

RESOLUCIÓN N.º 18/92

Art. 1.º — Créase el PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS HUMANOS (Leucemia y SIDA), con dependencia directa del señor Ministro de Salud y Acción Social.

Art. 2.º — El Programa que se crea por la presente resolución estará a cargo de un Director Ejecutivo, quien propondrá en el plazo de TREINTA (30) días la estructura de funcionamiento del mismo.

Art. 3.º — Son facultades del Director Ejecutivo:

- a) Elaborar un programa de actividades tendientes a la detección e investigación de los retrovirus humanos y sus patologías sobrevinientes, el diagnóstico y tratamiento de las mismas, su prevención, asistencia y rehabilitación, así como también a evitar su propagación.
- b) Ejecutar las medidas necesarias a fin de implementar el programa mencionado precedentemente.
- c) Proponer la celebración de convenios con organismos internacionales y/o regionales, públicos o privados, que coadyuven al mejoramiento sanitario en los temas de su competencia.
- d) Representar al MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL en su relación con asociaciones, entidades, instituciones oficiales o privadas y organismos nacionales o internacionales, provinciales y municipales, que resulten de interés para la conservación de los fines perseguidos.
- e) Coordinar con las áreas competentes dependientes de la SECRETARÍA DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, las actividades a implementar.
- f) Solicitar la convocatoria a reuniones extraordinarias del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, cuando razones de necesidad y urgencia así lo justifiquen.
- g) Solicitar la provisión de insumos, medios, equipamientos y/o materiales necesarios para el cumplimiento de su misión.
- h) Proponer la designación de los colaboradores que integrarán el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos.
- i) Elevar al señor Ministro de Salud y Acción Social un informe semestral detallando las actividades cumplidas.

RESOLUCIÓN N.º 228/93 - NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA USO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Las siguientes normas han sido elaboradas teniendo en cuenta lo dispuesto por el artículo 12 de la Ley N.º 23.798, donde se declara de interés nacional, la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

INTRODUCCIÓN

El SIDA es la nueva enfermedad infecciosa, de rápida expansión y alta letalidad, producida por un virus de características particulares que actúa inutilizando, progresivamente los mecanismos de defensa del organismo humano.

El agente etiológico fue aislado en el año 1983 en el Instituto Pasteur de París y con posteridad en los Estados Unidos.

Las pruebas diagnósticas basadas en la detección de anticuerpos séricos comenzaron a utilizarse en 1984 y se efectúan de rutina para la detección de infectados y para el control de la sangre y hemoderivados.

El conocimiento de la historia natural de la enfermedad ha permitido definir dos grandes grupos:

- a) asintomáticos
- b) sintomáticos

No se ha podido determinar aún con certeza, si todas las personas infectadas terminarán siendo enfermos; lo que se ha observado es que a medida que aumentan los plazos de seguimiento, se incrementa el porcentaje de asintomáticos que pasan a la categoría de sintomáticos.

Por el momento no existe tratamiento eficaz para curar la enfermedad y tampoco se dispone de una vacuna que permita inmunizar a las personas contra la infección.

CONCEPTOS EPIDEMIOLOGICOS

La infección solo puede producirse mediante la incorporación al organismo de material infectante.

Si bien se han producido aislamientos virales en todos los líquidos orgánicos, los únicos que han demostrado efectiva capacidad infectante han sido la sangre, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna.

Los estudios efectuados en todo el mundo son coincidentes en afirmar que existen solo tres vías de contagio:

- a) la sexual
- b) la sanguínea, la que puede producirse de diversos modos:
 - 1) Por transfusiones o hemoderivados, transplantes de órganos o injertos de tejidos.
 - 2) Por maniobras invasivas con instrumentos punzo cortantes.

3) Por compartir agujas y jeringas.

c) La vertical, que es la transmisión de madre infectada a hijo y que ocurre durante el embarazo o parto, pero que también puede producirse a través de la lactancia.

En algunos casos se asocian varias vías de transmisión y también existen casos particulares como el trasplante de órganos, la hemodiálisis y la inseminación artificial.

No existe demostración de contagio por otras vías que las descritas.

La convivencia social con infectados no presenta riesgo de contagio.

En el caso particular de los establecimientos de salud debe presentarse especial atención a la vía sanguínea y dentro de ella, a los contagios producidos a través de transfusiones de sangre o hemoderivados o por maniobras invasivas con instrumentos punzo cortantes contaminados.

PRECAUCIONES PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL HIV EN INSTITUCIONES DE SALUD

1 - PRECAUCIONES UNIVERSALES:

1.1. ESTAS PRECAUCIONES DEBEN SER APLICADAS EN FORMA UNIVERSAL PERMANENTE Y EN RELACIÓN CON TODO TIPO DE PACIENTES. A LOS FINES DE SU MANEJO, TODA PERSONA DEBE SER CONSIDERADA COMO UN POTENCIAL PORTADOR DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR SANGRE

No se justifica, bajo ningún aspecto, la realización de testeos masivos como estudio prequirúrgico o previos a procedimientos invasivos, dados que las normas de bioseguridad no deben cambiarse según la serología del paciente.

Es de especial importancia que todo el personal esté informado de su existencia, que conozca las razones por las que debe proceder de la manera indicada y que se promueva su conocimiento y utilización a través de metodologías reflexivas y participativas. Tan importante como lograr su efectiva implementación es conseguir la continuidad en su utilización.

Todos los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente los métodos de barrera apropiados cuando deban intervenir en maniobras que los pongan en contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes.

Dicho contacto puede darse tanto en forma directa, atendiendo a un paciente, como durante la manipulación de instrumental o de materiales extraídos para fines diagnósticos como en la realización de procedimientos invasivos, incluyendo en ellos a las venopunturas y extracciones de sangre. En todos los casos es necesario el uso de guantes o manoplas.

1.2. En los casos en los que por la índole del procedimiento a realizar pueda proveerse la producción de salpicaduras de sangre u otros fluidos que afecten las mucosas de los ojos, boca o nariz, deben utilizarse barbijos y protectores oculares.

1.3. Los delantales impermeables deben utilizarse en las situaciones en las que puede darse un contacto con la sangre u otros líquidos orgánicos del paciente, que puedan afectar las propias vestimentas.

1.4. EL LAVADO DE MANOS LUEGO DEL CONTACTO CON CADA PACIENTE, SE HAYA USADO O NO GUANTES, ES UNA MEDIDA DE USO UNIVERSAL PARA PREVENIR CUALQUIER TIPO DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES Y DEBE SER MANTENIDO TAMBIÉN PARA EL CASO DE LA INFECCIÓN POR EL HIV.

1.5. Se deben tomar todas las precauciones para disminuir al mínimo las lesiones producidas en el personal de salud por pinchaduras y cortes. Para ello es necesario:

a) Extremar el cuidado en el mantenimiento de una buena técnica para la realización de intervenciones quirúrgicas, maniobras invasivas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

b) Luego de su uso, los instrumentos punzo cortantes y las agujas y jeringas, deben ser colocados en recipientes para su decontaminación previa al descarte, o al lavado en caso de elementos reutilizables. Estos recipientes deben ser preferentemente amplios, de paredes rígidas o semirrígidas, con tapa asegurada para su posterior descarte y contener en su interior, una solución de hipoclorito de sodio al 1 % (*); preparada diariamente y estar ubicados lo más cerca posible del lugar de uso de los instrumentos.

En el caso particular de las jeringas y agujas, no se debe intentar la extracción de estas: se debe aspirar la solución y mantenimiento armado el equipo, se lo debe sumergir en la solución.

No se debe reintroducir la aguja descartable en su capuchón o tratar de romperla o doblarla.

El material descartable podrá ser desechado luego de permanecer 30 minutos en la solución, siguiendo los procedimientos habituales.

El material no descartable también permanecerá 30 minutos en la solución y recién entonces podrá ser manipulado, lavado y reesterilizado sin riesgo alguno para el operador.

1.6. Se debe reducir al máximo la respiración directa boca a boca, ya que en este procedimiento puede existir el contacto con sangre.

En las áreas donde pueda proveerse su ocurrencia (Salas de emergencias, internación o de procedimientos) debe existir disponibilidad de bolsa de reanimación y accesorios.

1.7. Los trabajadores de la salud que presentan heridas no cicatrizadas o lesiones dérmicas exudativas o instrumentales deben cubrir las convenientemente antes de tomar contacto con pacientes o manipular instrumental destinado a la atención.

1.8. El embarazo no aumenta el riesgo de contagio por lo que no es necesario una interrupción anticipada de las tareas. Solo se recomienda extremar las precauciones enunciadas y no transgredirlas bajo ningún concepto.

