programa de seguimiento
- . Cada caso será visitado periódicamente para supervisar:
 - Cumplimiento de las indicaciones médicas
 - Asistencia a consultas
 - Identificar obstáculos para una buena adherencia

En cada visita

- . ofrecerá información a PVs y familiares
- . entregarán materiales educativos específicos acerca de la adherencia a tratamientos
- . obtendrá información sobre la asistencia a consultas, el cumplimiento de las dosis indicadas, la existencia de reacciones adversas que requieran de inter-consultas
- . detectará signos precoces de fracaso al tratamiento
- . conocerá la dinámica familiar en torno al cuidado de la PVs

que pueda tener implicaciones emocionales para el sujeto, como sucede en las entrevistas a pacientes con infecciones de transmisión sexual.

Factor tiempo: Es sumamente importante que el entrevistador desarrolle habilidades para emplear esta técnica con calidad y en el tiempo de que dispone para ella. Además de entrevistar al paciente en forma adecuada, es necesario ganarse su confianza rápidamente, de modo que se pueda tomar la historia con exactitud en muy poco tiempo.

Ejecución

1. Inicio: Todos coinciden en que éste es un momento clave en la entrevista, y es así realmente si tenemos en cuenta que es cuando se inicia el establecimiento de la relación empática y se despierta la motivación al paciente.

2. Punto óptimo de motivación: Cuando analizamos la relación profesional-paciente vemos que la motivación puede alcanzar diferentes grados o niveles de acuerdo con la naturaleza del problema en sí y las características de la personalidad del paciente.

Ante una situación con mucha carga emocional (como son las entrevistas a casos con infecciones de transmisión sexual) es conveniente emplear unos minutos en una conversación que ayude al entrevistado a liberar un poco de ansiedad, para llevar la motivación al grado que necesitamos en el desarrollo de la entrevista. Cuando la entrevista está por debajo del punto óptimo, esto no ayuda al éxito del profesional, entonces empezará haciendo preguntas que tengan por finalidad provocar en él un interés directo (son conocidas con el nombre de «temas de contacto») con el propósito de motivarlo mostrándole lo interesante de la entrevista.

3. Empatía: Con este término se designa el grado de sintonía afectiva con las demás personas y el ambiente circundante y es la palabra que en nuestro idioma sustituye el vocablo francés **rapport**. Cuando entre el entrevistador y entrevistado hay identificación, o sea, uno se siente en el mismo estado de ánimo que el otro, decimos que están creadas las mejores condiciones para una efectiva comunicación.

4. Desarrollo: Estas fases en que se ha dividido la ejecución, responde sólo a un objetivo didáctico, ya que en realidad es difícil separar donde termina el inicio y comienza el desarrollo.

- Utilización de términos técnicos: Este aspecto es importante para la comunicación del mensaje. El empleo de términos técnicos no aclarados puede acarrear para el profesional algunas dificultades, se corre el riesgo de que nos llegue información deformada, al desconocer el paciente lo que le estamos preguntando y este no responda por vergüenza a preguntar a que se refiere.

b) ¿Cómo formular preguntas?

Es necesario reunir bastante información de cada paciente de ITS, no sólo sobre sus síntomas e historia clínica, sino también sobre sus comportamientos sexuales.

Habrá que obtener esta información en corto tiempo. ¿Cuál es la mejor forma de hacerlo?

Se proponen varias sugerencias generales para entrevistar a los pacientes:

- Por más ocupado que esté, estructure sus preguntas en forma cortés y respetuosa.
- Use el vocabulario del paciente; no utilice terminología médica que no pueda entender.
- Pregúntele si no tiene inconveniente en hablar del tema antes de hacerle preguntas sobre su ITS o comportamientos sexuales.
- Haga preguntas específicas para que sepa exactamente como contestar.
- Haga las preguntas una a una, consecutivamente; si pregunta más de una cosa a la vez, pueden confundirse.
- Cuando haga las preguntas evite emitir juicios de valor.
- Evite hacer preguntas de un modo que le sugiera la respuesta que espera, y déjelo que conteste con sus propias palabras.
- Evite los detalles innecesarios o no pertinentes, respetando la intimidad de la persona.

Debe cuidarse la forma en que se plantean las preguntas, pues a veces inducimos las respuestas. Otro aspecto que debemos cuidar al formular preguntas es la posibilidad que nos respondan con monosílabos, esto ocurre cuando hacemos preguntas «cerradas» (son las que se contestan con una palabra o con una frase corta, generalmente «sí» o «no»). Las preguntas «abiertas» son las que el paciente puede contestar de manera más larga.

- ¿Cuál es la mejor forma de usar estos dos tipos de preguntas? Los pacientes casi siempre tienen problemas para revelar información sobre su propia sexualidad, por lo tanto, se sentirán más cómodos si al comienzo de la consulta las preguntas son abiertas. Además, el profesional de salud podrá obtener más información con una pregunta abierta que con una cerrada.
- Por medio de las respuestas a preguntas abiertas el paciente puede explicar, con sus propias palabras, los problemas que tiene o cómo se siente, y decirle a usted lo que le parece importante. Las preguntas cerradas, por otra parte, le indican al paciente que debe contestar de forma precisa.
- Cuando se usan preguntas cerradas al principio de una entrevista se presenta otra dificultad: el peligro de perder información importante.
- Se obtiene más información usando preguntas abiertas como, «Cuénteme sobre el dolor» y «¿Qué otras molestias tiene?». Los expertos en entrevistas a pacientes de ITS sugieren que se pregunte varias veces, «¿Algo más?» Esto se debe a que hay pacientes que se avergüenzan tanto de los síntomas de las infecciones de transmisión sexual que primero señalan otros síntomas no relacionados con las ellas, un dolor de cabeza, por ejemplo.

Factores que pudieran predecir la adherencia

- No vivir solo
- Tener una familia que le ayude
- El apoyo del equipo de salud
- Garantía de confidencialidad

Factores que pudieran predecir la no adherencia

- Enfermedad mental no tratada
- Deficiencias cognoscitivas
- Aislamiento y rechazo social
- Efectos adversos de los medicamentos (reales o percibidos)
- Alcoholismo
- Tratamientos que producen grandes cambios de conducta o estilos de vida

Estrategias de intervención para mejorar la adherencia

| Causas potenciales de incumplimiento | Posibles intervenciones |
|---|--|
| 1- No aceptación - Rechazo del diagnóstico - Rechazo del tratamiento | - Mejorar la efectividad de la relación paciente-profesional sanitario - Negociar y consensuar plan terapéutico - Fomentar la percepción de la necesidad de recibir tratamiento - Informar riesgos y beneficios |
| 2- No comprensión - De la enfermedad - Del tratamiento - De la relación riesgo-beneficio | - Mejorar la comunicación - Brindar información - Modificar y/o simplificar el régimen - Anticipación y manejo de los efectos adversos - Ofrecer técnicas para la toma de medicamentos |
| 3- Olvidos y barreras - Ansiedad - Estilos de vida - Falta de motivación | - Asociar las tomas con actividades cotidianas - Técnicas especiales de cumplimiento del tratamiento - Dosificación Alternativa - Apoyo familiar y social - Barreras |

Estrategias de Intervención. Fases**1- Fase informativa:**

- Preparar al paciente para que comprenda la necesidad del inicio del tratamiento cuando lo necesite
- Discutir con él las diferentes opciones de tratamiento existentes
- Explicar los beneficios y las consecuencias de la no adherencia y que % de adherencia es necesario

2- Fase de consenso y compromiso

- Se recomienda iniciar tratamiento en los pacientes convencidos y en los que se ha conseguido consenso
- Se hace necesaria en algunos casos una adecuada valoración psiquiátrica, antes de iniciar el tratamiento
- Individualizar y simplificar las pautas de tratamiento

- Restricciones dietéticas.
- Horarios estrictos de toma de las tabletas.
- Reacciones secundarias y adversas.
- El estigma.

