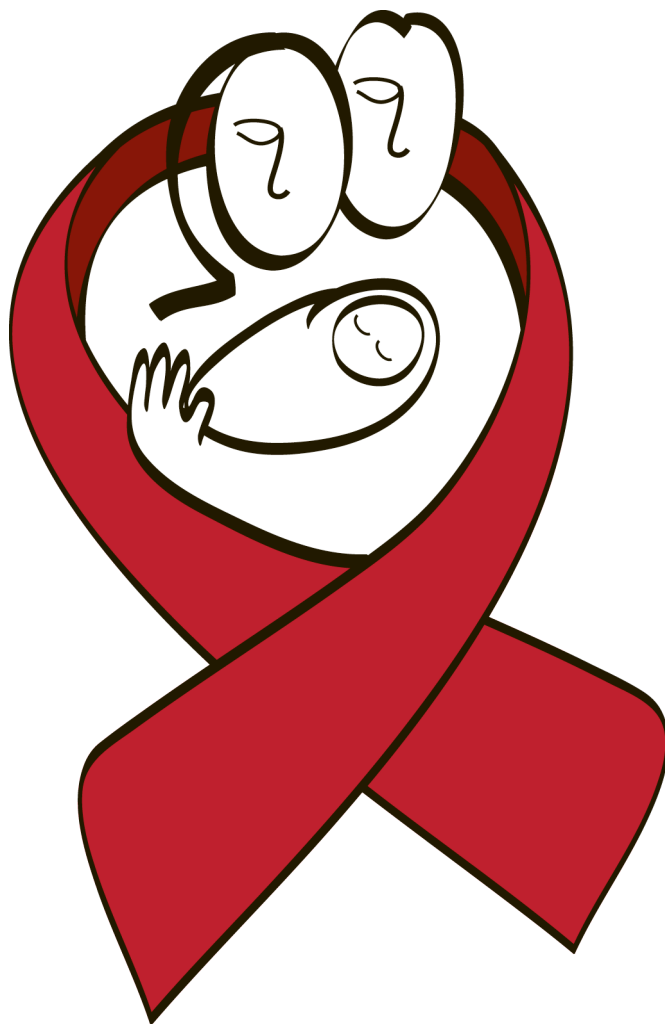


Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH



Paquete Genérico de Capacitación
Manual del Participante



Organización
Mundial de la Salud



Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH : paquete genérico de capacitación.

1. Serodiagnóstico del SIDA. 2. Infecciones por VIH - diagnóstico. 3. Infecciones por VIH - prevención y control. 4. Transmisión vertical de enfermedad - prevención y control. 5. Infecciones por VIH - transmisión. 5. Consejo. 6. Guías de recursos. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 92 4 359384 6

(Clasificación NLM: WC 503.6)

© Organización Mundial de la Salud, 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Suiza.

El Paquete Genérico de Capacitación para la Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH – OMS/CDC, es un enfoque integral para la capacitación de trabajadores de atención en salud. Los otros componentes en este paquete son:

- Programa de Capacitación y Guía del Director del Curso
- Manual del Capacitador
- Cuaderno de Presentaciones
- Guía de Bolsillo
- Carteles
- CD-ROM que contiene archivos de MS[®] Word y Adobe Acrobat[®](PDF) para cada componente del programa

Agradecimientos

Este paquete fue preparado por el Departamento de VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (HHS-CDC), el Programa Global de SIDA (GAP) y es publicado conjuntamente por la OMS y HHS-CDC. Tin Tin Sint (OMS) y Omotayo Bolu, Cristiane Costa, Cheryl Mayo y Andrea Swartzendruber (CDC) fueron el principal equipo responsable de la supervisión del desarrollo y la prueba en el terreno del programa de estudios. René Ekpini e Isabelle de Zoysa (OMS) y Nathan Shaffer (CDC) proporcionaron orientación y apoyo general a este proyecto.

La OMS y CDC quisieran agradecer a Matthew Chersich, Inam Chitsike, Halima Dao, Ian Grubb, Peggy Henderson, Yvan Hutin, Rafael Lopezolarte, David Miller, Nozighu Tatiana Ndong, Kevin O'Reilly, Constanza Vallenias y Mayada Youssef Fox (OMS); George Bicego, Tracy Creek, Beth Dillon, Chris Galavotti, Joan Kraft, Joel Kuritsky, Michelle McConnell, Dorothy Mbori-Ngacha, Jan Moore, Serigne Ndiaye, Monica Nolan, Joseph Petraglia, Rose Pray, RJ Simonds, Monica Smith (CDC); y Ellen Piwoz (AED) por la revisión de los materiales en borrador. Dan las gracias asimismo a Thurma Goldman, de HHS-HRSA y Estelle Quain (USAID) por su apoyo, y a UNICEF y UNFPA por sus contribuciones técnicas.

La OMS y CDC quisieran agradecer a los Ministerios de Salud y a las oficinas de CDC/GAP en Guyana, Etiopía, Mozambique y Camboya por el auspicio de las pruebas en el terreno.

La OMS y CDC también quisieran reconocer la contribución significativa del Centro François-Xavier Bagnoud (FXB) de la Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey, que condujo este proyecto con CDC desde el desarrollo inicial a través de las pruebas en el terreno y revisiones junto con JHPIEGO, un miembro de la Universidad de Johns Hopkins, a través del Programa Universitario de Asistencia Técnica (UTAP). Además de la función de desarrollo del programa de estudio, el Centro FXB prestó apoyo esencial a la coordinación de proyectos en general y la producción final del paquete de capacitación. El grupo del Centro FXB incluye a Mary Boland, Virginia Allread, Karen Forgash, Magaly García, Nancy Lerner-Weiss, Nancy Paradis, Linda Podhurst, Anne Reilly, Monica Reiss, Natalia Rivera y Deborah Storm. El personal de JHPIEGO que contribuyó a este proyecto incluye a Jean Anderson, Linda Fogarty, Emmanuel Otolurin y Kai Spratt.

La OMS y CDC también quiere agradecer a Constanza Vallenias, Peggy Henderson, Tin Tin Sint (OMS); Julia Valderrama, Karina de Galvez, Sylvia Singleton (PAHO); José Enrique Zelaya Bonilla (UNICEF); Molly Rivadeneira, Michelle McConnell, Sara Jacenko y Nathan Shaffer (CDC), quienes voluntariamente usaron su valioso tiempo para asistir en la traducción de inglés a español de todos los componentes del Paquete Genérico de Capacitación.

Índice

| | |
|------------------------------------|--|
| ABREVIATURAS Y SIGLAS | iii |
| INTRODUCCIÓN | v |
| MÓDULO 1 | Introducción al VIH/SIDA |
| Apéndice 1-A | Sistemas de clasificación de la OMS para la infección y enfermedades de VIH en adultos, adolescentes y niños 1-14 |
| Apéndice 1-B | Definiciones de casos de vigilancia del SIDA para adolescentes, adultos y niños: CDC..... 1-16 |
| MÓDULO 2 | Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños |
| Apéndice 2-A | Servicios TMI para la mujer infectada por VIH-2 2-14 |
| MÓDULO 3 | Intervenciones específicas para prevenir la TMI |
| Apéndice 3-A | Regímenes de profilaxis antirretroviral para prevenir la TMI..... 3-19 |
| Apéndice 3-B | Situaciones y recomendaciones clínicas para el uso de antirretrovirales en mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil en situaciones de recursos limitados..... 3-21 |
| MÓDULO 4 | Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH |
| Apéndice 4-A | Recomendaciones de Naciones Unidas sobre la alimentación del lactante para madres VIH-positivas..... 4-20 |
| Apéndice 4-B | Ventajas de la alimentación con taza 4-21 |
| Apéndice 4-C | Alimentación complementaria de 6-24 meses 4-22 |
| MÓDULO 5 | Estigma y discriminación relacionados con la TMI |
| Apéndice 5-A | Resumen de las guías internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos adoptados por la Segunda Consulta Internacional, julio 2002 5-18 |
| MÓDULO 6 | Prueba y consejería del VIH para PTMI |
| Apéndice 6-A | Capacitación, funciones y responsabilidades de los consejeros de VIH..... 6-21 |
| Apéndice 6-B | Conversación con los padres acerca de los resultados de la prueba de VIH de su niño..... 6-22 |
| Apéndice 6-C | Aptitudes básicas de consejería 6-24 |
| Apéndice 6-D | Proporcionando información previa a la prueba, Ejercicio 6,3 6-26 |
| Apéndice 6-E | Lista de verificación de consejería postprueba, resultado VIH-negativo 6-31 |
| Apéndice 6-F | Lista de verificación de consejería postprueba, resultado VIH-positivo..... 6-32 |
| Apéndice 6-G | Juegos de rol para la consejería postprueba, Ejercicio 6.4 y lista de verificación de consejería..... 6-33 |

| | | |
|---|--|------|
| MÓDULO 7 | Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo a madres y familias con infección por VIH | |
| Apéndice 7-A | Tuberculosis (TB)..... | 7-16 |
| Apéndice 7-B | Información sobre recursos comunitarios: Hoja de trabajo | 7-18 |
| Apéndice 7-C | Profilaxis de neumonía <i>Pneumocystis jiroveci</i> en adultos y lactantes..... | 7-19 |
| Apéndice 7-D | Sugerencias para maximizar el consumo de alimentos para las PVVS..... | 7-20 |
| Apéndice 7-E | Recomendaciones de inmunizaciones de la OMS..... | 7-21 |
| MÓDULO 8 | Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo | |
| Apéndice 8-A | Normas para la limpieza, esterilización y depósito de desechos de materiales infecciosos | 8-21 |
| Apéndice 8-B | Manejo de la exposición ocupacional al VIH: Un ejemplo de protocolo | 8-24 |
| MÓDULO 9 | Monitoreo de Programas de PTMI | |
| Apéndice 9-A | Ejemplos de indicadores de desempeño de PTMI..... | 9-11 |
| Apéndice 9-B | Columnas ilustrativas de PTMI para añadir a estándares de atención prenatal y áreas de registros de maternidad | 9-12 |
| VISITA DE CAMPO (OPTATIVO) | Visita de campo..... | 1 |
| GLOSARIO Y RECURSOS | | |
| Glosario | Glosario | 1 |
| Recursos..... | Recursos..... | 1 |

Abreviaturas y siglas

| | |
|----------------|---|
| AIEPI | Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia |
| APN | Atención prenatal |
| ARV | Antirretroviral |
| CDC | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos |
| CMV | Citomegalovirus |
| CPV | Consejería y pruebas voluntarias |
| ELISA | Prueba Enzimática de Vinculación Inmunoabsorbente |
| FAO | Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas |
| IO | Infección oportunista |
| ITS | Infección de transmisión sexual |
| MAC | <i>Mycobacterium avium complex</i> |
| NPC | Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> |
| NVP | Nevirapina |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |
| ONUSIDA | Programa Global de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA |
| PPE | Profilaxis posterior a la exposición |
| PTMI | Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH |
| PVVS | Personas que viven con VIH/SIDA |
| SIDA | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida |

| | |
|---------------|--|
| SMI | Salud maternoinfantil |
| SSRN | Servicios de salud reproductiva y del niño |
| TAR | Tratamiento antirretroviral |
| TARGA | Terapia antirretroviral de gran actividad |
| TMI | Transmisión maternoinfantil del VIH |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNGASS | Sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| VIH | Virus de inmunodeficiencia humana |
| ZDV | Zidovudina, el nombre genérico para la azidotimidina (AZT) |



Introducción: Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

Antecedentes de los Programas de Transmisión Maternoinfantil (TMI) del VIH

De los 40 millones de personas que vivían con VIH/SIDA en todo el mundo a fines de 2003, 2,5 millones eran niños menores de 15 años de edad. Sólo el año pasado, 700.000 niños estaban recién infectados por el virus del SIDA, lo que equivale a cerca de 2.000 nuevas infecciones en los niños cada día. La mayoría de estas infecciones (90%) ocurrieron en el África Subsahariana. La fuente más significativa de infección por VIH en los niños y los lactantes es la transmisión del VIH de madre a hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o a través de la lactancia materna. Al integrar los programas de Prevención de Transmisión Maternoinfantil del VIH (PTMI) — incluyendo intervenciones de prevención y tratamiento—como una parte esencial de los Programas de Salud Maternoinfantil (SMI), el programa de PTMI puede reducir significativamente el número de lactantes que son infectados por VIH y promover una mejor salud para sus madres y familias.