2. PRECAUCIONES PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

A los fines de la aplicación de estas normas entendemos como procedimiento invasivo a las intervenciones quirúrgicas, canalizaciones, partos, punciones, endoscopias, prácticas odontológicas y cualquier otro procedimiento diagnóstico o terapéutico que implique en su desarrollo lesión de tejidos o contactos con la sangre.

2.1. En todos estos procedimientos son de aplicación las precauciones universales ya expuestas. Uso de GUANTES, de BARBIJO y PROTECTORES OCULARES si se prevén salpicaduras en cara y DELANTALES IMPERMEABLES si es posible que la sangre atraviese las vestiduras normales (partos, cesáreas y ciertas intervenciones quirúrgicas).

2.2. En los partos vaginales o por cesárea, las precauciones deben mantenerse mientras dure la manipulación de la placenta y en el caso del recién nacido, hasta que de su piel haya sido eliminada la sangre y el líquido amniótico.

2.3. En la preparación del quirófano debe incluirse la incorporación de los botellones de aspiración, de solución de hipoclorito de sodio al 1 % hasta cubrir 1/5 de su volumen.

2.4. Deben extremarse los cuidados para mantener la mejor técnica operatoria y evitar remover hojas de bisturí o reenhebrar agujas.

Para ello es conveniente tener la suficiente cantidad de agujas enhebradas y más de una hoja de bisturí ya montada.

Se debe utilizar doble mesa quirúrgica o receptáculo intermedio para evitar el contacto mano a mano.

2.5. Si un guante se rompe o es pinchado durante un procedimiento debe ser reemplazado de inmediato, previo lavado de manos. La aguja o el instrumento causante del daño, debe ser eliminado del campo estéril.

2.6. Con el material ya usado, utilizar los procedimientos de desinfección o descontaminación descriptos en el punto 1.5 (inmersión en solución hipoclorito de sodio al 1 % durante 30 minutos antes de su posterior manipulación para lavado y reesterilización o descarte, según corresponda).

3. PRECAUCIONES PARA ODONTÓLOGOS

3.1. Las precauciones universales ya descritas son de aplicación permanente, asumiendo que todas las prácticas odontológicas ponen al operador en contacto directo con sangre o con fluido gingival del paciente. En consecuencia se debe insistir en el uso de GUANTES y, en los casos en que puedan producirse salpicaduras o aerosolización de material, también de BARBIJOS y PROTECCIÓN OCULAR. Para reducir la posibilidad de goteos o de salpicaduras se recomienda la utilización de dique de goma y evacuación de alta velocidad, así como una adecuada posición del paciente.

3.2. Para el lavado de turbinas, micro motores y de las jeringas para aire y agua y de las piezas de mano, deben tenerse en cuenta las recomendaciones adecuadas para cada dispositivo.

3.3. Las piezas de mano deben ser desinfectadas o esterilizadas entre paciente y paciente. La desinfección se hará con agua oxigenada al 6 % durante 30 minutos o con glutaraldehído al 2 % en igual lapso.

3.4. Todo material o instrumental que haya sido utilizado en la boca del paciente debe ser cuidadosamente desinfectado antes del lavado, para eliminar todo resto de sangre o saliva. Todas las impresiones o aparatos intraorales o prótesis deben ser cuidadosamente desinfectados, antes de ser manipulados en el laboratorio o colocados en la boca del paciente.

Es recomendable pedir precisiones a los fabricantes para poder elegir el tipo de desinfectante más apropiado para las características del material utilizado.

3.5. El equipo dental y las superficies difíciles de desinfectar que tienen que entrar en contacto directo con la boca del paciente, deben ser envueltos en papel impermeable o plástico.

Estas cubiertas deben ser descartadas y reemplazadas por otras nuevas entre paciente y paciente.

4. PRECAUCIONES PARA AUTOPSIAS

4.1. Todas las personas que actúen en autopsias deben usar GUANTES, BARBIJOS, PROTECTORES OCULARES, DELANTALES IMPERMEABLES Y BOTAS DE GOMA. Los instrumentos y superficies deberán ser desinfectados al final del procedimiento.

5. PRECAUCIONES PARA DIÁLISIS

5.1. Los pacientes infectados por HIV pueden ser tratados con hemodiálisis o diálisis peritoneal sin que sea necesario aislarlos de otros pacientes, siempre que se utilicen debidamente las medidas de bioseguridad. Por lo tanto, el tipo de tratamiento dialítico a utilizar deberá estar basado exclusivamente en las necesidades del paciente.

5.2. LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES QUE YA SE HAN DETALLADO SON DE APLICACIÓN PARA LOS CENTROS DE DIÁLISIS Y DEBEN SER UTILIZADAS CON TODOS LOS PACIENTES.

5.3. Las medidas para la descontaminación química de los sectores de pasaje del líquido de diálisis que están destinadas a controlar la contaminación no requieren modificación si el paciente dializado es portador del HIV.

5.4. Cuando se descarta el dializador (filtro) debe seguirse el proceso de descontaminación previo y luego ser desechado.

5.5. Cuando por alguna razón se estén reutilizando los dializadores, es indispensable asegurar que cada paciente sea dializado con su propio equipo y que estos no se intercambien y no se utilicen para más de un paciente.

6. PRECAUCIONES ESPECÍFICAS PARA LABORATORIOS.

Van aparte.

7. PRECAUCIONES PARA ACCIDENTES LABORALES.

7.1. Lavar la herida con abundante agua y jabón, desinfectar y efectuar la curación pertinente.

7.2. Se debe identificar al paciente con cuya sangre o material se haya producido el accidente y valorar su posible condición de portador según la clínica, la epidemiología y el laboratorio.

Se debe solicitar el consentimiento del paciente para efectuar la serología. En caso de negativa del paciente, proceder como si fuera positivo.

7.3. Se deberá efectuar la serología a toda persona accidentada, dentro de las 72 horas de producido el accidente y en caso de resultar negativa repetirla a los 3, 6, 12 y 18 meses.

7.4. La zidovudina (AZT) no ha demostrado aún ser efectiva para prevenir la infección por HIV en los casos de exposición accidental. Por ello y teniendo en cuenta sus potenciales efectos adversos, no es aconsejable su uso en estas situaciones. Se debe analizar cada caso en particular.

8. ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN

La esterilización es la destrucción de todos los gérmenes, incluidos esporos bacterianos, que pueda contener un material, en tanto que desinfección que también destruye a los gérmenes, puede respetar los esporos.

Los instrumentos médicos que tocan las mucosas pero que no penetran los tejidos (ej. fibroscopios, espéculos, etc.) deben ser esterilizados, si esto no fuera posible deben ser sometidos a una desinfección cuidadosa y adecuada.

Se debe recordar que en ciertos casos, los instrumentos son sometidos a la acción de soluciones detergentes o antisépticas para diluir las sustancias orgánicas o evitar que se sequen. Dado que este paso no es una verdadera desinfección, los instrumentos no deberán ser manipulados ni reutilizados hasta tanto no se efectúe una verdadera esterilización o desinfección suficiente.

El HIV es muy lábil y es destruido por los métodos habituales de desinfección y esterilización que se aplican a los instrumentos médicos antes de su utilización.

El calor es el método más eficaz para inactivar el HIV; por lo tanto la esterilización y la desinfección basadas en la acción del calor son los métodos de elección.

La acción decontaminante de los productos que liberan cloro (solución de hipoclorito de sodio (agua lavandina) se aprovecha para tratar los instrumentos inmediatamente después de su uso y permitir, luego, su manipulación sin riesgos hasta llegar a la esterilización o desinfección adecuada.

8.1. ESTERILIZACIÓN POR VAPOR

Es el método de elección para el instrumental médico reutilizable. Se debe mantener por lo menos 20 minutos luego que se hayan alcanzado los 121° C a una presión de dos atmósferas.

8.2. ESTERILIZACIÓN POR CALOR SECO

Debe mantenerse por dos horas a partir del momento en que el material ha llegado a los 170° C.

8.3. ESTERILIZACIÓN POR INMERSIÓN EN PRODUCTOS QUÍMICOS

Si bien los ensayos de laboratorio han demostrado que numerosos desinfectantes que se usan en los servicios de salud son eficaces para destruir al HIV, la inactivación rápida que suelen sufrir por efecto de la temperatura o en presencia de material orgánico, no hace fiable su uso regular (p. ej: Compuestos de amonio cuaternario, Timersal, iodóforos, etc.). Estas sustancias no deben ser utilizadas para la desinfección.