Factores de los que influyen en la adhesión.

Equipo médico

- Relación de confianza
- Mantener una comunicación factible
- Dar respuestas oportunas en situaciones adversas o de enfermedad
- No enjuiciar, mantener una actitud de apoyo.
- Intervenciones de asesoramiento sobre acción y efectos adversos de los medicamentos
- Refuerzo de la información y de la atención por 2 ó mas miembros del equipo puede ayudar
- Establecer programas de capacitación sobre la adherencia
- Estabilidad del equipo médico

El paciente

- Negociar un plan de tratamiento que él o la paciente comprenda
- Negociar compromiso de adhesión
- Establecer la disposición del paciente antes de iniciar el tratamiento
- Discutir la razón y la necesidad del tratamiento y la adherencia
- Adaptar el régimen al estilo de vida del paciente
- Ofrecer métodos para lograr que el paciente tenga éxito
- Informar sobre los posibles efectos secundarios y como combatirlos
- Tener en cuenta el nivel cultural del paciente

Estrategias relacionadas con el régimen

- Simplifique los regímenes en la medida de lo posible
- Minimizar las interacciones de los fármacos y los efectos secundarios en la medida de lo posible
- Discutir con el paciente cualquier cambio en su estilo de vida que requiera el régimen y consiga su aprobación o aceptación

El abordaje de la adherencia debe hacerse por un equipo de trabajo, donde todos los integrantes trabajen de manera coordinada, especializados en un área determinada y cada uno con una responsabilidad, para cumplir los objetivos propuestos.

El trabajo en equipo permite:

- Identificar factores:
 - a) Pudieran predecir la adherencia
 - b) Pudieran predecir la no adherencia

- Cuando el profesional de salud ya está seguro de que entiende plenamente el problema desde el punto de vista del paciente, las preguntas cerradas pueden servir para completar detalles específicos.

Otras técnicas verbales

Además del comportamiento no verbal positivo y las preguntas apropiadas y respetuosas, hay otra variedad de técnicas que pueden ser muy útiles para entrevistar a los pacientes con ITS. Estas pueden ayudarlo a reaccionar apropiadamente frente a las emociones del paciente de manera positiva y obtener información en forma eficaz.

He aquí seis técnicas adicionales:

- Facilitación
- Resumen y verificación.
- Apoyo emocional
- Dirección
- Comprensión
- Asociación

Facilitación: Dos ejemplos de facilitación con gestos son asentir con la cabeza y levantar las cejas. El profesional de salud puede usar palabras, frases u otros sonidos para invitar al paciente a que continúe hablando.

Dirección: Esta es una técnica útil cuando un paciente está confundido y no sabe por dónde empezar, o cuando habla demasiado rápido y se mezcla más de un asunto. La dirección elimina la frustración del profesional de salud y ayuda al paciente a compartir sus inquietudes y preocupaciones con mayor facilidad.

Resumen y verificación: El resumen y la verificación ayudan al profesional que da la atención a cerciorarse de que ha entendido al paciente en forma correcta. Simultáneamente da la oportunidad al paciente de corregir cualquier mal entendido. Use esta técnica cuando el paciente ha mencionado varias cosas que usted, como profesional de salud, quiere confirmar.

Comprensión: Es la más importante de las técnicas cuando se debe reaccionar a las emociones de un paciente. Cuando ve, por ejemplo, que un paciente está tenso, usted puede expresar comprensión comentándole lo que acaba de notar

Apoyo emocional: Utilizar expresiones como «No se preocupe, todo saldrá bien» pueden sonar vacías y paternalistas. Es preferible emplear expresiones que normalicen los sentimientos del paciente y contribuyan a reducir ansiedad y disminuir tensión. Por ejemplo, puede decirse algo como «muchas personas con este tipo de síntomas se sienten preocupados... vamos a ver de qué se trata y cómo podemos resolverlo...» El apoyo emocional es esencial para mantener un ambiente de comunicación y confianza. Por ello, es de fundamental importancia no retirar ese apoyo al expresar juicios de valor a través de gestos (de asombro, horror, etc.) expresiones como: cómo es posible, que barbaridad, o frases no es posible que de nuevo esté aquí, por aquí de vuelta.

Asociación: Esta técnica le permite comunicar su compromiso con el paciente, ya sea individual o de parte del equipo con que usted trabaja. ej: Hizo bien al venir. Antes de se vaya me voy a cerciorar de que sepa todo lo necesario para evitar nuevas infecciones; además, vamos a encontrar la mejor manera de discutir esto con su pareja.

- **Conducta extraverbal:** Es necesario estar atentos a lo que dice el sujeto, pero también a la forma de cómo lo dice y sus gestos, los cuales nos suministran importante información. Pero esta observación también es necesaria hacia nosotros mismos. La clave de la comunicación no verbal eficaz es tratar al paciente con respeto y darle toda la atención.
- **Proporcionar privacidad al paciente.** No cabe ninguna duda de que la privacidad y la confidencialidad son esenciales, por lo que la entrevista debería darse sin interrupciones.

Si el paciente está sentado, siéntese, y párese cuando el paciente se pare. Manténgase a una distancia adecuada del paciente, lo más cerca posible. Es mejor situarse al lado de una mesa o escritorio que detrás de ellos. Establecer contacto visual con el paciente. Se le debe mirar directamente a los ojos para captar emociones claves que le ayuden a reaccionar en forma apropiada.

Cierre de la entrevista

Retroalimentación: El aspecto mas importante de este momento es cerciorarse de si el entrevistado ha podido decodificar el mensaje, para lo cual se harán algunas preguntas. Se deben resumir los conceptos más importantes. Debemos esperar unos segundos por si el paciente quiere decir o preguntar algo que ha estado pensando durante toda la entrevista y puede ser importante.

Poner atención a lo que dice. Al inclinarse un poco hacia adelante, se demuestra que se está escuchando; asienta con la cabeza o intercale algunos comentarios para estimular la conversación. No se muestre inquieto ni escriba ni interrumpa mientras el paciente habla.

Estos cuatro puntos son muy simples y pueden ser decisivos en la relación de confianza que se establezca con la persona.

CONSEJERÍA

La consejería, tal y como se debe entender para que sea eficaz, es una forma profesional peculiar de prestar ayuda. Es un diálogo mediante el cual el usuario puede explorar sus sentimientos, expresar sus miedos y temores, y, además, conocer a qué se va a enfrentar y qué situaciones difíciles deberá superar; para lo que recibirá la información necesaria de acuerdo con su situación, de manera clara y precisa, de modo que le sirva a fin de elaborar alternativas de comportamiento.

La consejería es una herramienta por excelencia, una relación de ayuda que pretende implicar al individuo, a partir de sus propias necesidades y emociones. El consejero favorece que el usuario aprenda a tomar decisiones responsables sobre su propio comportamiento.

ADHERENCIA

El término «adherencia» se define como:

Situación en la que él o la paciente se ajusta con exactitud a las prescripciones relativas a los fármacos, incluyendo restricciones dietéticas y horario de las tomas. Define una actitud del paciente, refleja un compromiso de este con el tratamiento indicado e implica una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico.