El compromiso sin precedentes por parte de las organizaciones internacionales y gobiernos nacionales—además de la disponibilidad de regímenes antirretrovirales eficaces de corta duración y de combinación más larga—están haciendo posible la existencia de programas nacionales de PTMI eficaces, aun en los países más afectados por la epidemia de VIH.

Dado que los programas de PTMI tienen amplio acceso a la población adulta sexualmente activa, y sientan bases claves en la salud familiar, proporcionan fundamentos importantes para programas nacionales de prevención y tratamiento del VIH. Empezando con la prevención primaria, los programas de PTMI reconocen la importancia de conocer el estado de VIH de uno mismo y conservar a los padres VIH-negativos. El acceso a la prueba y consejería en las clínicas prenatales y de maternidad permite la identificación temprana de la infección por VIH. Estos entornos sirven como medio de acceso a los servicios integrales de PTMI, incluyendo el tratamiento y la profilaxis con ARV, prácticas de parto sin riesgo y prácticas de alimentación del lactante menos arriesgadas para las madres que están expuestas al VIH y para sus lactantes, quienes también están expuestos al VIH.

Llevar a escala nacional

Proyectos piloto en varios países han demostrado la factibilidad de ejecutar diversas intervenciones de PTMI, incluyendo la profilaxis de ARV en situaciones de recursos limitados. La mayoría de países se están desplazando de proyectos piloto a programas

nacionales y están integrando intervenciones de PTMI como un componente de servicios de atención prenatal ordinaria (APN) y de salud maternoinfantil (SMI).

Existe un creciente abanico de intervenciones de PTMI basadas en la capacidad y las políticas a nivel de país. Quienes elaboran estas políticas deben determinar qué intervenciones de programas de PTMI pueden apoyar para llevar a escala nacional y asegurar que existan normas para promover la implementación exitosa del programa. Un plan nacional coordinado para aumentar la habilidad de capacitar y fortalecer los servicios en salud maternoinfantil a nivel local, asegurará los resultados beneficiosos para las comunidades y las personas a las que sirven.

Apoyo internacional

La PTMI sigue siendo el núcleo de las iniciativas mundiales de infección por el VIH/SIDA. Actualmente, llevar a escala los programas de PTMI se reconoce como un punto de acceso importante para los programas de prevención y cuidado del VIH a mayor escala. Con el compromiso de la comunidad internacional de incrementar los accesos a tratamiento para personas que viven con VIH/SIDA, los programas de PTMI se ven como un punto central a favor del tratamiento mejorado, la atención y los servicios de apoyo a las mujeres, sus hijos y familias. Esto ha resultado en un incremento al apoyo a la PTMI y en nuevas iniciativas internacionales para combatir el VIH/SIDA. El Fondo Mundial para el SIDA, la TB y la Malaria (GFATM) está prestando apoyo internacional significativo a los programas nacionales de infección por el VIH/SIDA. Los objetivos de la iniciativa del "3 por 5" de ONUSIDA liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desean tratar a 3 millones de personas en países en desarrollo para el año 2005. Además, el gobierno de los Estados Unidos está ofreciendo apoyo sin precedentes en la lucha contra el VIH/SIDA con el Plan de Urgencia del Presidente para el Alivio del SIDA. Este plan proporciona financiamiento en gran escala para tratar a 2 millones de personas, prevenir 7 millones de infecciones y proveer atención a 10 millones de personas.

Los elementos clave del programa en todos estos esfuerzos internacionales incluyen aumentar el acceso a las pruebas y consejería sobre VIH, fortalecer intervenciones de prevención vinculadas a los servicios de tratamiento, mejorar al acceso a los programas de PTMI y fomentar la participación comunitaria.

Capacitación y desarrollo de capacidades

Para alcanzar sus metas, las iniciativas para combatir el VIH/SIDA necesitan abordar el reto de desarrollar la capacidad humana a todos los niveles del sistema de salud. A nivel mundial, hasta 100,000 personas necesitan capacitación para alcanzar la meta de la iniciativa del "3 por 5". Alcanzar esa meta de capacitación requerirá una fuerte colaboración entre las comunidades, los países y las organizaciones internacionales.

La creciente pandemia del VIH/SIDA requiere iniciativas de colaboración mundiales y nacionales para maximizar el uso de los recursos humanos existentes y desarrollar capacidad humana fortalecida. La capacitación es una parte clave de esta estrategia.

El Paquete Genérico de Capacitación de PTMI está diseñado para proporcionar un modelo para la formulación de un plan nacional de capacitación y un programa de estudios nacional apropiado, basado en un proceso de rápida adaptación. Para los países que ya han iniciado la capacitación de PTMI y ya tienen proyectos, este Paquete Genérico de Capacitación puede usarse para actualizar y fortalecer el programa de estudios y el plan nacional de capacitación nacional. La provisión de la información y la capacitación apropiada para los representantes de los trabajadores de salud a nivel de

provincia, distrito y local es un paso importante para llevar a escala y garantizar la sostenibilidad de los programas de PTMI.

Resumen del Paquete Genérico de Capacitación de PTMI

Este paquete de capacitación es un curso basado en la evidencia sobre la PTMI y se dirige a trabajadores de salud en situaciones de recursos limitados. Está destinado a ser un componente de un plan de capacitación que refleje las estrategias nacionales—incluidas políticas y prioridades—para combatir la infección por el VIH/SIDA.

El contenido del paquete, presentado en formato modular, contiene los componentes básicos de la programación de PTMI. Los plazos sugeridos para cada módulo intentan ser flexibles para satisfacer los requisitos de cada país o región.

PTMI se refiere a una gama integral, centrada en la familia, de servicios clínicos y de apoyo—proporcionados conjuntamente con otras iniciativas de salud pública—para prevenir la transmisión del VIH de la mujer a su lactante.

Desarrollo del Paquete Genérico de Capacitación de PTMI

El desarrollo de este paquete incluye varias actividades:

- La OMS realizó un inventario sistemático de los materiales de capacitación, estrategias y planes de TMI para ser llevados a escala en África oriental, central y meridional.
- En 2001, se realizaron visitas para examinar los lugares piloto del proyecto, las estrategias de capacitación y los planes para llevar el proyecto a escala nacional. Los capacitadores de PTMI, el personal del Ministerio de Salud, el programa nacional contra el SIDA, las ONG locales y organismos de financiamiento proporcionaron valiosos insumos.
- En 2002, la OMS reunió en un taller interregional a numerosos consultores para llegar a un consenso sobre los componentes del paquete y la ejecución de las estrategias de capacitación, incluyendo funciones de cada país durante el proceso de llevarlos a escala.
- En noviembre de 2002, la OMS invitó a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) a colaborar en el desarrollo de un paquete integral de capacitación.¹ El CDC solicitó asistencia técnica a dos universidades asociadas para desarrollar materiales y pruebas en el terreno: el Centro François-Xavier Bagnoud de la Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey y JHPIEGO, un afiliado de Johns Hopkins University.
- Las pruebas en el terreno se realizaron en Guyana, Etiopía, Mozambique y Camboya para evaluar el paquete y el formato de adaptabilidad para su uso en situaciones de recursos limitados.

¹ Un paquete de capacitación consiste en una variedad de componentes complementarios sobre un tema seleccionado que sirve como recurso de capacitación. El componente debe incluir por ejemplo, materiales para participantes, grupos de diapositivas, normas de tratamiento, herramientas de soporte clínico (por ej., la guía de bolsillo, carteles), material de información para pacientes, estudios de casos y materiales de soporte para la capacitación.

- El paquete fue examinado por expertos en PTMI y capacitación de la OMS, CDC y programas de países.
- El paquete se actualizará de una manera continua para reflejar la información más reciente de la OMS y CDC acerca de PTMI.

Población objetivo

Este curso de capacitación se dirige a trabajadores de salud que ya trabajan (o piensan trabajar en) los programas de PTMI o los establecimientos de salud que proporcionan servicios de PTMI:

- Doctores
- Enfermeras
- Comadronas
- Trabajadores sociales
- Personal de apoyo
- Consejeros
- Directores de programa

Cada establecimiento que presta servicios de PTMI puede maximizar la efectividad de sus programas al incluir al personal en la capacitación especializada y alentar a otros trabajadores de salud a que amplíen su conocimiento existente, definiéndolos como miembros clave del equipo del programa de PTMI.

La capacitación clínica *in situ* se recomienda firmemente. Donde sea factible, una capacitación complementaria dentro o fuera del terreno—especialmente en pruebas de VIH y consejería sobre la alimentación del lactante— mejorará enormemente la capacidad de los trabajadores de salud para usar su nuevo conocimiento.

Un aviso sobre la terminología

En estos materiales lectivos, el término “trabajadores de salud” está concebido como sinónimo de “proveedor de salud”. Incluye todo el personal del sistema de servicios de PTMI (doctores, enfermeras, comadronas, trabajadores sociales, personal de apoyo, consejeros, directores de programa). “La salud materno infantil” (SMI) se usa para referirse a una variedad de servicios, incluyendo servicios maternos y del recién nacido, y servicios de salud reproductivos y del niño (SSRN). El SMI abarca el sistema de tratamiento, atención y apoyo que desea proteger y mejorar la salud de las mujeres en edad reproductiva y sus lactantes, así como los niños más pequeños y adolescentes, y las familias.