Si el uso del calor no es posible, se utilizará:

Glutaraldehído al 2%: La inmersión durante 30 minutos destruye las formas vegetativas de bacterias, hongos y los virus. Son necesarias 12 horas para destruir los esporos y llegar a la esterilización.

La solución ya activada no debe conservarse por más de dos semanas, y en caso de turbidez, debe ser reemplazada inmediatamente.

Una vez desinfectado el material puede ser lavado con agua estéril para eliminar los residuos del producto.

Agua oxigenada: La inmersión del material en una solución de agua oxigenada (peróxido de hidrógeno) al 6 % durante 30 minutos asegura la desinfección. Luego debe lavarse el material con agua estéril.

La solución al 6 % se prepara a partir de una solución estabilizada al 30 % (un volumen de solución al 30 % por cada 4 volúmenes de agua hervida).

8.4. DECONTAMINACIÓN DE SUPERFICIES MEDIANTE COMPUESTOS QUE LIBERAN CLORO.

Para la decontaminación de superficies manchadas con sangre o fluidos corporales, se recomienda proceder con guantes, colocando primero papel u otro material absorbente y decontaminar luego lavando con una solución de hipoclorito de sodio al 1 %.

Si la cantidad de sangre o material fueron muchos, se puede verter primero sobre ella la solución de hipoclorito de sodio al 1 %, dejar actuar 10 minutos y proceder luego al lavado.

Para este tipo de contaminación no es conveniente el uso de alcohol ya que se evapora rápidamente y coagula los residuos orgánicos sin penetrar en ellos.

El hipoclorito de sodio es bactericida y viricida pero tiene el inconveniente que es corrosivo (el material de acero inoxidable no debe mantenerse más de 30 minutos en la solución). Se degrada rápidamente por lo que las soluciones deben prepararse diariamente y dejarse al reparo de la luz y el calor.

(*) PREPARACIÓN DE LA SOLUCIÓN DE HIPOCLORITO DE SODIO:

Solución de hipoclorito de sodio al 8 % (concentración de la lavandina usada en el país): 125 cm³ c/ 1000 cm³ de agua 0

250 cm³ c/ 2000 cm³ de agua 0

500 cm³ c/ 4000 cm³ de agua y así sucesivamente.

9. LAVADERO

Las ropas sucias deben ser colocadas en bolsas plásticas, tratando de manipular lo menos posible. El personal que recoge la ropa debe usar guantes.

Antes del lavado deben decontaminarse por inmersión en solución de hipoclorito de sodio al 1 % durante 30 minutos, luego se procederá al lavado según técnica habitual.

El personal que cuenta y clasifica la ropa deberá usar guantes y barbijo (No por el HIV sino por otros gérmenes que se transmiten por vía aérea).

10. BASURA HOSPITALARIA

Debe ser descartada siguiendo las normas higiénicas recomendadas para el tratamiento de material hospitalario.

Recordar que para entonces el material descartable (en general los objetos punzo cortantes) ya habrán sido tratados como corresponde.

RESOLUCIÓN N.º 574/93 – PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS HUMANOS

Art. 1.º — Establécese que el "PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS HUMANOS" (Leucemia y SIDA), creado por Resolución N.º 18/92, tendrá dependencia directa del Señor Secretario de Salud.

Art. 2.º — Desígnase como DIRECTORA EJECUTIVA del PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS HUMANOS (Leucemia y SIDA) a la JEFA del DEPARTAMENTO SIDA y ETS de la Secretaría de Salud, sin perjuicio de las funciones que desempeña actualmente.

Art. 3.º — Créase el COMITÉ TÉCNICO ASESOR del PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS HUMANOS (Leucemia y SIDA) cuyos integrantes serán designados por el suscrito.

RESOLUCIÓN 105/97. NORMA DE SIDA EN PERINATOLOGÍA

Art. 1.º — Apruébese la "Norma de Sida en Perinatología" que como Anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 2.º — Incorpórese la "Norma de Sida en Perinatología", al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Art. 3.º — Publíquese a través de la Secretaría de Programas de Salud, la Norma aprobada por el art. 1.º, a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional.

Art. 4.º — Agradécese a los profesionales invitados, participantes del Grupo de Trabajo Redactor, la importante colaboración brindada a este Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5.º — [De forma.]

Norma de SIDA en Perinatología

Introducción

La transmisión vertical es el modo dominante de adquisición de la infección por VIH en los niños.

La transmisión madre a hijo puede ocurrir in útero, intra parto o por la lactancia materna y la tasa de la misma depende de las características de la población, en Europa Occidental la tasa es de 16,4 %, en África oscila entre 35-40 %, en EE.UU. entre 25-30%.

El protocolo de estudio 076 realizado en EE.UU. y Francia demostró la utilidad del uso de zidovudina (AZT) para prevenir la transmisión vertical del VIH.

La tasa de transmisión pasó del 25% sin tratamiento, al 8% con la administración de AZT durante el embarazo, parto y al RN durante las primeras 6 semanas. El AZT fue bien tolerado y los efectos colaterales a corto plazo fueron raros y reversibles. A partir de esta demostración cobra relevancia el diagnóstico prenatal de la infección por VIH.

Por lo tanto, se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las púerperas que no controlaron su embarazo, previo al alta.

La Ley N.º 23.798 y su Decreto reglamentario N.º 12 44/91 exigen el consentimiento informado y escrito de la paciente o de sus padres, tutor o encargado si es menor de edad, para efectuar serología para VIH. La solicitud de serología para VIH permitirá, además de evaluar el estado serológico de las pacientes, informar a la embarazada sobre riesgos de la enfermedad, planificar estrategias de prevención de transmisión vertical e iniciar la profilaxis en las madres positivas y sus recién nacidos.

La serología se realizará por un método de tamizaje.

La prueba negativa no requiere otras pruebas. En pacientes con riesgo, esta se repetirá cada tres meses, si es positiva deberá corroborarse con la prueba confirmatoria. En caso de resultado positivo confirmado se ofrecerá ex-tender el estudio a su pareja/s sexual/es e hijos. Las pruebas indeterminadas requieren una consulta con infectología.

Debe garantizarse el asesoramiento en un ámbito de privacidad, sobre el significado del estudio del VIH. Analizando con la paciente las conductas de riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su modo de prevención.

Se analizará la implicancia del resultado de la prueba serológica, sea positiva o negativa.

Este asesoramiento estará incluido en la primera consulta prenatal, en la cual se planificará la entrevista para informar el resultado a la persona estudiada, asegurando confidencialidad, apoyo psicológico e información.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN LA EMBARAZADA VIH POSITIVA.

El objetivo de estas recomendaciones es reducir la transmisión del VIH de la madre al hijo (transmisión vertical).

RECOMENDACIONES

Antes de iniciar el tratamiento informar a la paciente en forma clara y sencilla, sobre:

- los riesgos de la transmisión a la descendencia,
- los resultados obtenidos a partir de la administración de AZT y
- las cuestiones aún en estudio con respecto al tratamiento, consignando en la historia clínica tanto su aceptación como su negativa.

El tratamiento a instituir deberá comenzar en cualquier momento del embarazo posterior a las 14 semanas, y aún en trabajo de parto. El mismo requiere un seguimiento hematológico mensual. Este se interrumpe en caso de:

- descenso de la hemoglobina por debajo de 7,5 mg/dl
- descenso plaquetario por debajo de 50.000 /mm³
- o alteraciones gastrointestinales severas.

La dosis de AZT a utilizar durante el embarazo será de 500 mg/día, administrada por vía oral y subdividida cada 6 u 8 horas, hasta el momento del parto. Al iniciarse el trabajo de parto, o en la inducción a la anestesia en el caso de intervención quirúrgica tanto en el caso de haber seguido el esquema con AZT como cualquier otro esquema antirretroviral, o sin tratamiento previo, se efectuará AZT endovenoso. La dosis será de 2 mg/Kg peso en la primera hora como dosis de ataque y de 1 mg/Kg en las horas subsiguientes como dosis de mantenimiento hasta finalizado el parto.

La vía del parto debe ser elegida de acuerdo a las condiciones obstétricas de la paciente.

Actualmente los estudios no han demostrado diferencias estadísticamente significativas entre la cesárea y el parto por vía vaginal respecto a la transmisión vertical.

Se aconseja evitar la amniocentesis, la amniotomía precoz y el monitoreo fetal invasivo.

En el período posparto, debe evitarse la lactancia materna y proceder a la inhibición de la misma, asegurando al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas.

Las madres que reciben solo AZT para la prevención de la transmisión vertical no deben continuar con esta medicación en el posparto y serán derivadas a un centro de referencia de su zona para su reevaluación y seguimiento.