El cumplimiento o la adherencia incorrecta incluyen aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas, no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

La importancia de alcanzar un cumplimiento óptimo proviene, principalmente, de las fatales consecuencias que pueden aparecer por falta del mismo, tanto en relación a la eficacia como a la posibilidad de facilitar el desarrollo de resistencias. Esto último, debido a la aparición de resistencias cruzadas entre los fármacos que actúan sobre la misma diana del ciclo replicativo viral, condiona que, en los pacientes que han desarrollado resistencias por tratamientos subóptimos, las posibilidades de un tratamiento eficaz sean muy limitadas. Este aspecto, importante desde el punto de vista individual, adquiere una trascendencia extraordinaria a nivel colectivo, ya que la transmisión de cepas multirresistentes a la comunidad puede minimizar los grandes avances alcanzados con el tratamiento antirretroviral de gran actividad 21, 22.

TARV en el sida

Objetivos:

- **Disminuir al máximo la replicación viral.**
- **Aumentar el número de CD 4.**
- **Restablecimiento del sistema inmunológico.**
- **Evitar la aparición de resistencia viral.**

Ventajas

- Máxima supresión del VIH.
- Evita la resistencia.
- Previene el daño al sistema inmunológico.
- Aumento de la supervivencia.
- Evita la progresión hacia sida (disminuye incidencia de EO)
- Mejora la calidad de vida

Desventajas

- No bien estudiadas en mujeres y niños.
- Aparición de resistencias.
- Interacción con otras drogas.
- Alto costo de las drogas.
- Cantidad de tabletas a tomar.
- Efectos en el embarazo.

1b.- No tenía TAR pero tiene criterios clínico-inmunológico para recibir TARV

- Comenzar TAR inmediatamente
- Mantener la TARV después del parto
- Esquema a aplicar AZT+3TC+NEV

1c.- Recibía TAR por cumplir criterios clínicos

- Mantener el esquema terapéutico que tenía
- En caso de riesgo teratogénico (estar utilizando Efavirenz y/o Crixivan), modificar el esquema valorando que el AZT forme parte del tratamiento.
- Recomendar diferir el embarazo si estaba usando Efavirenz o Indinavir (drogas de las más teratogénicas), previa consulta con especialistas. **Si desde el punto de vista virológico e inmunológico (CD4 elevado) esta bien y no se están utilizando estas drogas puede continuar el embarazo.**

ESCENARIO # 2 Embarazada seropositiva que no tiene tratamiento ahora pero que en algún momento haya tenido algún tratamiento (profilaxis u otro)

- **Iniciar TAR** a partir de la semana 14, preferentemente drogas no expuestas
- **Si carga Viral por encima de 1000 c p** después de 8 semanas de tratamiento, **realizar estudios de resistencia**
- Cambiar esquema de **TARV de acuerdo al resultado de test de resistencia.**

ESCENARIO # 3 Embarazada seropositiva multitratada con experiencias anteriores a esquemas recomendados y hay evidencias de fracasos virológicos

- No suspender la terapia que tenga en ese momento
- Remisión para evaluación, toma de decisión y seguimiento en la atención terciaria

ESCENARIO # 4 Embarazada que se diagnostica el VIH ya avanzada su gestación

- TARV incluyendo Kaletra dentro del esquema.
- Avanzada: semana 34

ESCENARIO # 5 Embarazada con alto riesgo de infección durante el embarazo.

Mujer embarazada «seronegativa» que en cualquier momento del embarazo tenga una pareja seropositiva al VIH.

- Consejería especializada con promoción del uso del condón.
- Notificación al programa.
- **Seguimiento clínico y de laboratorio durante el embarazo.**

- 1- Realización de serología para VIH en los tres trimestres del embarazo.
- 2- Seguimiento clínico por especialistas designados para definir si la mujer presentará, cuadro de retrovirosis aguda en cualquier momento de la gestación.
- 3- Ingreso en Hogar Materno a partir de la semana 24.

La situación de cada persona es particular y por lo tanto el usuario requiere de la información pertinente a su caso concreto y todo lo general que sabemos al respecto.

Mientras mayor alcance tiene una técnica educativa, en cuanto al número de personas a las que puede llegar, (como es el caso de los medios masivos de comunicación) menos eficaz es en cuanto a la cantidad de personas en las que puede influir eficientemente para lograr el cambio de comportamiento, precisamente por lo poco personalizada que suele llegar la información para acceder a grandes grupos. La proporción se da también en sentido inverso, mientras menos alcance tiene una técnica, por el hecho de trabajar con un menor número de personas, mas posibilidades tiene de acceder al cambio de comportamiento. La consejería es una técnica de poco alcance pero de muchas posibilidades de incidencia eficaz en el cambio de comportamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es la técnica eficaz por excelencia para enfrentar la problemática del VIH/sida.

Objetivos:

1. Contribuir a prevenir la propagación del VIH/sida y las ITS, mediante la promoción de cambio de comportamiento sexual, el aumento de la información, de la capacidad para generar alternativas y la percepción de la autoeficacia.
2. Proveer de apoyo psicosocial a las personas afectadas por el VIH/sida y las ITS lo que implica el apoyo emocional, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, el mejoramiento de las habilidades para la comunicación interpersonal.

Para la consecución de estos objetivos se requiere realizar intervenciones en el mundo íntimo del individuo, la pareja y hasta la familia.

Las personas que acuden a los servicios de consejería no son pacientes sino usuarios (o demandantes del servicio). El usuario es una persona responsable de su salud, capaz de ser activo en su autocuidado, de comprender las dimensiones de los problemas que lo amenazan y tomar las medidas más convenientes para enfrentar dichos problemas.

El paciente se refiere a una persona pasiva, con tendencia a la inactividad, incapaz de tomar decisiones por sí misma, con incapacidad para comprender la naturaleza de los problemas que lo afectan, ni con recursos para tomar las decisiones precisas. Alguien que requiere que le digan qué hacer, cuándo y cómo.

Tipos de servicios de consejerías:

- Consejería cara a cara. tipo de comunicación directa , personal, sin ningún instrumento mediador de la comunicación
- Consejería telefónica, que se apoya en el uso del teléfono y es muy conveniente para la atención de personas a distancia.
- Consejerías anónimas, donde se brindan servicios de pruebas anónimas, fundamentalmente para diagnóstico de VIH y que puede contemplar tanto la comunicación directa o la comunicación telefónica.

En las tres variantes de consejería se pueden desarrollar procesos orientados a facilitar la realización de las pruebas y la recepción de los diagnósticos: consejería preprueba (antes de la realización de examen) y la consejería postprueba (luego de realizado el examen). También se pueden crear servicios para la atención de parejas serodiscordantes o de mujeres seropositivas que deseen tener hijos o para la orientación general de la población.

Elementos metodológicos de la consejería:

Explorar el contexto.

El consejero debe intentar comprender la situación del usuario.

La intervención del consejero depende de la información que puede recoger de la situación que plantea el usuario.

El consejero debe utilizar técnicas para estimular el diálogo y lograr un vínculo empático poniéndose en el lugar del usuario.

El consejero debe realizar preguntas abiertas, comenzar con aspectos generales y poco a poco ir profundizando en la temática que se explore; deben seguir un proceso lógico, secuencial apegado a las necesidades del usuario, sin violentarlo. Ejemplo de preguntas abiertas: ¿Cómo evitas las ITS?, ¿Qué te motivó a tener relaciones sin condón con esa persona? Hay que evitar las preguntas que comienzan en Por qué...?