Expectativas para el curso

Este curso ofrece información básica y desarrollo de aptitudes introductorias en las siguientes áreas:

- Módulo 1 Introducción al VIH/SIDA
- Módulo 2 Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños
- Módulo 3 Intervenciones específicas para prevenir la TMI
- Módulo 4 Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH
- Módulo 5 Estigma y discriminación relacionados con la TMI
- Módulo 6 Prueba y consejería de VIH para PTMI

- Módulo 7 Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH
- Módulo 8 Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo
- Módulo 9 Monitoreo de programas de PTMI

Este curso de capacitación en PTMI está diseñado para proporcionar a trabajadores de salud la información y aptitudes introductorias necesarias para proporcionar servicios de PTMI de una manera integral

A los trabajadores de salud se les debe alentar a que prosigan una capacitación adicional para ampliar los conocimientos disponibles en su región o establecimiento.

No hay ningún sustituto para la experiencia práctica al proporcionar tanto el apoyo clínico como social. A todos los participantes se les anima a considerar este programa de estudios como una base a partir de la cual pueden desarrollar habilidades adicionales.

Esto puede hacerse mediante una capacitación especializada en áreas como la consejería en VIH, la alimentación del lactante o la formación de redes dentro de las comunidades locales. Muchas de estas aptitudes requieren de la práctica para desarrollar las habilidades, y los participantes pueden beneficiarse al buscar activamente oportunidades que les permitan sentirse cómodos con todos los aspectos prácticos del programa.

Estructura del paquete de capacitación

El paquete de capacitación, disponible en forma impresa y en CD-ROM, consta de los siguientes componentes:

- **Programa de Capacitación y Guía del Director del Curso**, que se divide en dos secciones. **Sección 1: Guía del programa de capacitación**, la cual se dirige a aquellos responsables de desarrollar el Plan Nacional de Capacitación de PTMI, adaptar el programa general de estudios de PTMI y elaborar el plan para evaluar los esfuerzos de capacitación. **Sección 2: Guía del director del curso**, que es un documento de recurso pensado para el individuo o grupo responsable de organizar y dirigir los cursos de capacitación de PTMI.
- **Manual del Capacitador**, que esquematiza todo el programa de estudios, describe la función de los capacitadores en la planificación de cursos y ofrece instrucciones a los capacitadores para conducir cada sesión.
- **Manual del Participante**, que es el principal documento de referencia para los participantes en el curso. Incluye una introducción, nueve módulos de contenido, cada uno con un resumen, objetivos claramente establecidos, información técnica y ejercicios. También contiene un **Glosario** y una **Guía de recursos**.
- **Cuaderno de Presentaciones**, que incluye diapositivas que recopilan las principales áreas temáticas de cada módulo.
- **Guía de Bolsillo**, que proporciona información clara y concisa para apoyar la prestación de los servicios y sirve de referencia práctica para los trabajadores de salud.
- **Carteles** que podrán colocarse en el centro o establecimiento de salud y son una referencia clave en las áreas temáticas de PTMI.

Calendario del curso

Aunque este Programa Genérico de Capacitación de PTMI se elaboró para realizarse en 6 días, incluyendo la visita de campo optativa, puede ampliarse o acortarse, según las necesidades de aprendizaje de la población objeto, las prioridades y los recursos existentes. El programa general de estudio se presenta a continuación.

Programa General de Estudio del Paquete Genérico de Capacitación de PTMI

| Día | Índice |
|--|---|
| Sesión precurso (2 horas) | Ceremonia inicial y presentaciones |
| Día 1 | Módulo 1 Introducción al VIH/SIDA Módulo 2 Resumen de la prevención del VIH en las madres, lactantes y niños pequeños |
| Día 2 | Módulo 3 Intervenciones específicas para prevenir la TMI Módulo 4 Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH |
| Día 3 | Módulo 5 Estigma y discriminación relacionada con la TMI Módulo 6 Pruebas y consejería del VIH para PTMI |
| Día 4 | Módulo 7 Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo a las madres y familias con infección por VIH Módulo 8 Seguridad y atención de apoyo en el ambiente de trabajo |
| Día 5 | Módulo 9 Monitoreo de programas de PTMI Cierre del curso |
| Día 6 (Sesión optativa de media jornada) | Visita de campo y sumario |

Romper el hielo y procedimiento de normas

| Ejercicio de presentación 1: “Conocernos mutuamente”; juego de tarjetas | |
|--|--|
| Propósito | Explorar las inquietudes de cómo atender a mujeres con VIH, objetivos para esta capacitación y brindar una oportunidad para llegar a conocerse el uno al otro |
| Duración | 30 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Revise la tarjeta que usted acaba de recibir; la tarjeta tiene 3 columnas denominadas “Inquietudes”, “Objetivos” y “Fortalezas”.▪ Piense durante unos minutos acerca de sus respuestas a cada una de las siguientes preguntas: Inquietudes: ¿Qué inquietudes tiene sobre la atención a mujeres o niños con SIDA? Objetivos: ¿Qué quiere asegurar que aprenderá sobre PTMI antes de finalizar el curso? Fortalezas: ¿Qué tres fortalezas puede ofrecer en su trabajo como trabajador de salud?▪ Escriba sus respuestas en las columnas apropiadas.▪ Comparta sus respuestas en la plenaria de discusión en grupo. |

| Ejercicio de presentación 2: Determinación de los procedimientos de normas para el curso | |
|---|---|
| Propósito | Desarrollar y acordar un conjunto de reglamentos que guiará el desarrollo de un ambiente que facilite el aprendizaje. |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucción | Participar en una discusión en torno a los reglamentos necesarios para asegurar un ambiente de capacitación que le haría sentirse más cómodo hablando sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Estos reglamentos ayudarán a guiar el desarrollo de normas dentro de esta capacitación. |



Módulo 1 Introducción al VIH/SIDA

SESIÓN 1 Alcance de la pandemia del VIH/SIDA

SESIÓN 2 Historia natural y transmisión del VIH

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Describir la repercusión mundial y local de la epidemia.
- Responder a las preguntas básicas acerca de la infección por el VIH/SIDA en las mujeres, los niños y las familias.
- Discutir la historia natural de la infección por VIH.
- Presentar información acerca de la transmisión de VIH.

| Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional |
|---|
| <p>Sesión 1</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Breve resumen de la epidemiología de VIH a nivel local/nacional/regional▪ Si está disponible, una gráfica ilustrativa de la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas registradas en clínicas prenatales (variación local en la Figura 1.2) |



La *Guía de Bolsillo* contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 Alcance de la pandemia del VIH/SIDA

Figura 1.1 Epidemiología mundial del VIH/SIDA



El VIH en los niños, 2003

ONUSIDA calculó que a finales del 2003:

- 40 millones de personas en todo el mundo estaban viviendo con VIH/SIDA
- 2,5 millones de personas con VIH/SIDA eran niños menores de 15 años de edad
- El 90% de los niños que vivían con VIH/SIDA eran del África Subsahariana
- 700.000 niños en todo el mundo estaban recién infectados en 2003
- Se calcula que hubo 500.000 defunciones de niños por VIH/SIDA durante el 2003

Nuevas infecciones, 2003

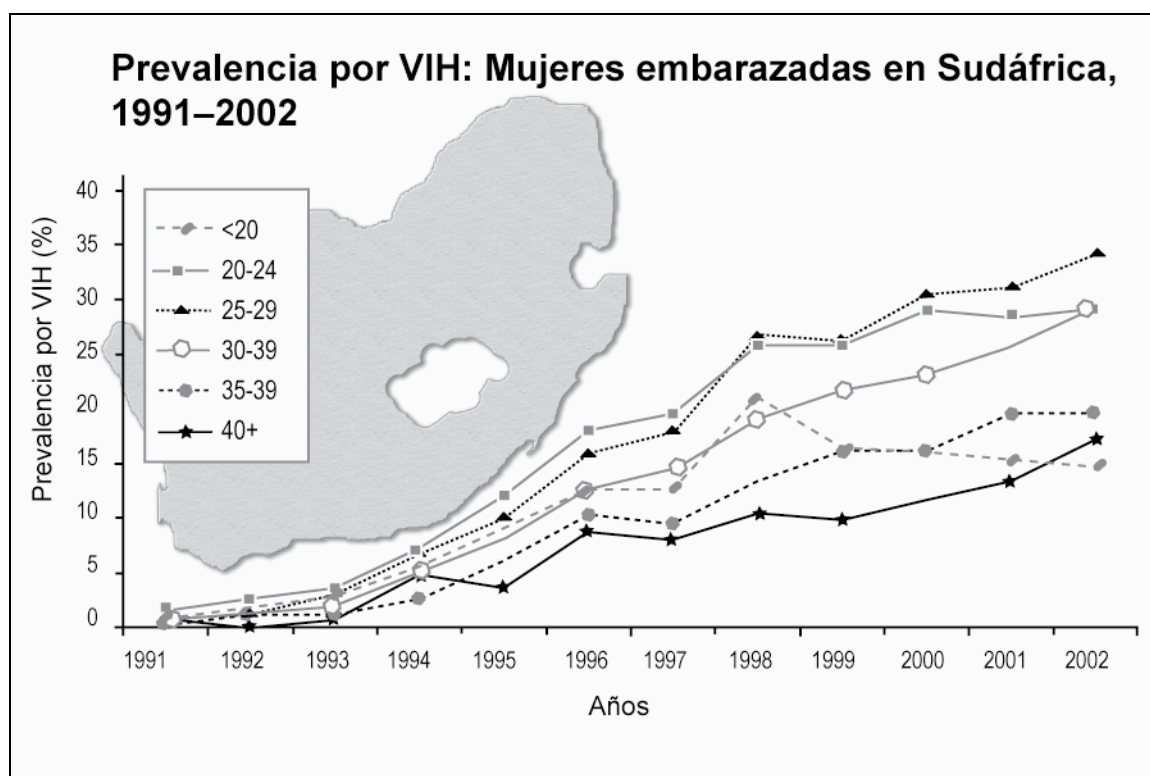
Según ONUSIDA, cerca de 14.000 nuevas infecciones ocurrieron *cada día* en 2003. De estas nuevas infecciones:

- Cerca de 6.000 diarias ocurrieron en personas de 15 a 24 años de edad.
- Casi 2.000 diarias se dieron en niños menores de 15 años de edad.
- La mayoría de las infecciones en niños menores de 15 años de edad ocurrieron mediante la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH.