Si la embarazada recibía tratamiento antirretroviral previo al embarazo, deberá continuarlo de acuerdo a la indicación de su médico tratante (ver manejo clínico).

MANEJO PERINATAL DEL HIJO DE MADRE VIH +

Aproximadamente una de cada cuatro madres VIH+, van a transmitir la infección en el período perinatal salvo que efectúen intervenciones destinadas a interrumpir la transmisión. Estas incluyen el adecuado manejo perinatal, además del tratamiento antirretroviral.

En el manejo clínico de estos niños debe tenerse en cuenta que presentan un mayor riesgo de exposición a otras infecciones maternas como toxoplasmosis, hepatitis B, sífilis, citomegalovirus, y Chagas. Además un número importante de madres infectadas consumen drogas y los niños pueden haberse expuesto intraútero. Por lo tanto es aconsejable la atención del parto en un Centro que cuente con Servicio de Obstetricia y Neonatología.

RECOMENDACIONES

La atención del parto y la recepción del RN, deben efectuarse con las técnicas de barrera recomendadas en el Capítulo V de Bioseguridad de la Propuesta Normativa Perinatal Tomo I.

Es importante bañar meticulosamente al bebé para quitarle todos los restos de sangre y secreciones maternas. Las maniobras de aspiración y resucitación no deben ser intempestivas, para evitar laceraciones que puedan ser puertas de entrada del virus.

El tratamiento antirretroviral se inicia entre las 8 y las 12 h de vida con AZT jarabe, o una dosis de 2 mg/Kg cada 6 h por 6 semanas. Si no pueden ser administrados por vía oral, se dará endovenoso a 1.3 mg/Kg/dosis cada 6 h hasta que la vía oral pueda ser usada. Se solicitará hemograma al nacer y cada 2 semanas mientras dure el tratamiento con AZT.

Este se suspenderá con hemoglobina menor a 8 mg/dl, neutrófilos totales menores a 750 por ml y plaquetas menores a 50.000 por ml.

Los niños expuestos intraútero a sífilis, Chagas, toxoplasmosis, rubeola, hepatitis B o aquellos con síntomas de infección intrauterina serán evaluados según normas para descartar la transmisión vertical de estas infecciones.

A partir de la 7.ª semana, se suspenderá el AZT, se reevaluará al recién nacido, se comenzará con profilaxis para *Pneumocystis Carinii* (Trimeto-prima-sulfametoxazol, TMS, 5 mg/Kg/día una dosis diaria tres veces por semana) y se enviará al Centro de Referencia de su zona para diagnóstico de infección por VIH, quien indicará los procedimientos adecuados a realizar.

Se monitoreará el crecimiento y se administrará el esquema rutinario de vacunas excepto la vacuna oral para la polio que será sustituida por la Salk. Si el niño tiene el peso adecuado al nacer y está asintomático, se administrará BCG.

En el lactante, el Test de ELISA solo tiene valor diagnóstico a partir de los 18 meses de vida.

MANEJO CLÍNICO DE LA EMABARAZADA VIH POSITIVA

El manejo clínico de la embarazada VIH+ tiene como objetivos:

- Prevenir la transmisión vertical.
- Demorar la progresión al estadio sintomático.
- Prevenir las infecciones oportunistas.
- Tratar las complicaciones de la inmunodeficiencia.

El tratamiento depende del estadio de enfermedad en que se encuentra el paciente, definido en base a la clínica y a los estudios de laboratorio según las siguientes categorías:

1. Enfermedad inicial: corresponde a la infección aguda de la clasificación de CDC de 1987. Abarca el período entre el momento de la infección y la seroconversión que puede acompañarse o no de manifestaciones clínicas. Se deberá sospechar la infección por VIH ante el antecedente de exposición y la existencia de un cuadro símil mononucleosis infecciosa con reacción de Paul Bunnell negativa o una estomatitis inexplicada, si bien la mayoría son asintomáticos. Tener en cuenta el tiempo requerido para la positivización de la serología (período ventana); en caso de resultar negativa se deberá repetir a los 3 meses del presunto contacto.
2. Enfermedad temprana: incluye el período de portación asintomática y a la linfadenopatía persistente generalizada.
3. Enfermedad moderada: comprende a los complejos relacionados con el SIDA y las enfermedades menores no marcadoras tales como:
Herpes Zoster monometamérico en los últimos cinco años.
Candidiasis oral o vaginal de más de un mes de duración o recurrente.
Leucoplasia oral vellosa.

Alteraciones dermatológicas: molusco contagioso, dermatitis seborreica.

Púrpura trombocitopénica idiopática.

Úlceras mucosas inespecíficas.

Infecciones bacterianas recurrentes (sinusitis, bronquitis), excepto neumonía.

Angiomatosis bacilar.

Neuropatía periférica.

4. Enfermedad avanzada: comprende a las infecciones oportunistas mayores, la demencia o la encefalopatía subaguda, los tumores y el síndrome de adelgazamiento.

Si la paciente se encuentra en los estadios 1, 3 o 4, es conveniente la interconsulta con el Servicio de Infectología de Referencia, porque puede ser necesario un esquema terapéutico combinado.

En la tabla N.º 1 se detallan las recomendaciones para el seguimiento y su frecuencia de acuerdo al estadio de infección. Los siguientes contenidos se agregarán al control habitual:

Tabla 1: Seguimiento de pacientes VIH positivas embarazadas

Inicial 2.º Trimestre 3.º Trimestre

Examen Clínico * * *

Examen Ginecológico *

Laboratorio General * (1) **

Serología * (2) VDRL y Hepatitis B

Inmunología * (3)

Rx. Tórax * (4)

PPD *

1. Los estudios mínimos necesarios son: hemograma con recuento de plaquetas, hepatograma con albuminemia, urocultivo. En caso de recibir AZT debe realizarse un hemograma mensual.

2. Estudios recomendados: Sífilis (VDRL), Hepatitis B (Hbs Ag), Toxoplasmosis (par serológico preferentemente en el primer trimestre) y Chagas (según normas).

3. CD4 y Carga Viral: en aquellos lugares donde está disponible se recomienda su realización.

4. Solamente a las asintomáticas respiratorias con protección plomada abdominal.

RECOMENDACIONES

1. Dado que la evolución obstétrica de las pacientes VIH positivas es similar a la de aquellos embarazos de pacientes infectadas, el control obstétrico se hará de acuerdo a las normas, manteniendo comunicación con el Centro de referencia de su área.

2. Se realizará una completa anamnesis, interrogando sobre conductas de riesgo. La historia clínica perinatal debe completarse, interrogando sobre sus embarazos y partos previos, aparición en ellos de complicaciones infecciosas, de los resultados perinatales y de la evolución de sus hijos, ofreciendo la evolución serológica de los mismos.

3. Corresponde efectuar un examen físico completo, prestando especial atención a aquellos síntomas y signos que pueden asociarse con el VIH (por ejemplo: diarrea persistente, linfadenopatías, descenso o escaso aumento ponderal, lesiones vulvares, lesiones bucales o gingivales –candidiasis o leucoplasia vellosa–, patología pulmonar, trastornos hematológicos), recordando que algunos de ellos pueden inducir a confusión por asociarse con relativa frecuencia a embarazos normales (anorexia, cansancio, cefaleas).

4. Se deberá asesorar a la paciente para que concurra inmediatamente ante la aparición de nuevos síntomas. (Patología respiratoria, diarrea, fiebre persistente, etc.).

5. Está indicada la vacuna antitetánica.

6. El tratamiento antirretroviral combinado: *Su indicación deberá ser analizada con un profesional que posea experiencia en tratamiento antirretroviral de acuerdo a las normas vigentes.*

ESTUDIO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR VIH EN EMBARAZADAS

Cuadro N.º 1

1ª Entrevista:

Anamnesis

Asesoramiento

Solicitud de serología con consentimiento

¿La paciente acepta?

NO SÍ

¿Resultado positivo?

NO SÍ

Asesoramiento para Seguimiento según disminución de riesgo. Normas para Seguimiento obstétrico embarazadas habitual. VIH (+).

Búsqueda de ETS.

Insistir en la importancia de la serología en cada consulta.
Consignar negativa en HC y firmar.
Asesoramiento para la disminución de riesgo.
Seguimiento obstétrico habitual.
Búsqueda de ETS.

Búsqueda de signos clínicos de infección.
MANEJO CLINICO DE LA EMBARAZADA VIH POSITIVA
Cuadro N.º2

1ª Visita

Historia Clínica: Asesorar sobre conductas de riesgo.