Asuma una postura de escucha activa (inclinado hacia el usuario, mirándolo a la cara, asintiendo como muestra de su comprensión, concentrándose en lo que dice y tratando de esclarecer las dudas sobre lo que este expresa).

En ocasiones no es necesario elaborar preguntas, puede ser suficiente repetir la última frase expresada por el usuario (respuesta reflejo).

Ejemplo:

Usuario: No sé si sea capaz de decírselo todo. Consejero: Decírselo todo...- en lugar de- ¿Qué entiendes por todo?/ ¿Qué significa para tí decírselo todo? También es útil recurrir a gestos o expresiones de interrogación como arquear las cejas o abrir bien los ojos.

En el caso de una consejería telefónica los elementos de escucha activa se refieren fundamentalmente a los aspectos relativos a la oralidad, es decir, a los elementos comunes con la consejería cara a cara relativos a la palabra y al uso de los sonidos. Es útil sustituir las palabras por frases o sonidos que expresen nuestra atención a la comunicación del usuario. Ejemplos: Sí..., por supuesto..., claro..., eh..., anjá..., etc.

Brindar apoyo emocional

Una forma efectiva de brindar apoyo emocional es permitiendo que el usuario exprese sus emociones, que hable sobre lo que siente, lo que le preocupa.

No se deben cortar las expresiones de llanto a no ser que sea excesivo.

Hágalo sentir que lo comprende.

Nunca utilice frases para restar significado a lo que siente el usuario, tales como: «no te preocupes, eso es una bobería, tú veras que eso no tiene importancia, debes ser fuerte, los hombres no lloran», etc.

- Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones, ganglios cervicales o hiliares)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt o equivalente.
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.
- Linfoma cerebral primario o equivalente.
- Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada.
- Infección por *M. avium intracelulare* o *M. Kansasii* diseminada o extrapulmonar.
- Infección por otras micobacterias extrapulmonar o diseminada.
- Neumonía por *P. carinii*
- Neumonía recurrente (más de 2 episodios/año).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sepsis recurrente por *Salmonella* sp. diferente a *S. typhi*.
- Toxoplasmosis cerebral.
- Síndrome caquético (Wasting syndrome). También denominado **Síndrome de desgaste asociado al sida: pérdida de peso involuntaria de más del 10 % de su superficie corporal, además de diarreas crónicas de más de un mes, debilidad y/o fatiga crónica, fiebre de origen desconocido por más de 30 días.**
- Carcinoma de cérvix invasivo.
- Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de la pulmonar o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

Prevención de la Transmisión Materno Infantil

Principios generales:

1. Mantener aplicación de profilaxis a partir de la 14ª semana de gestación.
2. Cesárea electiva (entre las semanas 38 y 39)
3. Mantener la aplicación de Zidovudina parenteral desde 3 horas antes de la cesárea hasta la ligadura del cordón umbilical.
4. Mantener la suspensión de la lactancia materna.
5. Mantener el uso de Zidovudina en el recién nacido
6. Cumplir todos los controles prenatales que norma el PAMI
7. Evaluar CD4 y CV todos los trimestres

ESCENARIO # 1 Embarazada que arriba a la semana 14 del embarazo ya diagnosticada con VIH

1a.-No recibía TARV por no cumplir criterio clínico

- Comenzar profilaxis con Triterapia a partir de la 14 semana
- Mantener la TARV **hasta 2 meses después de la cesárea** valorar suspensión de acuerdo a los criterios de CV y CD4.
- Esquema a aplicar **AZT+3TC+NEV**

En caso de cifras de Hb menores de 8g sustituir AZT por D4T

Si la anemia es multifactorial : apoyo con eritropoyetina recombinante

En caso de presentarse alergia a la Nevirapina: sustituir por Kaletra.

relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH.

Como ejemplo podemos tener las siguientes patologías:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis oral (muguet)
- Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento
- Displasia cervical o carcinoma «in situ»
- Temperatura superior de 38, 5° C o diarrea de más de un mes de duración.
- Leucoplasia vellosa oral
- Herpes zoster (dos episodios o uno que afecte a más de un dermatoma)
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Neuropatía periférica.

Infección primaria (categoría a)

- Se asocia a seroconversión
- Los síntomas aparecen espontáneamente y desaparecen en aproximadamente tres semanas.
- Síntomas banales que pasan inadvertidos y no se diagnostican ya que se asemejan a la gripe.
- Fiebre, cefalea, adenopatías, esplenomegalia, rash cutáneo, diarreas, mialgias, náuseas, vómitos, neuropatía periférica, pérdida de peso, úlceras orales, odinofagia, etc.
- Se produce aproximadamente en el 50% de los individuos que se infectan y aparece de 1 a 6 semanas posteriores a la exposición al VIH y puede durar entre 1 y 3 semanas.
- El examen de anticuerpos puede ser negativo en este momento.
- El diagnóstico en esta etapa puede realizarse mediante HIV RNA PCR cuantitativa (carga viral) o una prueba de DNA pro viral.

Categoría c:

Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de sida. Cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla:

- Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea más de un mes.
- Infección por CMV en el niño de más de un mes de edad (en otra localización distinta a hígado, bazo o ganglios linfáticos).
- Retinitis por CMV.
- Encefalopatía por VIH.
- Herpes simple que causa una úlcera cutánea de más de un mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de un mes de edad.

El tono verbal utilizado debe ser suave, cálido, calmado, que denote estabilidad y control emocional.

En la variante de consejería telefónica este es un aspecto muy importante a tener en cuenta, puesto que la accesibilidad del teléfono hace que las personas puedan recurrir a los consejeros cuando están atravesando una situación difícil o inmediatamente después. Por esta razón, no es raro encontrar a usuarios que se comunican en un estado emocional muy desfavorable para una reflexión sobre un problema de salud o para tomar decisiones. Se debe emplear las mismas técnicas de la consejería cara a cara. Se debe insistir en que el consejero estará en la línea el tiempo que necesite.

Brindar información

La información que se le brinde al usuario debe ser elaborada en un lenguaje asequible, sin demasiado tecnicismo y de la manera más sencilla posible.

Debe ser una información personalizada, lo que significa que a una persona se le brinda la información que necesita o que puede interiorizar en ese momento y no todo lo que el consejero sabe sobre el tema o todo lo que requiere la situación.

No se debe sobrecargar al usuario con información

En la consejería cara a cara el consejero puede auxiliarse de materiales impresos (plegables, folletos, etc.) o maquetas, hacer modelaje. En la variante telefónica se debe recurrir a la ejemplificación y al uso de analogías.

Promover la elaboración de alternativas

La intervención de los consejeros va dirigida a que, mediante la información que se le brinda, el usuario busque otras alternativas de comportamiento que no percibía o que no las tenía en cuenta.

Los cambios no pueden ser impuestos sino motivados por la necesidad de mejora. Cualquier cambio implica un costo psicológico para el individuo, por lo que el usuario debe percibir un beneficio personal importante para proponérselo. La libertad para decidir favorece la asunción de la responsabilidad. Si la persona no se siente libre para escoger lo que considera como un beneficio, no se sentirá comprometida para mantener ese comportamiento. Si el cambio no es percibido como una necesidad, no se puede confiar en que será implementado, puesto que el consejero no estará presente en las ocasiones donde deba ejecutarse, dado que muchas de las facetas de la vida sexual de una persona se manifiestan en privado, sólo en presencia de la o las parejas sexuales.