| Cuadro 1.1 Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, a 2003 | | | | |
|--|---|--|--------------------------|---|
| Región | Adultos y niños que vivían con VIH/SIDA | Adultos y niños recién infectados por el VIH | Prevalencia adulta * (%) | Defunciones en adultos y de niños debidas al SIDA |
| África Subsahariana | 25.0–28.2 millón | 3.0–3.4 millón | 7.5–8.5 | 2.2–2.4 millón |
| África del Norte y Medio Oriente | 470,000–730,000 | 43,000–67,000 | 0,2–0,4 | 35,000–50,000 |
| Sur y Asia Sudoriental | 4.6–8.2 millón | 610,000–1.1million | 0.4–0.8 | 330.000–590.000 |
| Asia Oriental y Pacífico | 700,000–1.3 millón | 150,000–270,000 | 0.1–0.1 | 32,000–58,000 |
| América Latina | 1.3–1.9 millón | 120,000–180,000 | 0.5–0.7 | 49.000–70.000 |
| Caribe | 350,000–590,000 | 45,000–80,000 | 1.9–3.1 | 30,000–50,000 |
| Europa oriental y Asia central | 1.2–1.8 millón | 180,000–280,000 | 0.5–0.9 | 23,000–37,000 |
| Europa occidental | 520,000–680,000 | 30,000–40,000 | 0.3–0.3 | 2,600–3,400 |
| América del norte | 790,000–1.2 millón | 36,000–54,000 | 0.5–0.7 | 12,000–18,000 |
| Australia y Nueva Zelanda | 12,000–18,000 | 700–1,000 | 0.1–0.1 | <100 |
| Total | 40 millones (34–46 millón) | 5 millones (4.2–5.8 millón) | 1.1 (0.9–1.3) | 3 millones (2.5–3.5 millón) |

* Porcentaje de adultos entre 15 y 49 años viviendo con VIH/SIDA en 2003, usando los datos de población de ese año. Las variedades en este cuadro se basan en la mejor información disponible. Estos datos son más precisos que en años anteriores y ya se está trabajando para mejorar la precisión de los datos que se estima serán publicados a mediados de 2004.

Figura 1.2 Prevalencia por VIH: Mujeres embarazadas en Sudáfrica, 1991–2002



La mayoría de estos cálculos se basan en los sistemas de vigilancia que se concentran en las mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales seleccionadas. Este método supone que la prevalencia de infección por VIH entre las mujeres embarazadas es una buena aproximación de la prevalencia entre los habitantes adultos (15–49 años). Una comparación directa de la prevalencia de infección por VIH entre las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales y los habitantes adultos en la misma comunidad en varias comunidades africanas ha aportado las pruebas para este método de cálculo de la prevalencia de la infección.

Repercusión mundial del VIH

La repercusión mundial de la pandemia del VIH/SIDA es especialmente grave en situaciones de recursos limitados, resultando en lo siguiente:

- Repercusión negativa sobre el desarrollo económico de países
- Sistemas de atención de salud saturados
- Disminución de la esperanza de vida en muchos países
- Tasas de supervivencia infantil en deterioro
- Número cada vez mayor de huérfanos

Los efectos de la pandemia del VIH/SIDA sobre los individuos incluyen lo siguiente:

- Enfermedad y sufrimiento
- Vida acortada
- Pérdida del trabajo e ingresos
- La muerte de miembros de la familia, la aflicción, la pobreza y la desesperación
- Barreras a la atención de salud relacionada con el estigma y discriminación
- Deterioro de la salud y la supervivencia del niño
- Integridad y apoyo debilitados de la unidad familiar

| Ejercicio 1.1 Ejercicio de esperanza: discusión en grupo | |
|---|---|
| Propósito | Iniciar la capacitación de PTMI con optimismo a pesar de la devastación generada por décadas del VIH |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Piense durante un rato en las respuestas positivas a la pandemia del VIH/SIDA en su país. ▪ Apunte sus respuestas en un papel y compártalas en una larga discusión de grupo. |

Resumen del VIH y SIDA



Referirse a la *Guía de Bolsillo*

Definiciones de VIH y SIDA

EL VIH se denomina al *virus de la inmunodeficiencia humana*, el virus que causa el SIDA.

V: Virus
I: Inmunodeficiencia
H: Humana

- El VIH altera las defensas del cuerpo contra la infección y las enfermedades—el sistema inmunitario del cuerpo—al infectar leucocitos específicos, provocando un sistema inmunitario debilitado.
- Cuando el sistema inmunológico se torna débil o comprometido, el cuerpo pierde su protección contra la enfermedad.
- Conforme pasa el tiempo, el sistema inmunológico no puede combatir la infección por VIH y la persona puede contraer enfermedades graves y letales, incluidas otras infecciones y algunos tipos de cáncer.

Cuando una persona está infectada por el VIH, la persona se conoce como “infectado por VIH”. “VIH-positivo” se refiere a cuando la persona infectada ha dado positivo al VIH.

SIDA es una sigla para *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* y refiere a la etapa más avanzada de la infección por VIH.

- S:** Síndrome, grupo de síntomas o enfermedades como resultado de la infección por VIH
- I:** Inmuno-, porque ataca el sistema inmunológico y aumenta la susceptibilidad a la infección
- D:** Deficiencia de ciertos leucocitos en el sistema inmunitario
- A:** Adquirida, (no heredado) a diferenciar de una condición genética o hereditaria que causa una disfunción inmunológica

Diferencias entre el VIH, la infección por VIH y el SIDA

- El VIH es el virus que causa infección.
- La persona que está infectada por VIH puede no tener ningún signo de la enfermedad pero todavía puede infectar a otros.
- La mayoría de las personas que son infectadas por VIH contraerán el SIDA después de un período, el cual puede variar entre unos meses y más de 15 años.
- El SIDA es un grupo de enfermedades graves e infecciones oportunistas que se presentan después de estar infectado por el VIH durante un período largo.
- Un diagnóstico del SIDA se basa en criterios clínicos y resultados de la prueba de laboratorio específicos.

(Vea el Apéndice 1-A para información acerca de los Sistemas de Clasificación de la Infección y Enfermedad del VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Apéndice 1-B para los Sistemas de Vigilancia de Casos del SIDA de los Centros para el Control y la Prevención de la Enfermedad (CDC) de los Estados Unidos).

Tipos de VIH

El VIH-1 y el VIH-2 son los tipos de VIH. Ambos tipos se transmiten de la misma manera, y ambos se asocian con infecciones oportunistas similares y con el SIDA. El VIH-1 es más común en todo el mundo. El VIH-2 se encuentra predominantemente en África Occidental, Angola y Mozambique.

Diferencias entre el VIH-1 y VIH-2

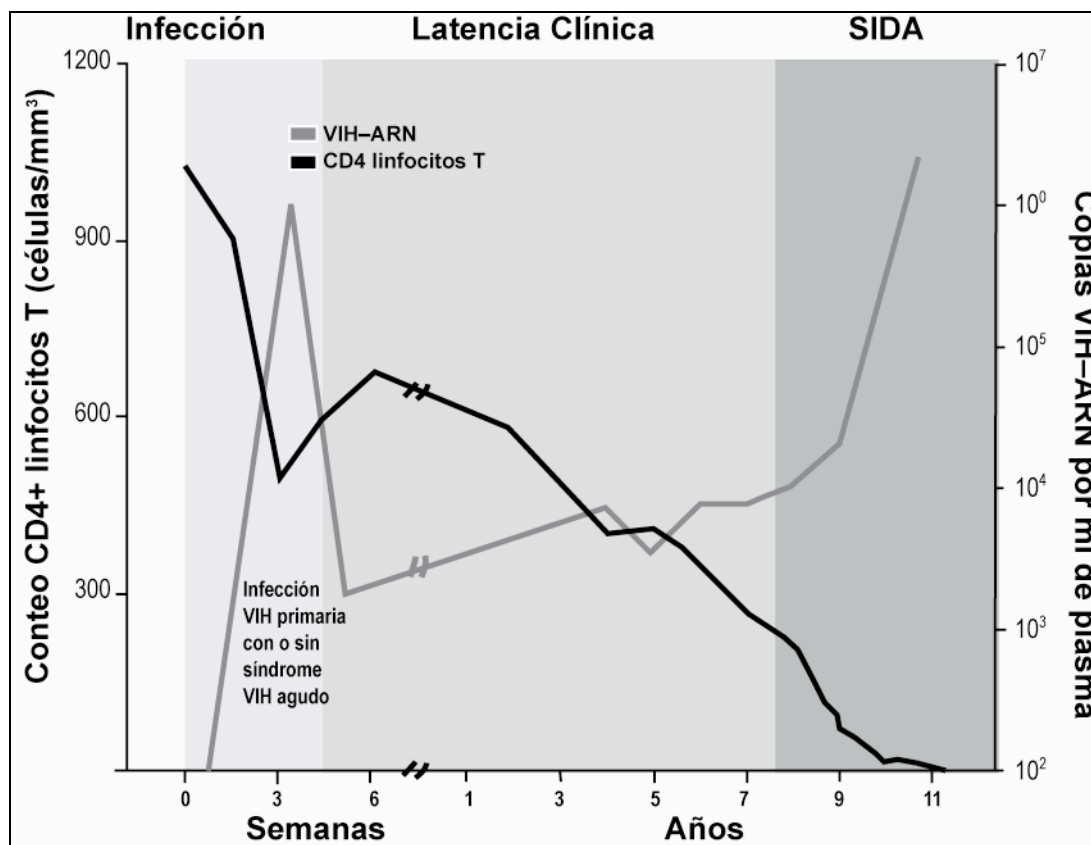
La transmisión del VIH-2 es más difícil que la del VIH-1 y es menos patógeno, lo que significa que el período entre la infección inicial y la enfermedad es más largo. En algunas áreas, una persona puede estar infectada tanto por el VIH-1 como por el VIH-2. Mientras el VIH-2 puede transmitirse de una madre infectada a su hijo, esto parece ser raro (0% a 5% es la tasa de transmisión en lactantes amamantados, con ausencia de cualquier intervención).

Una discusión sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) de las mujeres que están infectadas por el VIH-2 a sus lactantes está incluido en el *Módulo 2, Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños*, Apéndice 2-A. Las mujeres que están infectadas tanto por el VIH-1 como por el VIH-2 deben seguir todas las recomendaciones de PTMI para las mujeres infectadas por VIH-1.

SESIÓN 2 Historia natural y transmisión del VIH

Antecedentes en recuento de CD4 y carga viral

Figura 1.3 Cambios característicos de la carga viral y CD4 del VIH/SIDA en el transcurso del tiempo



El recuento de CD4 y la carga viral son dos medidas de la progresión del VIH. Cuando el VIH se multiplica activamente, infecta y mata los linfocitos T CD4—un tipo específico de leucocito—que son los combatientes de infección clave del sistema inmunológico. Los efectos del VIH se miden mediante la disminución en el número de células de CD4.

El recuento de CD4 es el número de células de CD4 en la sangre y refleja el estado del sistema inmunológico. El recuento normal en un adulto sano es entre 600 y 1.200 células/mm³. Cuando el recuento de CD4 de un adulto cae abajo 200 células/mm³, el riesgo de infección seria y oportunista es alto.