Examen Físico:

- Evaluación obstétrica. (según edad gestacional)
- Buscar enfermedades asociadas
- Laboratorio: Exámenes de rutina
- Buscar sífilis, hepatitis B, toxoplasmosis, Chagas.
- Estado inmunológico (CD4, Carga viral) si es factible
- PAP y Colposcopia según normas.
- Vacunación antitetánica.
- Se recomienda el seguimiento por un equipo multidisciplinario.

Visitas posteriores

Control obstétrico habitual

Buscar signos y síntomas asociados con VIH

Prevención de la transmisión vertical administrando

AZT a partir de la semana 14 del embarazo

PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL EN PACIENTES VIH +

Cuadro N.º3

Asesoramiento sobre profilaxis antirretroviral

Solicitud de consentimiento para la profilaxis ¿Acepta?

NO SI

- Seguimiento obstétrico de embarazo VIH (+) sin AZT
- **Insistir en la importancia de antirretrovirales**

Conducta según edad gestacional

Embarazada + 14 Durante el Puerpéra y RN sem. hasta término trabajo de parto AZT vía oral 500 mg/día

Hemograma 1 por mes

- AZT EV 2 mg/kg en 1 hora
- Luego 1 mg/kg/h hasta el parto
- Vía parto según condición obstétrica
- Evitar procedimientos invasivos
- AZT jarabe al RN 2mg./kg cada 6 h, a partir de las 6 a 12 h de vida, durante 6 semanas
- Inhibición de la lactancia materna
- Asesoramiento
- Derivación a un centro especializado del binomio madre -hijo

SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE VIH POSITIVA

Cuadro N.º4

AL NACER

- Evitar maniobras intempestivas.
- Baño meticuloso.
- Examen clínico completo.
- Evaluar exposición a drogas e infecciones intrauterinas.
- Comenzar AZT (2mg/kg/dosis cada 6 h vía oral o 1,3 mg/kg/dosis EV cada 6 h, comenzar dentro de las 6 h a 12 h de vida.
- Ofrecer alternativas adecuadas a la lactancia materna.

0 A 6 SEMANAS

- Hemograma y evaluación clínica quincenal.
- Evaluar el crecimiento y signos de infección.
- Inmunizar con BCG.

A PARTIR DE LA 7ª SEMANA

- Suspender AZT.
- Iniciar Profilaxis para Pn Carinii.
- Derivación a un Centro Especializado.

RESOLUCIÓN N.º 625/97 – PROGRAMA DE COBERTURA HIV/SIDA

Art. 1.º — Apruébase el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, previsto en la Ley N.º 24.455 y su Decreto reglamentario N.º 580 del 12 de octubre de 1995, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Art. 2.º — Apruébase el Programa de Prevención del SIDA, previsto en la Ley N.º 24.455 y su antes mencionado decreto reglamentario, que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Art. 3.º — Los programas a que se refieren los artículos precedentes deberán ser cumplimentados por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley N.º 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N.º 23.661, y por las empresas y/o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.

Art. 4.º — [De forma.]

Anexo I

Cobertura HIV/SIDA en obras sociales

El Programa de Cobertura HIV/SIDA para obras sociales, deberá considerar:

- una toma a cargo global e integral;
- desde la promoción y prevención hasta la alta complejidad;
- asegurando la continuidad de las acciones;
- en un sistema escalonado de complejidad creciente;
- teniendo en cuenta las características específicas de la población cubierta;
- basado en principios éticos y de respeto a los derechos humanos.

Deberá comprender:

1. Cobertura Médico-Asistencial Farmacológica. Pudiendo considerar las siguientes modalidades alternativas:

- 1.1. Médicos generalistas.
 - 1.2. Médicos especialistas.
 - 1.3. Hospitalización clásica.
 - 1.4. Hospital de día.
 - 1.5. Hospitalización a domicilio.
 - 1.6. Cuidados paliativos.
2. Cobertura psicológica.
3. Prevención
4. Evaluación

Dadas las características en particular de la patología y los avances en el conocimiento y toma a cargo, deberá considerarse la evaluación que acompañe los procesos; a los fines de ajustar y actualizar acciones.

Médicos Generalistas

El médico generalista, como puerta de entrada al sistema (PMO), Resolución N.º 247/96, Ministerio de Salud y Acción Social, es un valioso recurso en la toma a cargo del HIV/SIDA. Deberá tener capacidades para:

- detección precoz;
- cobertura asistencial de primer nivel;
- remisión a complejidad;
- funciones de prevención y tratamiento;
- enfoque integral: conocimiento de la familia, la comunidad, la inserción del paciente en su medio, detección de situaciones de riesgo, etc.

El médico generalista deberá recibir formación continua considerando:

- formación médica propiamente dicha;
- formación en salud pública;
- relación con los niveles de complejidad y urgencias.

Médicos Especialistas

En las modalidades de:

- servicios ambulatorios especializados;
- internación.

Hospital clásico

Deberá considerar dos modalidades:

- consulta ambulatoria de seguimiento;
- internación en fase aguda de patología concomitante o asociada a infecciones oportunistas o relacionada a la infección por el virus HIV. Superada la fase aguda deberá recurrir a las otras modalidades de atención.

Hospitales de día

A las formas tradicionales de hospitalización se le han sumado el desarrollo de otras modalidades relacionadas a factores tales como las características específicas de la enfermedad, su complejidad los costos de la hospitalización clásica, la saturación de los hospitales, el aumento de los casos, la duración de la enfermedad, los costos, la evolución de los conocimientos, la calidad de vida de los enfermos. En numerosas situaciones esta puede ser la fórmula mejor adaptada, permitiendo a los pacientes retornar a domicilio, no separarse de sus familias ni de su medio ambiente cotidiano, beneficiándose de servicios especializados.

Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio es una prolongación en el domicilio del paciente de los cuidados hospitalarios.

Esta modalidad, en los casos de ser posible, ofrece ventajas tales como:

- permite al paciente recibir tratamiento en su medio habitual;
- sobre un plan médico, debe permitir un seguimiento de calidad, comprendiendo posibilidades que ofrece habitualmente una hospitalización clásica;
- el enfermo está a cargo de un equipo y seguido por su médico habitual;
- su costo es inferior a la hospitalización clásica;
- incide sobre la calidad de vida del paciente.

La hospitalización a domicilio, además de los servicios médicos y de enfermería, deberá ser apoyada cuando las condiciones lo justifiquen, por los servicios necesarios para la vida cotidiana del paciente.

Cuidados paliativos

En cualquiera de las modalidades de atención mencionadas, deberán ser otorgados cuidados paliativos, de acuerdo a criterio de factibilidad y oportunidad.

2. Cobertura psicológica

Las obras sociales deberán asegurar:

- Entrevista inicial, pre-serológica.
- Entrega del resultado.
- Propuesta de atención psicológica al afiliado y a su entorno.

Cuando un afiliado realiza la serología de HIV, si resultara positiva, el impacto emocional muchas veces resulta anterior al físico. Por lo tanto es difícil generalizar en relación a los aspectos psicológicos, pues será una reacción original e individual de acuerdo a sus propias características y a su historia.

No obstante, se pueden contemplar los siguientes aspectos:

- Momento de realizar la serología: instrumentando una entrevista psicológica individual.
- Momento de la entrega del resultado: realizada por un médico y un psicólogo. Lo que requerirá tener trabajada la integración del Equipo de Salud, a fin de llegar a mantener una unidad de criterio, imprescindible para brindar información y seguridad en el vínculo que entable con el afiliado. Ofreciendo al afiliado y a su entorno un lugar de escuchas y un posible tratamiento psicológico si lo desea.

Con respecto a los afiliados que necesiten internación:

- Aquellos que requieran internación, por sobre todo en la primera experiencia, ofrecer entrevistas psicológicas. La propuesta debe ser realizada por el médico tratante, ya que la demanda inicial de atención es médica, aflorando a posteriori en forma latente o manifiesta la demanda psicológica. Recordando que solo se puede intervenir siempre y cuando el afiliado así lo requiera.

Es menester, la relación y comunicación entre el médico y el psicólogo, a los fines de diferenciar diagnóstico, desde lo orgánico psicológico, lo psiquiátrico y lo neurológico.

Si el Servicio de internación lo requiere, también se puede instrumentar reuniones grupales, con las características de técnicas grupales de reflexión.

Deberá contemplarse la prestación psicológica en cada una de las modalidades de atención ya mencionadas, en la cobertura médico-asistencial farmacológica.

Anexo II

Prevención de HIV/SIDA en obras sociales

La Ley N.º 24.455, en su art. 1.º, inc. c, establece que todas las obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N.º 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N.º 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias, la cobertura para los Programas de Prevención del

Sida.