FORMACION DE PROMOTORES:

Promotor de Salud es una persona con determinadas características personales que ha recibido un entrenamiento para desarrollar acciones con el objetivo de informar y educar a la población en la adopción de conductas sexuales saludables

Una de las formas para llegar con más eficacia a los diferentes grupos sociales es a través de la **EDUCACIÓN DE PARES O IGUALES**, o sea una persona adiestrada como promotor de salud actúa sobre su mismo grupo, por

ejemplo un joven estudiante actúa sobre sus compañeros de estudio, una mujer adiestrada como promotora educa a otras mujeres, un homosexual preparado como promotor actúa sobre otro homosexual.

La preparación y formación de los Promotores de Salud, así como su permanencia en el trabajo preventivo es una gran responsabilidad y un desafío de los profesionales involucrados en este trabajo.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE PROMOTORES

- Convocatoria para el taller
- Entrevista a los que solicitan incorporarse al taller
- Selección de participantes.
- Taller teórico-metodológico
- Actividades comunitarias
- **PROMOTOR DE SALUD**

Características que debe poseer un Promotor de Salud en ITS/VIH/sida

- Conocimientos teóricos y metodológicos que garanticen la calidad de sus acciones.
- Capacidad para lograr un buen nivel de empatía y vínculo afectivo en el proceso de comunicación con la población.
- Saber escuchar y permite la expresión de los demás.
- No ser rígido en sus posturas, opiniones e ideas.
- Mantenerse actualizado en el tema.
- Poseer creatividad para aprovechar adecuadamente los materiales y el espacio disponible para realizar las actividades, de manera que estas resulten atractivas para la población.
- Ser afable y tener un buen sentido del humor
- Tener una adecuada presencia acorde a las normas sociales y/o las del grupo poblacional con el cual trabaja.
- Tener habilidades como observador.
- Proporcionar retroalimentación inmediata.

Habilidades que debe poseer el promotor de salud en ITS/VIH/sida.

- Hablar despacio, claro y modulando el tono de la voz.
- Adaptar el lenguaje al nivel del grupo, sin entrar en chabacanerías.
- Lograr que los participantes hablen más que él o ella.
- No contestar todas las preguntas, solicitar las respuestas del grupo.
- Reaccionar a lo que las personas está diciendo, moviendo la cabeza, sonriendo mostrando que está escuchando atentamente.
- Mantener contacto visual con la persona o con el grupo al estar hablando o escuchando.
- Expresar sus preguntas de tal manera que anime a las personas a hablar.
- Hacer un resumen o retroalimentación.
- No asombrarse por las diferentes repuestas, situaciones o anécdotas que escuche.

- Captación y seguimiento por MF y obstetra del área, según PAMI
- Valoración en la consulta de descentralización inmediatamente después de la captación, con seguimiento mensual.
- Infecciones oportunistas e inicio de profilaxis e inmunizaciones.
- Asegurar el adecuado estado nutricional materno.
- Manejo de ITS.
- Consejería y educación sobre riesgos de TMI.
- Inicio del aporte de ácido fólico
- Supresión de fármacos con potencial de toxicidad en el desarrollo fetal.
- Elección del tratamiento eficaz para reducir riesgo de transmisión materno infantil.
- Lograr la máxima y estable reducción de la carga viral.
- Evaluar y controlar las causas secundarias que compliquen la salud de la madre.

Criterios de la clasificación CDC/OMS 1993).

Estadios de la Infección por VIH

| Según conteo de CD4 | A Asintomático con infección aguda. | B Sintomático (No A ni C) | C Enfermedad indicadora de sida. |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| > 500mm ³ >29% | A1 | B1 | C1 |
| 200-499mm ³ 14-28% | A2 | B2 | C2 |
| < 200mm ³ <14% | A3 | B3 | C3 |

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS

Categoría 1: Conteo de Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto o bien porcentaje de CD4 mayor o al 29%.

Categoría 2: Conteo de Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3: Conteo de Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%.

CATEGORÍAS CLÍNICAS

Categoría A:

Se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP)

Categoría B: (Enfermedades Oportunistas Menores)

Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado enfermedades

- Basado en el resultado de complementarios y el examen físico en la primera consulta
- Es fundamental tener en cuenta el valor del conteo de CD4 y de ser posible la carga viral.
- De acuerdo a como haya clasificado el caso (Siguiendo los criterios de clasificación CDC/OMS/1993)

Nota Aclaratoria: En caso de no ser posible la clasificación del caso de acuerdo a los criterios del CDC/OMS 1993, utilizar la clasificación del CDC/OMS 1987

Plan de Acción:

- Asintomático (A1):Trimestral
- Caso en estadio intermedio o moderado: (A2-B-1 y B-2): Trimestral, o de acuerdo al criterio médico.
- Caso sida (A-3 y B-3), enfermedad controlada: Mensual, o de acuerdo a criterio médico.(para clasificar el caso e indicar tratamiento se necesitan al menos dos determinaciones de CD4)
- Caso sida, enfermedad avanzada: Quincenal, o de acuerdo a criterio médico. (C-1, C-2 y C-3).
- Seguimiento de complementarios y Rayos X: De acuerdo a criterio médico.
- Tratamiento Antirretroviral y de las infecciones y/o enfermedades oportunistas.
- Carga Viral: Carga Viral de inicio y en las personas bajo Tratamiento
- El CD4 mas de 500 no es necesario.
- CD4 se va a realizar trimestral.

Atención a la mujer:

La atención a la mujer no difiere de los expuestos en el acápite anterior, con algunas particularidades:

1. Atención Ginecológica: Incluye el examen físico del aparato ginecológico con citológica orgánica y colposcopia.
 - Una vez al año: A-1,A-2,B-1,B-2
 - Semestral: A-3, B-3,C-1,C-2,C-3.
 - En caso que sea positiva a alguna patología del aparato ginecológico, o sea portadora de algún grado de displasia cervical, actuar de acuerdo a lo establecido para estos casos.
 - Tratamiento inmediato de cualquier ITS.
 2. Consejo preconcepcional: Tener en cuenta la alta probabilidad de Transmisión Materno Infantil que existe. Brindar consejería preconcepcional como parte de los cuidados médicos de rutina a toda mujer seropositiva en edad fértil, con el objetivo de retrasar el embarazo hasta que las condiciones de salud sean las más adecuadas para la madre y el feto. Trabajando sobre los aspectos básicos disminuyen la transmisión vertical.
 3. Examen periódico de las mamas. Semestralmente.
- Atención a la embarazada:*

¿Cuáles son los contenidos fundamentales de un taller de Formación de Promotores de Salud en ITS/VIH/sida ?

- Introducción a la prevención.
- Identificación de barreras personales para realizar la labor de prevención.
- Comunicación.
- Sexualidad
- Información básica de las ITS/VIH/sida
- Prácticas sexuales
- Condón
- Metodología del trabajo de prevención de las ITS/VIH/sida: cara a cara y grupal

Estos contenidos serán enriquecidos con otros temas que se consideren necesarios para alcanzar los objetivos del taller.

¿Cómo preparar y desarrollar un taller de formación de promotores de salud?