La carga viral es la cantidad de virus del VIH en la sangre. Puede ser medida por la reacción en cadena de la polimerasa del ácido ribonucleico del VIH (RCP de VIH-ARN). La prueba se usa como un marcador de la respuesta al tratamiento antirretroviral (ARV).

La carga viral es muy alta poco después de la infección primaria por VIH. Desciende de modo acelerado cuando el cuerpo desarrolla anticuerpos y asciende nuevamente después de varios años, así como caen los recuentos de CD4. La alta carga viral conduce a un mayor riesgo de transmisión. Con mayor frecuencia, después de varios años, la carga viral alta es también un signo de la enfermedad más severa, así como de progresión a SIDA (Figura 1.3).

Historia natural (o curso) de la infección por VIH

Seroconversión

Las personas infectadas por el VIH generalmente desarrollan anticuerpos 4 a 6 semanas después de estar infectados, pero este proceso también puede tomar hasta 3 meses. El período entre el tiempo en que una persona se infecta por el VIH y la prueba del anticuerpo da positivo se llama "Período ventana".

A diferencia de la mayoría de las enfermedades, tener anticuerpos para el VIH no indica la protección pero indica la infección.

Cuando una persona recientemente infectada desarrolla anticuerpos que pueden medirse usando una prueba de laboratorio, esto indica que la seroconversión está ocurriendo. Algunas personas pueden presentar una enfermedad glandular (fiebre, erupción cutánea, dolores articulares y ganglios linfáticos agrandados) en el momento de la seroconversión.

Las pruebas del VIH pueden detectar anticuerpos o antígenos asociados con el VIH en sangre completa, saliva u orina.

Una persona cuyo resultado del análisis de sangre muestra infección por VIH se dice que es seropositiva o VIH-positiva.

Se dice que una persona cuyos resultados de análisis de sangre no muestran la infección por VIH que es seronegativa o VIH-negativa.

Una persona que da VIH-negativo pero cuyo comportamiento sexual en los últimos 3 meses le ha puesto en riesgo de contraer VIH, debe realizarse la prueba nuevamente en 3 meses.

Infección por VIH asintomática

Una persona que está infectada por VIH pero se ve y se siente sana es asintomática. Ninguno de los signos o los síntomas físicos que indican la infección por VIH están presentes. Tengan o no tengan síntomas, las personas VIH-positivas aún pueden contagiar el virus a otros.

La duración de la fase asintomática varía enormemente de persona a persona. Algunos adultos pueden desarrollar los síntomas del VIH tan rápidamente como unos pocos meses después de la infección primaria; otros pueden tomar hasta 15 años o más para presentar los síntomas.

Para los niños infectados por el VIH a través de transmisión materno-infantil—TMI—, durante el embarazo, trabajo de parto, parto y lactancia materna, la fase asintomática es más corta. Unos pocos lactantes VIH-positivos se enfermarán en las primeras semanas de vida. La mayoría de los niños comienzan a presentar síntomas antes de los 2 años de edad; unos pocos permanecen bien durante varios años.

Infección por VIH sintomática

Una persona que ha desarrollado signos físicos del VIH y notifica síntomas relacionados con el VIH es *sintomática*.

El sistema inmunitario se debilita y el recuento de CD4 disminuye durante esta fase.

La progresión del VIH depende del tipo de virus y de las características específicas del hospedero, incluido el estado general de salud, nutrición y estado inmune.

EI SIDA

Casi todas las personas VIH-positivas terminarán desarrollando enfermedades relacionadas con el VIH y el SIDA, la etapa final de la infección por VIH. Conforme la infección por VIH progresa, el recuento de CD4 sigue disminuyendo y la persona infectada se vuelve susceptible a las infecciones oportunistas.

Una *infección oportunista* es una enfermedad causada por un germen que quizá no cause enfermedad en una persona sana, pero causará enfermedad en una persona que tenga un sistema inmunológico debilitado. Por ejemplo, la coinfección con tuberculosis (TB) es muy común en las personas infectadas por el VIH.

Las personas que viven con infección avanzada por VIH sufren infecciones oportunistas del pulmón, el cerebro, los ojos y otros órganos. Otras infecciones oportunistas comunes en las personas diagnosticadas con el SIDA son neumonía por *Pneumocistis Carinii* (NPC); criptosporidiosis; histoplasmosis; otras infecciones parasitarias, virales y fúngicas; y algunos cánceres como el sarcoma de Kaposi.

El tratamiento y profilaxis con ARV y el tratamiento de las infecciones oportunistas ayudan a preservar las células CD4, a bajar la carga viral y a prolongar el tiempo que le toma al VIH progresar a la fase sintomática y, en último término, al SIDA.

Sistemas de clasificación para el VIH

Los sistemas de clasificación para el VIH pueden:

- Contribuir a la atención de los individuos que están infectados por VIH
- Proporcionar un marco para el seguimiento y manejo
- Ayudar a definir el pronóstico y la guía de consejo a los pacientes
- Utilizarse para ayudar a evaluar nuevos tratamientos

Sistema de Clasificación del VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El sistema de clasificación de la OMS agrupa la progresión del VIH en cuatro etapas clínicamente pertinentes—Etapas I a IV—que corresponden a la historia natural del VIH. (Ver Apéndice 1-A.)

El Sistema de Clasificación para la Infección por VIH en los niños está programado para ser revisado por la OMS en consulta con los expertos pediátricos en 2004. Entretanto, el uso del sistema de clasificación de la OMS puede ayudar a definir los parámetros para iniciar tratamiento en situaciones de recursos limitados.

Sin embargo, quizás sea apropiada la adaptación del sistema de clasificación a nivel de país.

Definición de Casos de Vigilancia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC)

Las Definiciones de Casos de Vigilancia del SIDA de los CDC incluyen categorías clínicas e inmunológicas. (Ver Apéndice 1-B.) Este sistema establece criterios para el SIDA usando una combinación de los síntomas y los niveles de recuento de CD4.

Rutas de transmisión de VIH

El VIH puede transmitirse a través de la sangre, el contacto sexual o el uso de drogas inyectables, y de madre a hijo (también conocido como transmisión perinatal o vertical).

La ruta más común de transmisión de VIH es a través del contacto sexual, especialmente la relación heterosexual.

Transmisión de sangre-a-sangre

- Transfusión con sangre infectada por VIH
- Contacto directo con sangre infectada por VIH

Contacto sexual

- Relaciones sexuales sin protección (vaginal, oral, o anal)
- Contacto directo con fluidos orgánicos infectados por VIH como el semen y las secreciones cervicales y vaginales

Las mujeres en edad fértil están en riesgo particular para la adquisición de VIH. El comportamiento principal que las coloca en riesgo es el sexo sin protección con un compañero infectado.

Uso de drogas

- Inyección de drogas con agujas o jeringas contaminadas con el VIH

Transmisión perinatal (TMI)

- De las madres que son VIH-positivas a sus lactantes durante el embarazo, el trabajo de parto y parto, o la lactancia materna

EL VIH NO PUEDE ser transmitido por:

- Tos o estornudo
- Picadura de un insecto
- Tocando o abrazando
- Besar
- Ir a un baño público/piscina
- Uso de un inodoro público
- Estrechar manos
- Trabajar o ir a la escuela con una persona que está infectada por VIH
- Uso de los teléfonos
- Beber agua potable o preparar alimentos para comer
- Compartiendo tazas, vasos, platos u otros utensilios

Estrategias de salud pública para prevenir la infección por VIH

Transmisión de sangre-a-sangre

- Someta a tamizaje toda la sangre y productos sanguíneos para el VIH.
- Siga las precauciones universales que incluyen:
 - Uso del equipo de protección
 - Uso y desecho seguro de los objetos punzocortantes
 - Esterilización del equipo
 - Disposición segura de los desechos contaminados

Contacto sexual

- Promueva la abstinencia o la fidelidad a una pareja no infectada.
- Proporcione instrucción en el uso consistente y correcto de los métodos de barrera.
 - Preservativos masculinos o femeninos para la relación vaginal
 - Condones no-lubricados para la relación oral en el hombre
 - Dedales plásticos, envoltura plástica o panties de látex para la relación oral en la mujer
 - Condones para el coito anal
- Prevenga, identifique y proporcione tratamiento temprano para las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- De acceso a la prueba y consejería de VIH.

Los condones proporcionan protección contra la transmisión de VIH, así como de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) cuando se usan correcta y sistemáticamente.

Uso de drogas

- Eduque acerca de los riesgos de la infección por uso de drogas con agujas y jeringas contaminadas.
- Proporcione referencia a expertos en el tratamiento de la fármacodependencia.

El uso de drogas en cualquier forma puede aumentar el riesgo de la infección por VIH al limitar el juicio y facilitar la participación en comportamientos peligrosos. Incluso el ocasional de alcohol, marihuana y otras drogas “recreativas” puede aumentar el riesgo de infección por VIH.

Transmisión perinatal de las madres VIH-positivas

- Proporcione los tratamientos ARV cuándo estén indicados y disponibles.
- Proporcione profilaxis de ARV durante el trabajo de parto y el parto.
- Proporciónale profilaxis apropiada de ARV al lactante.
- Ofrezca cesárea electiva cuando sea segura y factible.
- Siga prácticas de parto sin riesgo.
- Proporcione vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo social a las madres y las familias con infección por VIH.
- Proporcione orientación de alimentación de lactantes.

(El Módulo 2, Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños contiene información detallada sobre un enfoque de PTMI integral.)

Módulo 1: Puntos clave

- El VIH es una pandemia mundial.
- El número de personas que viven con el VIH en todo el mundo sigue aumentando.
- La epidemia de VIH es especialmente grave en muchos países de recursos limitados.
- El VIH es un virus que destruye el sistema inmunológico, resultando en infecciones oportunistas.
- La progresión de la infección inicial de VIH al SIDA terminal varía de persona a persona y puede tomar más de 15 años.
- La ruta más común de transmisión de VIH en todo el mundo es la heterosexual.
- Las mujeres en edad fértil están en riesgo particular para contraer el VIH. El comportamiento principal que las coloca en riesgo es el sexo sin protección con un compañero infectado.
- Las mujeres embarazadas que están infectadas por VIH están en riesgo de pasarle la infección a su recién nacido.
- El riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo puede reducirse enormemente a través de los programas eficaces de PTMI.