La prevención del HIV/SIDA deberá inscribirse en el contexto de un Sistema Integral, a la vez sanitario y social, en un marco global de salud pública.

Sus acciones se ubicarán en la continuidad y permanencia, asegurando la solidaridad, la no discriminación, el respeto por la dignidad de las personas y los derechos individuales.

Definir una Política de Prevención implicará como objetivo el reducir los riesgos de contaminación del HIV/SIDA por:

- vía sexual (heterosexual, homosexual, bisexual);
- transmisión madre-hijo;
- usuarios de drogas intravenosas;
- transmisión por sangre, hemoderivados, trasplantes y procedimientos invasivos;
- exposición ocupacional al HIV/SIDA.

Se establecerá:

1. Una Política de Prevención General dirigida a su población beneficiaria, ajustada por las características propias de la misma.

2. Políticas Específicas para grupos más vulnerables, por situaciones de mayor riesgo, tales como:

- pobreza;
- bajos niveles educativos;
- difícil acceso a los servicios de salud;
- condición de género: mujeres;
- abandono;
- drogodependencia;
- trabajadores golondrina, etc.

Una Política de Prevención deberá asegurar la promoción de la salud, y consta de:

1. Información dirigida al:

- conocimiento de la infección por HIV/SIDA;
- dimensión del problema;
- mecanismos de transmisión;
- formas para evitar el contagio.

2. Educación para la salud, basada en un aprendizaje del diálogo, la participación y la responsabilidad individual y colectiva, definiendo una metodología adaptada a las poblaciones a cubrir.

Una política integral y global de la salud pública para prevenir la infección por HIV/SIDA, deberá apoyarse en la articulación de la prevención con el tratamiento. El médico generalista, responsable de la asistencia básica, otorgada en el primer nivel de atención y puerta de entrada al Sistema (Programa Médico Obligatorio. Resolución N° 247/96. Ministerio de Salud y Acción Social), deberá convertirse en el nexo entre prevención y tratamiento. El mismo asume funciones de prevención y asistenciales en el HIV/SIDA.

Entre las primeras figuran:

- educación para la salud;
- información sobre HIV/SIDA y los mecanismos para evitar el contagio;
- detección temprana voluntaria.

El Médico generalista será nexo y articulador con los Agentes de Prevención tales como:

- agentes sanitarios;
- maestros;
- líderes comunales;
- promotores;
- jóvenes;
- organizaciones;
- equipos móviles de información y de prevención.

Las Obras Sociales asegurarán:

- la formación de sus recursos humanos de prevención (médicos, profesionales de las ciencias sociales, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, personal administrativo, agentes comunitarios, líderes, jóvenes, etc.);
- la producción de materiales de información y educación en HIV/SIDA (para su población beneficiaria en general, jóvenes, mujeres, personas en situaciones de mayor riesgo, etc.);
- su difusión (medios masivos de comunicación, campañas, talleres, agentes sanitarios, consultorios de médicos generalistas, centros de salud, centros comunitarios, organizaciones barriales, etc.).

La planificación de las acciones de prevención deberán apoyarse en los datos epidemiológicos y en investigaciones específicas de su población objeto, que aporten información referida a aspectos demográficos, socioeconómicos, educativos, culturales, situaciones de riesgo y otros necesarios para la

comprensión de la distribución de la epidemia en su población beneficiaria.

Las intervenciones en prevención, su desarrollo e impacto, deberán ser monitoreadas y evaluadas en forma continua y sistemática. Esto permitirá su ajuste, replicabilidad, profundización o corrección.

RESOLUCIÓN N.º 625/97 – PROGRAMA DE COBERTURA HIV/SIDA

Art. 1.º — Apruébase el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, previsto en la Ley N.º 24.455 y su Decreto reglamentario N.º 580 del 12 de octubre de 1995, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Art. 2.º — Apruébase el Programa de Prevención del SIDA, previsto en la Ley N.º 24.455 y su antes mencionado decreto reglamentario, que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Art. 3.º — Los programas a que se refieren los artículos precedentes deberán ser cumplimentados por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley N.º 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N.º 23.661, y por las empresas y/o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.

Art. 4.º — [De forma.]

Anexo I

Cobertura HIV/SIDA en obras sociales

El Programa de Cobertura HIV/SIDA para obras sociales, deberá considerar:

- una toma a cargo global e integral;
- desde la promoción y prevención hasta la alta complejidad;
- asegurando la continuidad de las acciones;
- en un sistema escalonado de complejidad creciente;
- teniendo en cuenta las características específicas de la población cubierta;
- basado en principios éticos y de respeto a los derechos humanos.

Deberá comprender:

1. Cobertura Médico-Asistencial Farmacológica. Pudiendo considerar las siguientes modalidades alternativas:

- 1.1. Médicos generalistas.
 - 1.2. Médicos especialistas.
 - 1.3. Hospitalización clásica.
 - 1.4. Hospital de día.
 - 1.5. Hospitalización a domicilio.
 - 1.6. Cuidados paliativos.
2. Cobertura psicológica.
3. Prevención
4. Evaluación

Dadas las características en particular de la patología y los avances en el conocimiento y toma a cargo, deberá considerarse la evaluación que acompañe los procesos; a los fines de ajustar y actualizar acciones.

Médicos Generalistas

El médico generalista, como puerta de entrada al sistema (PMO), Resolución N.º 247/96, Ministerio de Salud y Acción Social, es un valioso recurso en la toma a cargo del HIV/SIDA. Deberá tener capacidades para:

- detección precoz;
- cobertura asistencial de primer nivel;
- remisión a complejidad;
- funciones de prevención y tratamiento;
- enfoque integral: conocimiento de la familia, la comunidad, la inserción del paciente en su medio, detección de situaciones de riesgo, etc.

El médico generalista deberá recibir formación continua considerando:

- formación médica propiamente dicha;
- formación en salud pública;
- relación con los niveles de complejidad y urgencias.

Médicos Especialistas

En las modalidades de:

- servicios ambulatorios especializados;
- internación.

Hospital clásico

Deberá considerar dos modalidades:

- consulta ambulatoria de seguimiento;
- internación en fase aguda de patología concomitante o asociada a infecciones oportunistas o relacionada a la infección por el virus HIV. Superada la fase aguda deberá recurrir a las otras modalidades de atención.

Hospitales de día

A las formas tradicionales de hospitalización se le han sumado el desarrollo de otras modalidades relacionadas a factores tales como las características específicas de la enfermedad, su complejidad los costos de la hospitalización clásica, la saturación de los hospitales, el aumento de los casos, la duración de la enfermedad, los costos, la evolución de los conocimientos, la calidad de vida de los enfermos. En numerosas situaciones esta puede ser la fórmula mejor adaptada, permitiendo a los pacientes retornar a domicilio, no separarse de sus familias ni de su medio ambiente cotidiano, beneficiándose de servicios especializados.

Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio es una prolongación en el domicilio del paciente de los cuidados hospitalarios.

Esta modalidad, en los casos de ser posible, ofrece ventajas tales como:

- permite al paciente recibir tratamiento en su medio habitual;
- sobre un plan médico, debe permitir un seguimiento de calidad, comprendiendo posibilidades que ofrece habitualmente una hospitalización clásica;
- el enfermo está a cargo de un equipo y seguido por su médico habitual;
- su costo es inferior a la hospitalización clásica;
- incide sobre la calidad de vida del paciente.

La hospitalización a domicilio, además de los servicios médicos y de enfermería, deberá ser apoyada cuando las condiciones lo justifiquen, por los servicios necesarios para la vida cotidiana del paciente.

Cuidados paliativos

En cualquiera de las modalidades de atención mencionadas, deberán ser otorgados cuidados paliativos, de acuerdo a criterio de factibilidad y oportunidad.

2. Cobertura psicológica

Las obras sociales deberán asegurar:

- Entrevista inicial, pre-serológica.
- Entrega del resultado.
- Propuesta de atención psicológica al afiliado y a su entorno.

Cuando un afiliado realiza la serología de HIV, si resultara positiva, el impacto emocional muchas veces resulta anterior al físico. Por lo tanto es difícil generalizar en relación a los aspectos psicológicos, pues será una reacción original e individual de acuerdo a sus propias características y a su historia.

No obstante, se pueden contemplar los siguientes aspectos:

- Momento de realizar la serología: instrumentando una entrevista psicológica individual.
- Momento de la entrega del resultado: realizada por un médico y un psicólogo. Lo que requerirá tener trabajada la integración del Equipo de Salud, a fin de llegar a mantener una unidad de criterio, imprescindible para brindar información y seguridad en el vínculo que entable con el afiliado. Ofreciendo al afiliado y a su entorno un lugar de escuchas y un posible tratamiento psicológico si lo desea.