1. Identificar las necesidades de la población sobre las cuales el promotor realizará su labor.
2. Determinar el problema que queremos o proponemos resolver con estas acciones.
3. Conocer el nivel de conocimiento de las personas que solicitan ser capacitados como promotores: Esto nos permite ajustar el programa a las necesidades de aprendizaje de los futuros promotores.
4. A partir de aquí, definir los temas fundamentales a tratar durante la formación que responda a las necesidades de los futuros promotores y también a los objetivos que nos proponemos, priorizando temas importantes a tratar y temas mas "delicados" o complejos.
5. Todo lo que se de en el taller debe contribuir a la solución de las necesidades de los promotores y de la población a la cual van dirigidas las acciones de prevención y promoción.
6. Mantener la motivación y el interés de los promotores durante todo el taller.
7. Adaptar la forma de llevar el proceso educativo a las diferentes formas o maneras de aprendizaje del grupo de promotores que estamos formando, teniendo en cuenta que cada individuo tiene una manera particular de aprender.
8. Partir de la experiencia práctica de los promotores.
9. Incluir actividades docentes que propicien la observación, el análisis y la reflexión de los promotores.
10. Brindar un espacio que permita la explicación teórica o conceptual.
11. Realizar actividades prácticas que le permitan comprobar que lo aprendido funciona en la vida cotidiana.
12. Realizar en diferentes momentos retroalimentación o comprobación de los contenidos tratados.

13. Utilizar la metodología participativa, a partir de la movilización en el individuo y en el grupo de las actitudes, prejuicios y valores, teniendo en cuenta las vivencias individuales.
14. Contar con un local con las condiciones mínimas para el desarrollo del taller.
15. Conocer los recursos con los que contamos para realizar el taller y así poder hacer un uso eficiente de los mismos.
16. El taller debe realizarse con un grupo entre 15 y 20 personas, lo que permite profundizar en cada uno de los temas.
17. Posterior a las actividades realizadas dentro del local o aula, debe comenzar la 2da fase de este proceso que es la del trabajo comunitario, donde los promotores ponen en práctica los conocimientos y habilidades desarrolladas en la fase anterior

ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN

Existen diferentes formas o alternativas de protegerse para no adquirir una infección de transmisión sexual o el VIH/sida, las cuales mencionamos a continuación:

La abstinencia sexual

Se define como no tener relaciones sexuales con su pareja sexual, no solo incluye la no penetración sino también otras prácticas sexuales de satisfacción en pareja. No limita la autosatisfacción.

Generalmente es rechazada como opción por la mayoría de las personas.

Mantener una relación monógama

Es la relación en pareja donde ambos miembros son mutuamente fieles.

Para que este tipo de alternativa sea verdaderamente segura, ambos miembros de la pareja deben de realizarse un chequeo médico al inicio de su relación y después de los 3 meses, además debe asumirse por parejas estables en el tiempo y que de mutuo acuerdo tomen esta alternativa como medida de prevención, siempre y cuando los dos miembros de la pareja estén seguros, posterior al chequeo médico que están sanos.

Mientras no tengan esa seguridad se recomienda usar el condón o preservativo.

No se recomienda este tipo de alternativa para adolescentes y jóvenes.

Sexo seguro

No tener relaciones sexuales con penetración: son aquellas que no incluyen penetración y que evitan a las personas exponerse a fluidos sexuales potencialmente **INFECTANTES** durante las relaciones sexuales como son líquido preeyaculatorio, semen, secreciones vaginales y sangre.

Ejemplos:

- Frotar los pechos
- Besar el cuerpo
- Frotar los genitales en el cuerpo de la pareja, siempre y cuando la piel no tenga heridas.

- Valoración del estado nutricional.
- Descartar presencia de signos y/o síntomas de progresión de la enfermedad (infecciones y/o enfermedades oportunistas menores o mayores).
- Explorar la posibilidad de Retrovirus Aguda (Infección Primaria Sintomática)

Pasos a seguir en la Primera Consulta (de clasificación):

El paciente llega en las primeras 72 horas enviado por el jefe de programa.

1. Interrogatorio y entrevista:

- A) Datos generales (edad, sexo, dirección, teléfono, caso índice, No CI,)
- B) Antecedentes patológicos personales y familiares
- C) Hábitos tóxicos
- D) Inmunizaciones. (TT, Hep B, Antigripal) otras según criterio médico
- E) Citología orgánica.
- F) Mantoux (Anualmente)
Se realizara a los casos nuevos en los cursos de aprendiendo a vivir para Pvs. El resto. Se llevará a cabo en las consultas municipales por la enfermera adiestrada.
- G) Riesgo preconcepcional.
- H) Fecha de diagnóstico
- I) Identificar la posible vía de contagio
- J) Identificar fecha probable de contagio (FPC)

2. Interrogatorio por aparatos y examen físico.
3. Indicar análisis de laboratorio y Rayos X.
4. Valoración psicológica inicial.
5. Valoración por trabajo social (opcional).
6. Valoración por estomatología.

Particularidades del examen físico.

Examen físico completo insistiendo en:

1. Índice de masa corporal en todas las consultas
2. Examen de la cavidad bucal: en todas las consultas
3. Examen de los genitales y región anal: en todas las consultas
4. Examen de la piel: en todas las consultas.
5. Examen del sistema HLP: en todas las consultas

Análisis de laboratorio:

Hematología (conteo de plaquetas, eritrosedimentación), Hemoquímica (creatinina, TGP, LDH, TGO, Colesterol, Triglicéridos, Glicemia)

P. orina, H. fecales, exudado vaginal y endocervical.

Serología VDRL, Serología para Hepatitis B y C

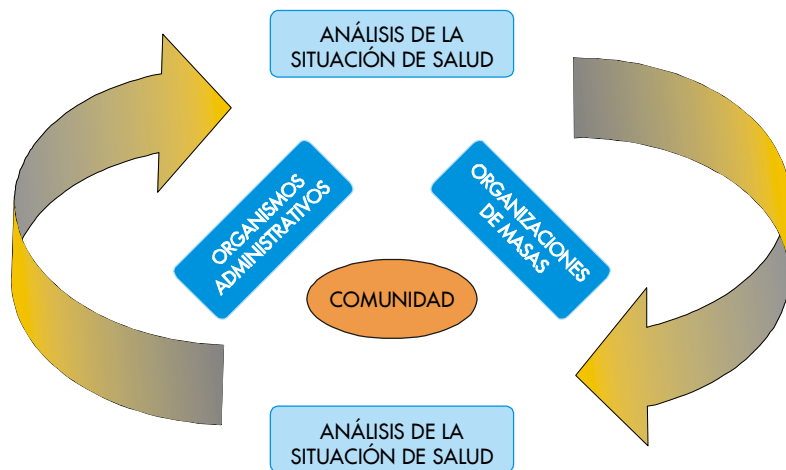
Conteo de Células CD4 y Carga Viral.

Rayos X de tórax.

Ultrasonido abdominal.

Otros : según criterio médico

Establecer un plan de acción y seguimiento:



El dominio que tenga el «sector salud» de los problemas que presenta y las soluciones es vital para lograr la participación de los restantes sectores.

...Algo muy importante a considerar

- Concertación.
- Negociación.
- El «sector salud» es el líder del proceso pero los participantes en el trabajo no son subordinados.
- No forzar desde nuestra óptica el quehacer de otros sectores.
- Unir la acción desde el inicio del proyecto o programa.

ATENCIÓN INTEGRAL A PVS

La atención integral a personas con VIH/sida (PVs) debe estar dirigida a tres líneas fundamentales:

1. Atención a Adultos y adolescentes.
2. Atención a Mujeres
3. Atención Pediátrica

Atención a adultos y adolescentes.