Ejercicio 1.2 Juego interactivo de Conocimiento del VIH 1, 2, 3

| | |
|----------------------|---|
| Propósito | Para proporcionar una interesante y desafiante manera de revisar la información básica de VIH/SIDA y presentar información avanzada de VIH/SIDA |
| Duración | 60 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examine las preguntas relacionadas con el VIH/SIDA en el Ejercicio 1.2 (ubicado después de los apéndices). ▪ Seleccione un miembro de su equipo para registrar las respuestas del grupo en la hoja de preguntas proporcionada. ▪ A usted se le pedirá que elija una pregunta de las categorías de arriba y la responda en 10 segundos. Si la respuesta es correcta, su equipo se acreditará por una respuesta adecuada. Si la respuesta no es correcta, la pregunta se transmitirá al próximo equipo. ▪ Usted no puede elegir una pregunta que ya se haya respondido. ▪ Gana el primer equipo que responda correctamente a 6 preguntas de las 6 categorías diferentes. ▪ El equipo ganador recibirá un premio. |

APÉNDICE 1-A Sistema de Clasificación de la OMS para la Infección por VIH y Enfermedades en Adultos y Adolescentes

Sistema de clasificación de la OMS para la Infección y enfermedad de VIH en adultos

| | |
|--|---|
| Estadio clínico I | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asintomático ▪ Linfadenopatía generalizada <p>Y/o Escala de desempeño 1: asintomática, actividad normal</p> | |
| Estadio clínico II | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de peso de menos del 10% de masa corporal ▪ Manifestaciones mucocutáneas menores (dermatitis seborreica, prurigo, infecciones fúngicas de la uña, ulceraciones orales recurrentes, queilitis angular) ▪ Herpes Zoster en los últimos 5 años ▪ Infecciones de vías superiores respiratorias recurrentes (por ej., sinusitis bacteriana) <p>Y/o Escala de desempeño 2 sintomática, actividad normal</p> | |
| Estadio clínico III | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de peso de más del 10% de masa corporal ▪ Diarrea crónica no explicada por más de 1 mes ▪ Fiebre prolongada no explicada (intermitente o constante) por más de 1 mes ▪ Candidiasis oral (aftas) ▪ Leucoplaquia pilosa oral ó leucoplaquia vellosa ▪ Tuberculosis pulmonar ▪ Infecciones bacterianas graves (por ej., neumonía, piomiositis) <p>Y/o Escala de desempeño 3: postrado en cama menor del 50% del día, durante el último mes</p> | |
| Estadio clínico IV | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome de desgaste asociado a VIH^a ▪ Neumonía por pneumocistis carinii ▪ Toxoplasmosis del cerebro ▪ Criptosporidiosis con diarrea por más de 1 mes ▪ Criptococosis, extrapulmonar ▪ Enfermedad por citomegalovirus (CMV) de un órgano que no sea el hígado, el bazo o ganglio linfático (por ejemplo, retinitis) ▪ Infección viral de herpes simple (HSV), mucocutánea (duradero por más de 1 mes) o visceral ▪ Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) ▪ Cualquier micosis endémica diseminada | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Candidiasis del esófago, tráquea, bronquios ▪ Micobacteriosis atípica, difundida o pulmonar ▪ Septicemia por Salmonella no Tifoidea ▪ Tuberculosis extrapulmonar ▪ Linfoma ▪ Sarcoma de Kaposi (SK) ▪ Encefalopatía del VIH^b |
| Y/o Escala de desempeño 4: postrado en cama más del 50% del día durante el último mes | |

^a Síndrome de desgaste asociado a VIH: pérdida de peso de más del 10% de la masa corporal, más la diarrea crónica no explicada (por más de 1 mes) ó la debilidad crónica y la fiebre prolongada no explicada (por más de 1 mes).

^b Encefalopatía del VIH: resultados clínicos de la discapacidad cognitiva y/o disfunción motora interfiriendo con actividades cotidianas que progresa durante semanas a meses, en ausencia de una enfermedad concurrente o condición, diferente de la infección por VIH, que podría explicar los resultados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. *El incremento de la terapia antirretroviral en situaciones de recursos limitados: Normas de tratamiento para un enfoque de salud pública, Revisión 2003*. Apéndice D: Sistema de Clasificación de la OMS para la Infección por VIH y Enfermedades en Adultos y Adolescentes, p. 42

APÉNDICE 1-A Sistema de Clasificación de la OMS para la Infección y Enfermedades de VIH en Adultos y Adolescentes *(continuación)*

Sistema de clasificación de la OMS para la infección y enfermedad del VIH en niños

| |
|--|
| Estadio clínico I |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Asintomático▪ Linfadenopatía generalizada |
| Estadio clínico II |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Diarrea crónica por más de 30 días de duración en ausencia de etiología conocida.▪ Candidiasis severa, persistente o recurrente fuera del período neonatal.▪ Pérdida de peso o desmejoramiento en ausencia de etiología^a conocida.▪ Fiebre persistente duradera por más 30 días en ausencia de etiología conocida.▪ Infecciones bacterianas severas recurrentes diferentes de la septicemia o meningitis (por ejemplo, osteomielitis, neumonía bacteriana (no tuberculosa), abscesos) |
| Estadio clínico III |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Infecciones oportunistas definitorias de SIDA▪ Desmejoramiento severo (desgaste) en ausencia de etiología conocida▪ Encefalopatía progresiva▪ Malignidad▪ Septicemia recurrente o meningitis |

^a Pérdida de peso persistente >10% si la línea de base es menor del 5º percentil en el peso para el gráfico de talla en 2 mediciones consecutivas más de un mes aparte a falta de otra etiología o enfermedad concurrente.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. *El incremento de la terapia antirretroviral en situaciones de recursos limitados: Normas de tratamiento para un enfoque de salud pública, Revisión 2003*, Apéndice E: Sistema de clasificación de la OMS para la Infección por VIH y Enfermedades en los Niños, p. 44

APÉNDICE 1-B Definiciones de Casos de Vigilancia del SIDA para Adolescentes, Adultos y Niños: CDC

I. Definiciones de Casos de Vigilancia del SIDA para Adolescentes y Adultos - CDC

| Categorías clínicas | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| Categorías de Células de CD4 | A | B | C * |
| mm ³ (%) | Asintomática, Infección por VIH, LPG o aguda | **Sintomático (no A o C) | Condición de Indicador del SIDA (1987) |
| 1 >500/mm ³ (≥29%) | A1 | B1 | C1 |
| 2 200–499/mm ³ (14–28%) | A2 | B2 | C2 |
| 3 <200/mm ³ (<14%) | A3 | B3 | C3 |

* Todo los pacientes en categorías A3, B3 y C1-3 están definidos como poseedores de SIDA, basados en la presencia de un indicador de la condición de SIDA (vea la siguiente tabla) y/o un recuento de células de CD4 menor a 200/mm³.

** Las condiciones sintomáticas no incluidas en la Categoría C que: a) son atribuidas a la infección por VIH o indicativas de un defecto en la inmunidad mediada por células o tienen un curso o manejo clínico que se ha complicado por la infección por VIH. Ejemplos de las condiciones B incluyen, pero no se limitan a: angiomas bacilar; aftas; candidiasis vulvovaginal que es persistente, frecuente o apenas responde a la terapia; displasia cervical (moderada o severa); carcinoma cervical in situ; síntomas constitucionales como fiebre (38.5°C) o diarrea que dura más de 1 mes; la leucoplaquia vellosa; herpes zoster que incluye dos episodios o más de 1 dermatoma; púrpura trombocitopénica idiopática (PTI); listeriosis; enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (especialmente si se complica por un absceso tubo-ovario); y neuropatía periférica.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, CDC. 1992. 1993 Sistema revisado de clasificación para la infección por VIH y la definición de casos de Vigilancia de SIDA entre los adolescentes y los adultos. *MMWR* 41(RR-17)<http://www.cdc.gov/mmwr/avance/mmwrhtml/00018179.htm>

II. Definición de Vigilancia de Casos del SIDA para Lactantes y Niños - CDC

Categorías inmunológicas de los CDC basadas en recuentos de CD4 específicos a la edad y el porcentaje de linfocitos totales

| Categoría inmunológica | <12 meses | 1–5 años | 6–12 años |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|
| | mm ³ (%) | mm ³ (%) | mm ³ (%) |
| Categoría 1: Ninguna evidencia de supresión | ≥1.500 (> 25) | ≥1.000 (> 25) | ≥500 (> 25) |
| Categoría 2: Evidencia de supresión moderada | 750–1,499 (15–24) | 500–999 (15–24) | 200–499 (15–24) |
| Categoría 3: Supresión severa | < 750 (<15) | < 500 (<15) | < 200 (<15) |

APÉNDICE 1-B Definiciones de Casos de Vigilancia del SIDA para Adolescentes, Adultos y Niños: CDC

(continuación)

Categorías clínicas para niños con infección VIH - CDC

CATEGORÍA N: NO SINTOMÁTICO

Niños que no tienen ningún signo o síntomas considerados como el resultado de la infección por VIH, o que tengan sólo una de las condiciones enumeradas en la Categoría A.

CATEGORÍA A: SINTOMÁTICO MODERADO

Niños con dos o más de las condiciones enumeradas abajo pero sin ninguna de las condiciones enumeradas en las Categorías B y C.

- Linfadenopatía ($\geq 0,5$ con más de dos sitios; bilateral = un sitio)
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infección de las vías respiratorias superiores recurrentes o persistentes, sinusitis u otitis media

CATEGORÍA B: SINTOMÁTICO MODERADO

Los niños que tienen condiciones sintomáticas diferentes de aquellos enumerados en la Categoría A o C que se atribuyen a la infección por VIH. Los ejemplos de las condiciones en la Categoría clínica B incluyen, pero no se limitan a:

- Anemia (< 8 gr/dL), neutropenia ($< 1,000/mm^3$), trombocitopenia ($< 100,000/mm^3$) persistiendo por ≥ 30 días
- Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (único episodio)
- Candidiasis, orofaríngea (aftas), constante (> 2 meses) en niños > 6 meses de edad
- Miocardiopatía
- Infección por citomegalovirus, con aparición antes de 1 mes de edad
- Diarrea recurrente o crónica
- Hepatitis
- Estomatitis vírica de herpes simple (VHS), recurrente (más de dos episodios en 1 año)
- Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS con aparición antes de 1 mes de edad
- Herpes zoster (culebrilla) que incluye al menos dos episodios o más de un dermatoma
- Leiomiomasarcoma
- Neumonía intersticial linfoide (NIL) o hiperplasia linfoide pulmonar
- Nefropatía
- Nocardiosis
- Fiebre persistente (duración > 1 mes)
- Toxoplasmosis, con aparición antes de 1 mes de edad
- Varicela diseminada (varicela complicada)

APÉNDICE 1-B Definiciones de Casos de Vigilancia del SIDA para Adolescentes, Adultos y Niños: CDC

(continuación)