Con respecto a los afiliados que necesiten internación:

- Aquellos que requieran internación, por sobre todo en la primera experiencia, ofrecer entrevistas psicológicas. La propuesta debe ser realizada por el médico tratante, ya que la demanda inicial de atención es médica, aflorando a posteriori en forma latente o manifiesta la demanda psicológica. Recordando que solo se puede intervenir siempre y cuando el afiliado así lo requiera.

Es menester, la relación y comunicación entre el médico y el psicólogo, a los fines de diferenciar diagnóstico, desde lo orgánico psicológico, lo psiquiátrico y lo neurológico.

Si el Servicio de internación lo requiere, también se puede instrumentar reuniones grupales, con las características de técnicas grupales de reflexión.

Deberá contemplarse la prestación psicológica en cada una de las modalidades de atención ya mencionadas, en la cobertura médico-asistencial farmacológica.

Anexo II

Prevención de HIV/SIDA en obras sociales

La Ley N.º 24.455, en su art. 1.º, inc. c, establece que todas las obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N.º 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N.º 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias, la cobertura para los Programas de Prevención del Sida.

La prevención del HIV/SIDA deberá inscribirse en el contexto de un Sistema Integral, a la vez sanitario y social, en un marco global de salud pública.

Sus acciones se ubicarán en la continuidad y permanencia, asegurando la solidaridad, la no discriminación, el respeto por la dignidad de las personas y los derechos individuales.

Definir una Política de Prevención implicará como objetivo el reducir los riesgos de contaminación del HIV/SIDA por:

- vía sexual (heterosexual, homosexual, bisexual);
- transmisión madre-hijo;
- usuarios de drogas intravenosas;
- transmisión por sangre, hemoderivados, trasplantes y procedimientos invasivos;
- exposición ocupacional al HIV/SIDA.

Se establecerá:

1. Una Política de Prevención General dirigida a su población beneficiaria, ajustada por las características propias de la misma.

2. Políticas Específicas para grupos más vulnerables, por situaciones de mayor riesgo, tales como:

- pobreza;
- bajos niveles educativos;
- difícil acceso a los servicios de salud;
- condición de género: mujeres;
- abandono;
- drogodependencia;
- trabajadores golondrina, etc.

Una Política de Prevención deberá asegurar la promoción de la salud, y consta de:

1. Información dirigida al:

- conocimiento de la infección por HIV/SIDA;
- dimensión del problema;
- mecanismos de transmisión;
- formas para evitar el contagio.

2. Educación para la salud, basada en un aprendizaje del diálogo, la participación y la responsabilidad individual y colectiva, definiendo una metodología adaptada a las poblaciones a cubrir.

Una política integral y global de la salud pública para prevenir la infección por HIV/SIDA, deberá apoyarse en la articulación de la prevención con el tratamiento. El médico generalista, responsable de la asistencia básica, otorgada en el primer nivel de atención y puerta de entrada al Sistema (Programa Médico Obligatorio. Resolución N° 247/96. Ministerio de Salud y Acción Social), deberá convertirse en el nexo entre prevención y tratamiento. El mismo asume funciones de prevención y asistenciales en el HIV/SIDA.

Entre las primeras figuran:

- educación para la salud;
- información sobre HIV/SIDA y los mecanismos para evitar el contagio;
- detección temprana voluntaria.

El Médico generalista será nexo y articulador con los Agentes de Prevención tales como:

- agentes sanitarios;
- maestros;
- líderes comunales;
- promotores;
- jóvenes;
- organizaciones;
- equipos móviles de información y de prevención.

Las Obras Sociales asegurarán:

- la formación de sus recursos humanos de prevención (médicos, profesionales de las ciencias sociales, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, personal administrativo, agentes comunitarios, líderes, jóvenes, etc.);
- la producción de materiales de información y educación en HIV/SIDA (para su población beneficiaria en general, jóvenes, mujeres, personas en situaciones de mayor riesgo, etc.);
- su difusión (medios masivos de comunicación, campañas, talleres, agentes sanitarios, consultorios de médicos generalistas, centros de salud, centros comunitarios, organizaciones barriales, etc.).

La planificación de las acciones de prevención deberán apoyarse en los datos epidemiológicos y en investigaciones específicas de su población objeto, que aporten información referida a aspectos demográficos, socioeconómicos, educativos, culturales, situaciones de riesgo y otros necesarios para la

comprensión de la distribución de la epidemia en su población beneficiaria.

Las intervenciones en prevención, su desarrollo e impacto, deberán ser monitoreadas y evaluadas en forma continua y sistemática. Esto permitirá su ajuste, replicabilidad, profundización o corrección.

ANEXO 2

Resolución N.º 19/98 - Secretaría de Programas de Salud

BOLETÍN OFICIAL N.º 28.836. 1º sección. Viernes 13 de febrero de 1998. Secretaría de Programas de Salud. SALUD PÚBLICA. Resolución 19/98.

Apruébanse las normas de Notificación y Atención de Accidente laboral del Personal de la Salud con Riesgo de Infección por Patógenos Sanguíneos.

Bs. As. 6/2/98

VISTO el Expediente N.º 2002-3252/97-5 del registro de este Ministerio.

CONSIDERANDO:

Que en el citado Expediente el Programa Nacional de lucha Contra los Retrovirus Humanos y SIDA señala la necesidad de brindar al personal de la salud lineamientos de acción frente a los accidentes con riesgo de infección con patógenos sanguíneos.

Que el personal que trabaja en establecimientos, institutos y programas de salud tiene mayor exposición a estos riesgos que la población general.

Que a partir de la generalización de la disponibilidad de métodos para el aislamiento, identificación y cuantificación de distintos agentes virales, la incidencia de infecciones ocupacionales causadas por ellos mostró el correspondiente incremento.

Que la capacidad de cuantificar eficientemente las infecciones ocupacionales en el personal de la salud y la de elaborar medidas correctivas apropiadas depende de manera directa de la disponibilidad de información completa y actualizada de estos incidentes tanto en el ámbito oficial como en el privado.

Que a tal efecto se ha elaborado el anteproyecto de NORMAS DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE LABORAL Y ATENCIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD CON RIESGO DE INFECCIÓN POR PATÓGENOS SANGUÍNEOS.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia. Por ello:

El Secretario de Programas de Salud RESUELVE:

Art. 1º— Apruébanse las NORMAS DE NOTIFICACION Y ATENCION DE ACCIDENTE LABORAL DEL PERSONAL DE LA SALUD CON RIESGO DE INFECCION POR PATOGENOS SANGUINEOS que como ANEXOS I, A, B y C forma parte integrante de la presente.

Art. 2º— Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección del Registro Oficial.

Cumplido. archívese - Víctor H. Martínez

ANEXO 1

NORMAS DE NOTIFICACION DE ACCIDENTE LABORAL Y ATENCION DEL PERSONAL DE LA SALUD CON RIESGO DE INFECCIÓN POR PATÓGENOS SANGUÍNEOS.

1. RECOMENDACIONES GENERALES:

los empleadores y el personal de salud deberán asegurar que existan políticas para:

1. Orientación inicial, educación continuada y entrenamiento de todo el personal de salud, sobre la epidemiología, modos de transmisión de los patógenos, su prevención y la necesidad de la observación permanente de las Normas Universales de Protección para el manejo de sangre, fluidos, tejidos y órganos para con todos los pacientes (Resol. Ministerial 228/93).

2. Provisión de equipamiento y elementos necesarios para minimizar los riesgos de infección con patógenos.

La Dirección del establecimiento (ley N° 17.132 art. 40) a quien ésta designe es responsable del seguimiento continuo de la observancia de las Normas Universales de Protección. Cuando este seguimiento revele una falla en su cumplimiento se deberán instrumentar programas de consejo, educación y/o reentrenamiento. Cuando sea estrictamente necesario se considerarán medidas disciplinarias.

3. la participación de las asociaciones profesionales así como las organizaciones laborales, en programas continuados de educación para el personal de salud, dirigidos a destacar la necesidad de cumplir las normas de seguridad biológicas recomendadas en el punto 'I'.

4. la debida información de todo el personal de salud sobre la importancia de la notificación de los accidentes ocupacionales.

5. Asegurar el cumplimiento de las dispuesto por la ley 24.151192 en la referencia a la vacunación (esquema completo) contra hepatitis B.