1. Consulta de clasificación: de acuerdo al grado de la enfermedad, que se determina de acuerdo a la clasificación del CDC/OMS de 1993, que incluye aspectos clínicos y de laboratorio (estado de las células CD4):

Objetivos:

- Establecer un plan de seguimiento médico y de análisis de laboratorio patrón de CD4 y Carga Viral.
- Descartar otras Infecciones de Transmisión Sexual (Sífilis, Blenorragia, Condiloma Acuminado, Herpes Simple Genital, etc)
- Descartar coinfección Hepatitis B y C.
- Descartar Enfermedades Crónicas asociadas.
- Descartar otras enfermedades infectocontagiosas (Tuberculosis, paludismo, enfermedad de Chagas, etc)

- Bañarse juntos
- Observar como se masturba la pareja
- Tocar los propios genitales cuando la pareja toca los suyos
- Masajes, abrazos
- Frotamiento de cuerpo con cuerpo
- Besos secos.
- Utilizar juguetes sexuales (solo para uso propio, si se comparten , desinfectarlo y poner un condón nuevo cada vez que sea intercambiado)
- Voyeurismo (obtención del placer sexual a través de observar una situación excitante x)
- Sexo telefónico
- Compartir fantasías sexuales y realizar aquellas que no incluyan fantasías sexuales inseguras

La adopción de comportamientos sexuales seguros exige que la persona disponga de una información precisa, una planificación previa y una comunicación óptima con su pareja.

Las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual y minimizar los riesgos potenciales de infección de una ITS o el VIH/sida.

SEXO PROTEGIDO.

Es aquella práctica sexual donde se incluye el condón o preservativo en la relación sexual (vaginal, anal u oral) lo que evita que las secreciones corporales que contienen el VIH u otros gérmenes no entren en contacto con la piel ni las mucosas de la pareja.

Características y beneficios

- Son hechos de látex natural que protegen contra VIH/sida y otras ITS.
- Tienen diferentes dimensiones, pero la estándar es 53 mm de ancho x 180 mm de largo por 0.065 mm de grosor.
- La lubricación facilita la penetración sin irritación.
- Debe tener la cantidad de lubricante indicada por las normas de calidad. La cantidad óptima de lubricante depende de la necesidad de uso y el tipo de sexo que se realice.
- Una cantidad mayor de lubricante de la que está establecida trae como consecuencia que se interfiere con el sello hermético del empaque y se desborde el lubricante.
- El lubricante que más se usa es la silicona, la cual protege al condón de la oxidación y hacen que no se seque.
- Tienen un bajo precio lo que hace que cualquier persona pueda comprarlo.
- Empaque individual de aluminio que brinda protección higiénica a cada condón.
- Se ha planteado que el empaque de aluminio es más seguro para la protección de los condones puesto que el empaque plástico presenta poros que permiten el paso de oxígeno y la humedad.

- Los estudios indican que el empaque redondo supera al ovalado, pues el empaque redondo mantiene la forma natural del condón lo que ayuda a extender su conservación, mientras que el ovalado por la manera de empaquetar el condón puede sufrir tensiones en los bordes y dañarlos.
- Se guardan en una cajita de cartón que protege los condones que no se han usado.
- Llevan las instrucciones de uso dentro de la cajita que permite recordar como usarlo correctamente.
- Fecha de expiración fuera de la cajita que indica hasta cuando se puede usar.
- Las pruebas de calidad brindan seguridad y protección.

¿Qué hacer cuando se compra un condón?

- Revisar la fecha de vencimiento.
- Revisar el empaque buscando lubricante por fuera.
- Mover el condón dentro del empaque y chequear burbuja de aire.
- No poner en bolsillos de pantalones o billeteras.
- Proteger de la humedad y de los rayos directos del sol.

Ventajas del uso del condón

- Previenen ITS-VIH/sida y embarazos cuando se usan sistemática y correctamente.
- Seguros. No efectos colaterales por hormonas.
- Previenen embarazos no deseados (97%).
- Previenen ITS durante el embarazo.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento.
- Fáciles de tener a mano en caso de que la relación sexual ocurra de forma inesperada.
- Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- Fáciles de conseguir y de usar sin necesidad de ver a un facultativo.
- Permite que el hombre asuma responsabilidad en prevención de ITS y embarazo.
- Puede aumentar el gozo sexual al sentir que no hay preocupación.

Desventajas del uso del condón

- No es igual que no usar.
- La pareja debe tomarse el tiempo necesario para colocarse el condón correctamente antes del coito.
- Deben tenerse a mano (disponibles).
- Existe la mínima posibilidad de que el condón se deslice fuera del pene o se rompa durante el coito.
- Pueden debilitarse y romperse durante el uso si se guardan por tiempo prolongado o en condiciones no adecuadas.
- Se necesita la cooperación del hombre para lograr la protección de la mujer.
- Tienen reputación muy baja. Se relacionan frecuentemente con relaciones sexuales inmorales, extramaritales y prostitutas.
- Algunas personas aún sienten vergüenza al comprarlo o al hablar de él.
- Puede ocasionar escozor a las personas alérgicas al látex. Igual puede pasar con los lubricantes

Esquema # 2



PAPEL DEL SECTOR SALUD EN LA INTERSECTORIALIDAD *

- Lograr una clara *definición del peso específico de cada sector en la situación epidemiológica.*
- *Inserción adecuada de los sectores en la estrategia y plan de acción para programas y proyectos.*
- *Dominio de los problemas que presenta el sector y sus posibles soluciones.*

* La intersectorialidad requiere también de nuevos enfoques en la gerencia de la salud y toma una vital importancia el liderazgo que tiene que asumir el sector salud y a la vez la capacidad para trabajar en equipo con nuevas concepciones y con la capacidad de hacer uso de la inteligencia colectiva

RELACIONES DEL PROGRAMA DE ITS/VIH/sida Y EL CONSEJO POPULAR

En el área de salud debe llevarse a cabo este trabajo con los sectores implicados, teniendo en cuenta la estructura de los Consejos Populares como **Órganos de Coordinación que tienen como objetivo lograr la intersectorialidad y la descentralización (facilitan la participación protagónica de la comunidad y de sus organizaciones sociales y de masa en la gestión de salud).**

El equipo técnico de ITS/VIH/sida del área de salud es el encargado de monitorear y dar a conocer (como contraparte) la marcha de las acciones de los sectores y ayudar a encausar las acciones a cada uno de ellos.

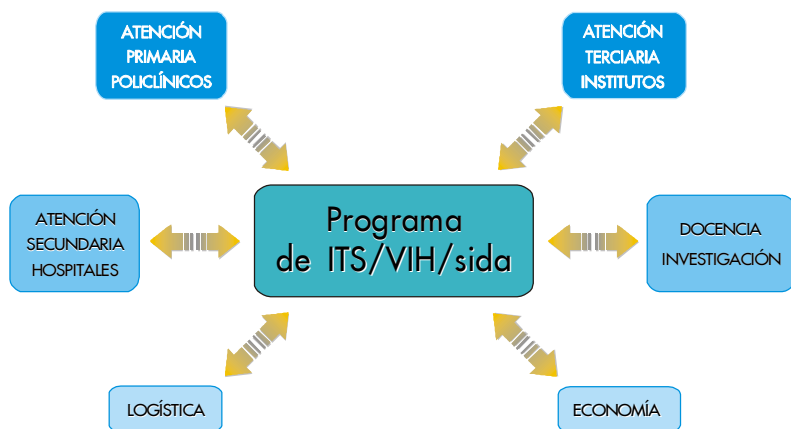
- Es la brecha entre los problemas y las respuestas.
- Si el sistema no dispone de los mecanismos estructurales para enfrentarlos no se obtendrán los resultados requeridos.