CATEGORÍA C: SINTOMÁTICO SEVERO

- Las infecciones bacterianas severas, múltiples o recurrentes (por ej., cualquier infección de por lo menos dos cultivos confirmatorios mediante un período de 2 años), de los siguientes tipos: septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular, o absceso de un órgano interno o cavidad corporal (excluyendo otitis media, abscesos de la mucosa o piel superficial, e infecciones relacionadas a catéter)
- Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea, pulmones)
- Coccidioidomicosis diseminada (en sitios diferentes a, ó además de, en pulmones, ganglios cervicales o hiliares)
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea persistente >1 mes
- Enfermedades por citomegalovirus con aparición de síntomas a la edad >1 mes (en sitios diferentes de hígado, bazo, o ganglios linfáticos)
- Encefalopatía (al menos uno de los siguientes hallazgos en por lo menos 2 meses, en ausencia de enfermedad concurrente que no sea infección por VIH que podría explicar los hallazgos): a) no lograr o perder acontecimientos importantes del desarrollo o pérdida de la habilidad intelectual, comprobada por escalas de estándar de desarrollo o pruebas neuropsicológicas; b) deterioro del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por las mediciones de circunferencias cefálica o atrofia cerebral demostrada por la tomografía computarizada o resonancia magnética (formación de imágenes en serie se requiere para niños <2 los años de edad); c) déficit motor simétrico adquirido, manifestado por dos o más de los siguientes: paresia, reflejos patológicos, ataxia o trastorno en la marcha
- Infección por virus de herpes simple causando una úlcera mucocutánea que persiste por >1 mes; o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración que afecta a un niño >1 meses de edad
- Histoplasmosis, diseminada (en un sitio diferente de o además de pulmones o ganglios linfáticos hiliares y cervicales)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma, primario, en el cerebro
- Linfoma, pequeño, no hendido de células (de Burkett), o inmunoblásticas, o célula linfoma grande de célula B, o fenotipo inmunológico desconocido
- *Mycobacterium tuberculosis*, diseminado o extrapulmonar
- *Mycobacterium*, otra especie o especie no identificada, diseminado (en un sitio diferentes a o además de pulmones, piel, o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- *Mycobacterium avium complex*, *Mycobacterium kansasii*, diseminado (en sitios diferentes a o además de pulmones, piel, o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Septicemia por *Salmonella* (no tifoidea) recurrente
- Toxoplasmosis del cerebro con aparición de >1 mes de edad
- El síndrome de desgaste en ausencia de una enfermedad concurrente diferente de la infección por VIH que podría explicar los siguientes hallazgos: a) Pérdida de peso persistente >10% de la línea de base Ó b) Cruce descendente de por lo menos dos de las siguientes líneas percentil en la gráfico de peso-para-edad (por ejemplo, 95^o, 75^o, 50^o, 25^o, 5^o) en un niño ≥ 1 año de edad Ó c) Por debajo del <5to percentil en la gráfico de peso-para-talla en dos mediciones consecutivas con > 30 días de diferencia, MÁS a) Diarrea crónica (es decir, por lo menos dos heces sueltas por día por >30 días) Ó b) Fiebre documentada (por >30 días, intermitente o constante)

Adaptado de: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU., CDC. 1994. *Sistema revisado de clasificación para la infección de virus de la inmunodeficiencia humana en los niños menores de 13 años de edad*. MMWR (RR-22).

MÓDULO 1 Ejercicio para participantes

Ejercicio 1.2 Juego interactivo de Conocimiento del VIH 1, 2, 3

Categoría 1: Transmisión del VIH/SIDA

| Pregunta | Respuesta |
|---|-----------|
| Enumere al menos tres maneras de transmisión del VIH. | |
| Nombre los dos tipos del VIH. | |
| ¿Qué fluidos orgánicos contienen concentraciones altas del VIH? | |
| ¿Cuál es la ruta principal de transmisión mundial de VIH? | |
| ¿Qué parte específica del cuerpo humano es atacada por el VIH y cuál es el resultado? | |

Categoría 2: Prevención

| Pregunta | Respuesta |
|---|-----------|
| ¿Cuáles son los ABCs de la prevención (a nivel individual)? | |
| Las precauciones universales son un conjunto de prácticas diseñadas para proteger de la infección a los trabajadores de salud y a los pacientes. Nombre al menos cuatro intervenciones que sean precauciones universales. | |

Categoría 3: Alimentación del lactante

| Pregunta | Respuesta |
|--|-----------|
| Lactancia materna exclusiva es definida por la OMS como dar a un lactante sólo la leche materna (incluida leche materna extraída), con la excepción de _____ (Complete el espacio en blanco). | |
| Anote dos razones por la cual es preferible la alimentación con taza a la alimentación con biberón cuando la madre elige los alimentos de reemplazo (en lugar de lactancia materna). | |

| Pregunta | Respuesta |
|--|-----------|
| ¿A qué edad recomienda la OMS comenzar a darle al niño alimentos complementarios (alimentos además de leche)? | |
| Nombre dos razones por las cuales una mujer VIH-positiva puede elegir amamantar en lugar de sustituir la leche materna para su lactante. | |

Categoría 4: Prueba

| Pregunta | Respuesta |
|--|-----------|
| ¿Qué se mide específicamente en la prueba de tamizaje del VIH? | |
| ¿Con respecto a las pruebas del VIH, qué significa el "período ventana"? | |
| Nombre dos ventajas de la reacción de tamizaje rápida del VIH (en comparación con la prueba tradicional de ELISA). | |

Categoría 5: Transmisión maternoinfantil

| Pregunta | Respuesta |
|--|-----------|
| Si 100 mujeres que están infectadas por VIH dieran a luz 100 lactantes, ¿cuántos de los lactantes contraerían de manera característica la infección durante el embarazo? | |
| Si 100 mujeres que están infectadas por VIH dieran a luz 100 lactantes, ¿cuántos de los lactantes contraerían de manera característica la infección durante el parto? | |
| Nombre dos factores maternos que pueden aumentar el riesgo de transmisión de VIH durante el embarazo. | |
| Nombre dos factores que pueden aumentar el riesgo de transmisión de VIH durante la lactancia materna. | |

Categoría 6: Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo

| Pregunta | Respuesta |
|---|-----------|
| Nombre al menos dos actividades que deben estar incluidas en la visita postnatal de 6 semanas para la mujer VIH-positiva. | |
| Nombre una prueba que le dirá si un lactante está infectado por el VIH. | |
| Nombre un síntoma asociado con infección por VIH en el lactante o el niño. | |

Categoría 7: Prevención en los entornos de atención de salud

| Pregunta | Respuesta |
|---|-----------|
| Nombre un desinfectante que es capaz de desactivar el VIH. | |
| ¿Si un trabajador de salud se lesionara accidentalmente con una aguja que anteriormente había usado un paciente con VIH (y no limpiado), cuál sería el riesgo de que se infectara por VIH? A. 1% B. 5% C. 3% D. 20% | |
| ¿Qué dos cosas puede hacer usted al asistir a una paciente en obstetricia para reducir el riesgo de la exposición ocupacional al VIH? | |

Categoría 8: Comodín

| Pregunta | Respuesta |
|--|-----------|
| El SIDA es la _____ (elegir número) causa de muerte en África A. Primera B. Segunda C. Tercera D. Cuarta | |
| ¿En qué región del mundo está creciendo más rápidamente la pandemia del VIH/SIDA? | |
| En África Subsahariana, ¿qué porcentaje representan las mujeres de todas las personas viviendo con | |

| Pregunta | Respuesta |
|--|------------------|
| infección por VIH/SIDA? Elija uno: A. 78% B. 72% C. 58% D. 48% | |
| ¿Cuál es la diferencia entre el estigma y la discriminación? | |
| ¿Cuál es la diferencia entre el monitoreo y la evaluación? | |



Módulo 2 Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños

| | |
|-----------------|--|
| SESIÓN 1 | Enfoque integral para la reducción del VIH en los lactantes y los niños pequeños |
| SESIÓN 2 | Transmisión maternoinfantil del VIH |
| SESIÓN 3 | Enfoque integral para la prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños |
| SESIÓN 4 | Función de los servicios de salud maternoinfantil en la prevención del VIH en los lactantes y niños pequeños |

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Describir el enfoque integral para la prevención del VIH en los lactantes y niños pequeños.
- Hablar sobre la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH.
- Describir los cuatro elementos de un enfoque integral para la prevención del VIH en los lactantes y niños pequeños.
- Describir la función de los servicios de salud maternoinfantil (SMI) en la prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños.

Políticas Relevantes para Incluir en el Currículo Nacional

Sesión 3

- Elemento 3: Prevención de transmisión del VIH de las mujeres seropositivas a sus lactantes
 - Resumen local/nacional/regional de la epidemiología de TMI
 - Breve introducción de la política local/nacional de PTMI y programa de metas incluidas en PTMI
- Elemento 4: Provisión del tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, sus lactantes y sus familias
 - Metas PTMI-Plus locales/nacionales
- Apéndices: copias de los folletos de pacientes en las estrategias de reducción de riesgos personales (si están disponibles)



La Guía de Bolsillo contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 Enfoque integral para reducir la infección del VIH en los lactantes y niños pequeños

| Ejercicio 2.1 Discusión Interactiva: epidemiología local | |
|--|---|
| Finalidad | Conocer las estadísticas relacionadas con VIH y PTMI para su región y compartir la comprensión del significado de estos datos. |
| Duración | 10 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">Examine las estadísticas relacionadas con el VIH y contribuya con su perspectiva de trabajador de salud al grupo de discusión sobre los factores que están desatando la epidemia del VIH. |

La reducción del VIH en los lactantes y niños pequeños requiere un enfoque integral que incluya los cuatro elementos enumerados a continuación:

- Elemento 1: Prevención primaria del VIH
- Elemento 2: Prevención de los embarazos no intencionados entre las mujeres infectadas por el VIH
- Elemento 3: Prevención de la transmisión de VIH de las mujeres seropositivas a sus lactantes
- Elemento 4: Provisión de tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, sus lactantes y sus familias

Definición

PTMI (prevención de la transmisión materno-infantil) es un término comúnmente usado para los programas e intervenciones diseñados para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH.

El acceso a los SMI integrales (es decir, prenatal, postnatal y servicios de salud infantil) es central a los esfuerzos para reducir la infección del VIH en los lactantes y los niños pequeños.

Las siguientes sesiones aportan más detalles sobre los elementos específicos del enfoque integral.

SESIÓN 2 Transmisión maternoinfantil del VIH

| Ejercicio 2.2 Discusión interactiva: terminología local | |
|---|---|
| Finalidad | Para compartir el conocimiento acerca de los términos locales usados en la prevención, cuidado y programas de tratamiento del VIH/SIDA. |
| Duración | 10 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ A una persona en el grupo se le pedirá que discuta los riesgos de transmisión del VIH de una madre a su bebé durante el embarazo, trabajo de parto, parto y lactancia, tal como explicaría estos conceptos a un paciente.▪ Discuta las palabras/conceptos usados localmente que son útiles y claros cuando se trabaja con mujeres embarazadas. Algunos conceptos donde el consenso quizás sea importante son: el período ventana, el condón, el VIH, el virus, los ARV, lactancia artificial, el estigma y la revelación.▪ Comparta también con el grupo su conocimiento de los términos locales usados para describir la enfermedad del VIH o personas con VIH |

El término más técnico para TMI es la transmisión vertical o la transmisión perinatal. La mayoría de los niños infectados por el VIH contraen el virus a través de la TMI.