II. RECOMENDACIONES PARTICULARES

En el caso de accidentes se deberán seguir los pasos que describen:

1) El accidentado recibirá los primeros cuidados de la herida, debiendo decontaminarse la piel con agua y jabón o solución salina en el caso de las mucosas. Esto debe ser hecho con suma rapidez, en el mismo sitio del accidente si fuera posible.

2) Notificar el accidente al jefe o superior inmediato y al organismo señalado para este fin en el establecimiento asistencial (Comité / Departamento de Medicina Preventiva de Infecciones de Medicina del trabajo, etc.).

3) Se llenará por triplicado, completa y cuidadosamente la "FICHA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE ACCIDENTE LABORAL" (Anexo A), una copia quedará en el legajo médico del accidentado y se remitirán 2 (dos) copias al Programa local (Municipal o Provincial) de SIDA quien procesará y archivará una copia y remitirá la copia restante, por vía jerárquica al Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humano /SIDA /ETS de Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

4) Se realizará una minuciosa historia clínica del accidentado quien será debidamente aconsejado por personas especializadas invitándolo a iniciar la profilaxis (Anexos B y C), también se realizará el estudio serológico en una muestra de sangre la que será rotulada como "muestra tiempo 0", según lo indicado o continuación:

I. la muestra de sangre del accidentado deberá ser tomada el mismo día que ocurre el accidente tratando de hacer lo mismo con el paciente fuente, aunque esto no es excluyente.

II. Al accidentado se le extraerá por lo menos 10 ml de sangre con EDTA como anticoagulante que será puesta en un frasco o tubo estéril el que será enviado, dentro de las 24 h. de tomada muestra, al Centro de Tecnología en Salud Pública, para su muestreo y posterior análisis. En dicho Centro la muestra será sometida a las siguientes ensayos.

- Anti- HIV
- Anti- HCV
- Anti- HBc (19G)
- Anti- Hbs
- HBSA9
- HIV -DNA PCR - HBV - DNA PCR - HCV - RNA PCR

III. Al paciente fuente se deberá extraerle por lo menos 10 ml de sangre tratada con EDTA como anticoagulante, la muestra será colocada en un frasco o tubo estéril y será enviada dentro de las 24 h. de tomada la muestra al Centro de Tecnología en Salud Pública. Las determinaciones que se harán a la sangre u otro material biológico con el que ocurrió el accidente serán:

- Anti- HIV
- Anti- HCV
- Anti- HBc
- Anti- HBs
- HBS Ag

En el caso que el accidentado sea una mujer en edad fértil se deberá descartar embarazo mediante prueba correspondiente.

El Centro de Tecnología en Salud Pública funciona en:

Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticos, Universidad Nacional de Rosario Suipacha 531 - 2.000 Rosario, Santa Fe. Teléfono 041-370765 - Fax: 041-262937

5) El Comité o Departamento, dispondrá de formularios especiales para dejar constancia de la aceptación (Anexo B) o negativo (Anexo C) por parte del accidentado a recibir tratamiento que deberá ser llenado completa y cuidadosamente y firmado por el accidentado y el personal interviniente.

6) Si se desconoce el estatus serológico del paciente fuente del material presuntamente infectante, éste será invitado a realizarse un estudio serológico al que deberá consentir según el decreto 1.244 la ley 23.798.

Es de fundamental importancia establecer con certeza si la sangre o el fluido con el que se ha producido el accidente es positivo para algún patógeno. En el caso que el paciente fuente sea negativo, para los patógenos investigados no se iniciará profilaxis o se suspenderá si esta fue iniciada.

7) Régimen profiláctico que se ofrecerá al personal accidentado si:

a) La fuente infectante es HIV reactivo o desconocida.

Drogas AZT (600 mg/día) + 3TC (300 mg/ día) + inhibidor de la proteasa indinavir (2.400 mg/día).

Ritonovir (1.200 mg/día). Saquinavir (1.800 mg/día). Duración 1 mes.

Este tratamiento deberá ser iniciado dentro de las 2 horas de producido el accidente (*). Se podrá ofrecer una provisión de Zidovudina 3TC e inhibidor de la proteasa para 96 hs de tratamiento en aquellos casos en que el accidentado no tengo resolución acerca de continuar la profilaxis o en el caso que el accidente se produzca en feriados o fin de semana.

b) la fuente es VHB infectante

I) si el personal está vacunado con 3 dosis y tiene respuesta positivo a antiHBs no es necesario tratamiento. Si es no respondedor entonces se indicará HB1g y 1 dosis de refuerzo de vacuna.

II) si el personal no está vacunado o lo fue de manera incompleta indicar a 4 ml. de HBIg (IM) (DENTRO DE LAS 24 HORAS) e iniciar esquema de vacunación contra Hepatitis B.

8) Seguimiento Serológico del paciente accidentado:

Se realizará el estudio serológico lo antes posible y no más allá de las 72 h. de producido el accidente (tiempo 0), a los cuarenta y cinco días, a los tres, seis y doce meses. También se realizará estudios hematológicos y química clínica (hemograma, 1 GP, TGO, y CPK) en el momento del accidente a las dos y cuatro semanas, en caso que se esté administrando profilaxis.

9) En el caso de existir seroconversión el paciente será derivado al servicio asistencial de referencia a fin de continuar el tratamiento y los controles necesarios.

() No existen pruebas concretas de la utilidad de este tratamiento preventivo si se lo inicia más allá de 24 horas de producido el accidente. Pero debe tenerse en cuenta que si bien es estas condiciones puede ser que no evite la infección, puede ser útil como tratamiento de la infección aguda.*

ANEXO A

Ficha de notificación obligatoria de accidente laboral

a) De la Institución

Nombre:

Servicio:

1) Cantidad de personal (indicar número total en cada categoría)

Profesional:

Técnico:

Administrativo:

Maestranza:

Otro (especificar):

2) ¿Se dictó en su establecimiento algún curso de prevención de riesgos biológicos para trabajadores de salud? SI NO

3) Si la respuesta a 2 es SI.

—¿Existe en la institución programa de evaluación y control del cumplimiento de las mismas? SI NO

Si es la respuesta es NO explique los motivos:

4) ¿Dispone su institución de medicación para uso profiláctico en caso de accidentes? SI NO

Si la respuesta es SI indique que mediación dispone.

5) Indique el número total de accidentes en los últimos 12 meses.

b) Del accidente:

Datos personales:

Nombre y Apellido Edad

Ocupación Antigüedad en ella

Área de Trabajo

Fecha del accidente/...../.....

1) Descripción del accidente:

a)FORMA DEL ACCIDENTE (caída, caído de objetos, contacto con exposición a):

b)AGENTE CAUSANTE (herramienta, agente biológico, etc.)

c) NATURALEZA DE LA LESION (punción, corte, fractura, etc.).

d) ZONA AFECTADA (dedo, mano, pierna, brazo, etc.)

e) OTRO (especificar).

II) lugar donde ocurrió el accidente:

a) quirófanos:

b) laboratorio

c) sala de internación

d) lavadero

e) otro (especificar)

— Antecedentes

Recibió transfusión de sangre: NO SI ¿Cuándo?

Cirugías previas NO SI ¿Cuándo?

Consumo de drogas por EV NO SI ¿Cuándo?

Tuvo otros accidentes con riesgo de infección

NO SI N/C ¿Cuándo?

¿Tuvo hepatitis? NO SI N/C ¿Cuándo?

¿Cuál?

Recibió vacunación antihepatitis NO SI

N/C

¿Cuándo? ¿Cuántos dosis? ¿Hizo AntiHBs?

Examen de laboratorio (tiempo 'O')

TGP TGO PCK

AntiHCV Anti HBc HBsAG

Anti HBs (si está vacunado)

Profilaxis

Gamaglobulina HB: NO SI Dosis:

Vacuna HBV

Quimioprofilaxis HIV: NO SI MEDICAMENTOS

c) Del paciente fuente:

Código* Historia Clínica

Enfermedad actual

Servicio donde está internada

*Inicial de Nombre y Apellido y fecha de nacimiento (d/m/a)

Tiene antecedentes de:

¿Hepatitis? Si NO N/C ¿HIV? SI NO

N/C

¿Cirugías? Si NO Transfusiones: SI NO Fecha: /..... /.....

Serología:

Anti HBC HBsAG

Anti HCV Anti HIV

Firma autorizado

Lugar y fecha

NOTA

La presente Notificación deberá ser llenada por triplicado: el Original queda en el servicio indicado en el punto 2 de "Recomendaciones Particulares" y las copias se remitirán al organismo competente según el punto 3 de los "Recomendaciones Particulares".