Para el trabajo en ITS/VIH/sida se debe establecer interrelación continua hacia dentro del propio sector con las áreas correspondientes al MINSAP (esquema 1) pero es indispensable lograr el trabajo de todos los sectores de la sociedad, (esquema 2) lo que implica:

- Colocar en las agendas de otros sectores las ITS/VIH/sida como un problema que les atañe y en cuya solución se encuentren involucrados.
- Movilizar recursos humanos y materiales y ponerlos en función del bienestar de la población.
- Trabajo colectivo.
- Integralidad total.

Esquema # 1

RELACIONES DEL PROGRAMA DE ITS/VIH/sida DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.



Todos los sectores de nuestra sociedad deberán tener en cuenta las realidades de las ITS/VIH/sida a los efectos de la planeación y materialización de las estrategias de desarrollo económico social del país.

Cada sector elaboró su estrategia (respuesta ampliada a la epidemia de VIH/sida) para el enfrentamiento de la epidemia de VIH/sida la cual se considera el compromiso para el trabajo en este sentido.

FACTORES QUE FAVORECEN EL USO DEL CONDON

- Estimular métodos innovadores de distribución
- Apoyar la publicidad sobre condones
- Facilitar la obtención de condones
- Mantener existencia adecuada de condones y cuidar condiciones del producto.
- Informar a los usuarios
- Enseñar las técnicas físicas y sociales del uso del condón
- Responder correctamente y compartir rumores
- Creatividad para generar ventas

SU EFECTIVIDAD DEPENDE DE 3 FACTORES :

- Regularidad de su uso
- Uso correcto
- Calidad del producto usado

SU USO CORRECTO SE ASOCIA CON :

- Aprendizaje sobre su uso
- Práctica para su uso
- Atención y cuidado en su uso

USO CORRECTO DEL CONDON

- Verificar la fecha de vencimiento del condón y asegurarse que el empaque se encuentre en buen estado, con un poco de aire adentro.
- Abrir cuidadosamente el empaque utilizando los dedos, sin usar los dientes, tijeras u otros objetos que puedan dañar al condón.
- Sacar el condón y sujetarlo de manera que desenrolle hacia fuera.
- Sujetar al condón por la punta mientras se coloca sobre la punta del pene erecto.
- Sujetando la punta del condón, desenrollarlo hasta hacerlo llegar a la base del pene.
- Después de la eyaculación, sujetar el condón por la base y retirar el pene antes de que pierda la erección, cuidando no derramar el semen.
- Hacerle un nudo y botarlo en la basura.

NOTA: Antes de la penetración (sea vaginal, anal u oral) debe estar puesto el condón.

Si se desea mayor lubricación, debe usarse un lubricante a base de agua. No usar cremas cosméticas, vaselina, ni aceites, porque dañan el condón.

CONDON FEMENINO

Nuevo método para evitar las ITS/VIH/sida

- Es controlado por la mujer.
- Consiste en una funda delgada y transparente hecha de poliuretano. Antes de tener relaciones sexuales, la mujer coloca la funda en su vagina. Durante el coito el pene del hombre se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino.
- Tiene una eficacia similar al condón masculino.

Algunas ventajas:

- Método controlado por la mujer
- Diseñado para prevenir ITS-VIH/sida.
- Ninguna condición médica limita su uso
- No efecto secundario, no reacción alérgica
- Se puede colocar hasta 8 horas antes
- Puede usarse varias veces.

Algunas Desventajas:

- Método costoso actualmente
- Por lo general requiere aprobación de la pareja
- La mujer tiene que tocar sus genitales.
- Se necesita de alguien que enseñe su uso correcto y práctica.

Modo de uso

- Abra el empaque cuidadosamente por la marca indicada en el lado derecho del mismo. Nunca use tijeras o cuchillo.
- Colóquese en la posición más cómoda para su inserción (agachada o con un pie levantado).
- Verifique que el condón esté lubricado
- El extremo cerrado del condón tiene un anillo flexible. Sostenga y apriete con los dedos pulgar e índice uniendo ambos extremos de este anillo
- Con la otra mano separe los labios externos de la vagina
- Suavemente introduzca el anillo dentro de la vagina. Se sentirá como el anillo sube.
- Introduzca el dedo índice dentro del condón y empuje el anillo interno hasta donde pueda, asegurando de esta manera que la funda no esté torcida. El anillo externo, más grande, queda fuera de la vagina.
- En el momento del coito hay que guiar el pene de la pareja dentro del anillo, asegurando de esta manera que no penetre entre la funda y las paredes vaginales
- Usar suficiente lubricante para que el condón se mantenga fijo durante la relación sexual. Si no hay suficiente lubricación el condón tiende a salirse o meterse dentro de la vagina. Agregue más lubricante dentro de la funda o en el pene de la pareja.
- Para quitar el condón, en posición acostada, tome el anillo exterior, enrósquelo y sáquelo suavemente
- Envuélvalo en su empaque o en papel higiénico y bótelo en la basura

Nota: Es importante recalcar que no se deben usar los dos condones (masculino y femenino juntos) pues la fricción del látex y el poliuretano puede derivar que los dos productos fallen. Se usará uno u otro.

TRABAJO INTERSECTORIAL (intersectorialidad)

La Intersectorialidad, conceptualizada en este caso como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en

acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud su bienestar y calidad de vida, ha permitido desde los primeros años de la Revolución, logros manifiestos en la Salud Pública cubana. Múltiples son los ejemplos de participación de otros sectores en programas de salud donde se ha demostrado que la producción social de la salud, no es responsabilidad única y patrimonial del sector salud, sino también de otros sectores de la economía y la sociedad.

El trabajo intersectorial, indudablemente constituye la forma de abordaje adecuada para estrategias donde se requiere la participación de todos los sectores de la sociedad y es la forma de plasmar en la realidad las políticas públicas al respecto.

Sin embargo, mientras que la intersectorialidad constituye, sin lugar a dudas, la solución menos costosa y más segura para transitar de la enfermedad al bienestar, a la vez es en sí un problema, porque no siempre es valorada de esta forma por todos los que tienen que ver con su ejecución y porque cuando es concebida de manera clara, aún en su forma de materialización, encuentra diversos obstáculos derivados de formas de pensar que no se han modificado a la misma velocidad que lo que la transformación requiere.

La intersectorialidad se presenta como solución y problema y por consiguiente, la primera tarea del sector salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla, pues solamente de esta forma podrá lograr las transformaciones que se requieren en la forma de abordar los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población.

FACTORES RELACIONADOS CON LA INTERSECTORIALIDAD:

Están divididos en tres grandes grupos:

1. Factores que *demandan la acción* intersectorial
 - **Problemas de salud cuya naturaleza demanda una solución por encima de las posibilidades del sector salud.**
 - **Se relacionan en condiciones naturales, epidemiológicas del trabajo y sociales en general.**
 - **Forman parte de la realidad objetiva variando el tipo de problema, la gravedad e impacto social en los diferentes países.**
2. Factores que *caracterizan la respuesta* intersectorial
 - **Agrupar a factores presentes en la respuesta de la sociedad, como un todo y al sector de la salud en lo particular ante los problemas.**
 - **Se incluyen aquí estrategias, planes, programas y proyectos de salud, mecanismos de coordinación y comunicación entre sectores, sistemas de información para la gestión y participación social.**
 - **Las relaciones históricas entre los sectores mediatizan la respuesta actual.**
3. Factores que *condicionan la respuesta* intersectorial
 - **Voluntad política.**
 - **Escenario de ejecución de la acción intersectorial.**
 - **Que se prevé y cual es la capacidad de respuesta.**