El uso del término “TMI” no adjunta ninguna culpa o estigma a la mujer quien da a luz un niño infectado por el VIH. No indica la transmisión deliberada por la madre, que está a menudo sin conocimiento de su propio estado de infección y poco familiarizada con el riesgo de transmisión a los lactantes. El uso del término no debe ofuscar el hecho de que el VIH a menudo se introduce en una familia a través del compañero sexual de la mujer.



Referirse a la Guía de Bolsillo

TMI puede ocurrir durante:

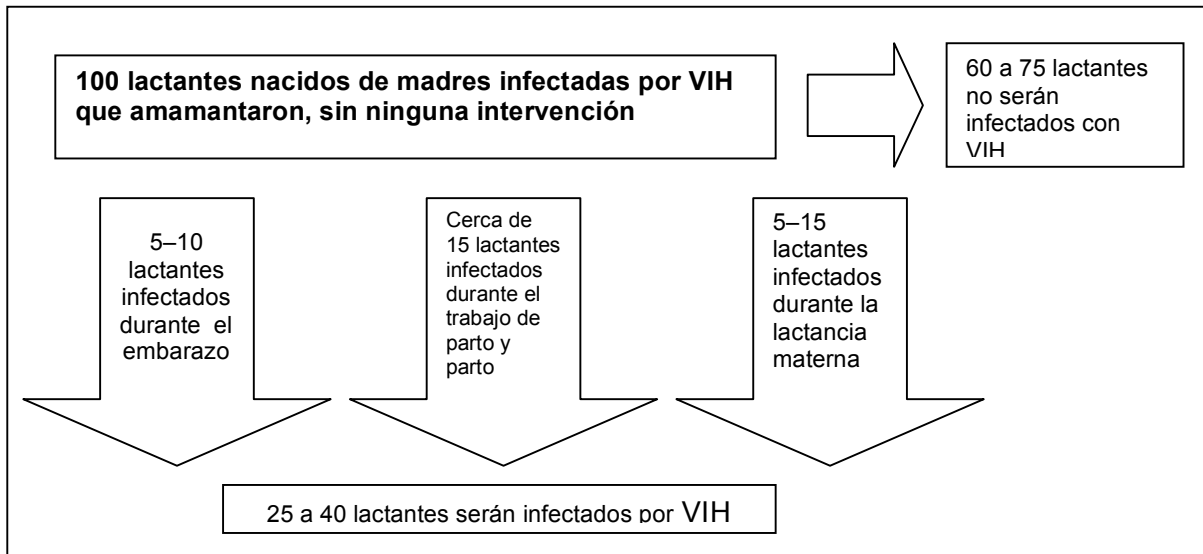
- El embarazo
- El trabajo de parto y parto
- La lactancia materna

Riesgo de transmisión sin intervenciones

La mayoría de las transmisiones ocurren durante el trabajo de parto y parto, pero dependiendo de las prácticas de lactancia materna y su duración, existe también el riesgo sustancial de transmisión de VIH durante la lactancia materna.

La Figura 2.1 indica que sin intervención (profilaxis de ARV o tratamiento), hasta el 40% de lactantes que se amamantan nacidos de las madres infectadas por el VIH pueden infectarse con el VIH.

Figura 2.1 Resultados del VIH de Lactantes Nacidos de Mujeres infectadas por VIH



Nota: La Figura 2.1 da una visión global de los resultados posibles y habrá variabilidad entre diferentes poblaciones.

Factores de riesgo para la transmisión

Se sabe mucho acerca de factores específicos que pueden poner a una mujer en mayor peligro de transmitir el VIH a su lactante:

- Los factores virales, maternos, obstétricos, fetales y los factores infantiles influyen en el riesgo de TMI.
- *El factor de mayor riesgo de TMI es la cantidad de virus del VIH en la sangre de la madre, conocida como la carga viral. El riesgo de transmisión al lactante es mayor cuando la carga viral es alta—que es a menudo el caso de infección reciente por VIH ó infección por el SIDA avanzado.*

Algunos de los factores de riesgo de transmisión son los mismos y algunos son diferentes durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto y la lactancia materna. Estas semejanzas y diferencias se resumen en el cuadro 2.1

Cuadro 2.1 Factores maternos que pueden aumentar el riesgo de transmisión de VIH

| Embarazo | Trabajo de parto y parto | Lactancia materna |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga viral materna alta (infección nueva o SIDA avanzado) ▪ Infección viral, bacteriana o parasitaria de la placenta (por ejemplo, malaria) ▪ Infecciones de transmisión sexual (ITS) ▪ Desnutrición materna (causa indirecta) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga viral materna alta (infección nueva o SIDA avanzado) ▪ Rotura de las membranas más de 4 horas antes del inicio del trabajo de parto ▪ Procedimientos de parto invasores que incrementan el contacto de sangre o fluidos orgánicos infectados de la madre (por ejemplo, episiotomía, monitoreo de cueros cabelludo fetales) ▪ Primer lactante en el parto múltiple ▪ Corioamnionitis (de ITS sin tratar u otras infecciones) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga viral materna alta (infección nueva o SIDA avanzado) ▪ Duración de la lactancia materna ▪ Alimentación mixta temprana (por ejemplo, alimentos o líquidos además de leche materna) ▪ Abscesos mamarios, fisuras del pezón, mastitis ▪ Estado de nutrición materno deficiente ▪ Enfermedades bucodentales en el bebé (por ejemplo, candidiasis bucal o aftas) |

VIH y embarazo

El embarazo en sí no parece tener un efecto sobre la progresión de la infección por el VIH/SIDA. Las mujeres con infección por el VIH/SIDA, sin embargo, tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con el embarazo, como el parto prematuro.

SESIÓN 3 Enfoque integral a la prevención del VIH en los lactantes y niños menores

Aunque los programas de PTMI a menudo se centran en la profilaxis de ARV, un enfoque integral de la prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños consta de cuatro elementos:

Elemento 1 Prevención primaria de la infección por VIH

La reducción del número de madres infectadas por el VIH es la manera más eficaz de reducir la TMI. La infección por VIH no se transmitirá a los niños si los futuros padres no están infectados por el VIH. Las estrategias de prevención primaria incluyen los siguientes componentes:

Conducta sexual más responsable, segura y de menor riesgo

La conducta sexual más segura y responsable incluye, según sea apropiado, retrasar el inicio de la actividad sexual, practicar la abstinencia, reducir el número de compañeros sexuales y usar condones.

Este enfoque es conocido como el enfoque “ABC”, por sus siglas en inglés.

A = Abstinencia—Contención de tener relaciones sexuales.

B = Sea fiel—Ser fiel a una pareja no infectado por VIH.

C = Condones—usar preservativos correcta y sistemáticamente.

Los informes recientes sobre el aumento de nuevas infecciones por VIH transmitidas de los esposos a las esposas indican una necesidad continua de educar a las personas acerca de las prácticas sexuales de menor riesgo y otros cambios de comportamiento. Por ejemplo, ser fiel a una pareja no infectada por el VIH es un comportamiento de reducción de riesgo de parejas que ha resultado significativo para desacelerar la propagación de la infección por VIH.

Los esfuerzos de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) orientan a cambiar los comportamientos que tienen los individuos en riesgo de contraer el VIH o de propagar la infección. La CCC reconoce que el cambio de comportamiento no es simplemente un aumento de conocimiento. Muchos factores—incluyendo la familia, la iglesia, y la comunidad—influyen en el cambio. La CCC intenta crear ambientes favorables en el hogar, la comunidad y los establecimientos de salud para que los individuos puedan modificar su comportamiento y reducir el riesgo.

Los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres al VIH incluyen la pobreza, la falta de información, el abuso, la violencia y la coerción por los hombres que tienen varias parejas.

Especialmente entre las mujeres jóvenes, la ejecución con éxito de los “ABC” esbozados anteriormente puede requerir apoyo de los programas organizados. Los trabajadores de salud pueden ayudar a las mujeres a abordar estos retos mediante la educación y las vinculaciones con la comunidad.

Proporcione acceso a los condones.

Los condones pueden ayudar a prevenir la transmisión del VIH cuando se usan correcta y sistemáticamente, especialmente en situaciones de alto riesgo. Los programas que promueven el uso de condones para la prevención del VIH también deben centrarse en el uso de condones para PTMI.

Proporcionar diagnóstico y tratamiento temprano de ITS.

El diagnóstico y tratamiento temprano de ITS pueden reducir la incidencia del VIH en la población en general en cerca del 40%. Los servicios de tratamiento de ITS brindan una oportunidad de proporcionar información sobre la infección por VIH, TMI y referencia para realizarse la prueba y obtener consejería.

Proporcione las pruebas y la consejería del VIH ampliamente.

Ofrezca las pruebas de VIH y los servicios de consejería a todas las mujeres en edad fértil, ya que las intervenciones de PTMI dependen de que la mujer conozca su estado de VIH.

Proporcione consejo apropiado a las mujeres que son VIH-negativas.

La consejería brinda una oportunidad para que una mujer que es VIH-negativa aprenda cómo protegerse a sí misma y a su lactante de la infección por VIH. También puede servir de motivación potencial para adoptar las prácticas sexuales de menor riesgo, animar a su pareja a realizarse la prueba y hablar de planificación familiar.

| Ejercicio 2.3 Juego interactivo de grupo: Apretón de manos de ITS | |
|--|--|
| Finalidad | Para explorar el concepto de transmisión del VIH e ITS cuando los individuos son sexualmente activos con parejas múltiples, ya sea con o sin el uso de condones |
| Duración | 30 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Tome un trozo de papel de la cesta sin mirarlo.▪ Acérquese a otras tres personas en el grupo y dense un apretón de manos. Es importante recordar a quién estrechó la mano.▪ Después de haber dado el apretón de manos a 3 personas, regrese a su asiento y abra el trozo de papel.▪ El facilitador le dará instrucciones específicas acerca de si debe ponerse de pie o permanecer sentado, basándose en lo que esté escrito en el papel y las personas con quienes estrechó las manos.▪ Repita este proceso nuevamente según instrucción del facilitador. |

Elemento 2 Prevención de los embarazos no intencionados entre las mujeres VIH-positivas

Con apoyo apropiado, las mujeres que saben que están infectadas por VIH pueden evitar embarazos no intencionados y, por consiguiente, reducir el número de lactantes en riesgo de TMI.

La propagación rápida del VIH ha dado más importancia al acceso a la anticoncepción y los servicios de planificación familiar a nivel mundial. La mayoría de las mujeres en situaciones de recursos limitados desconocen su estado en relación al VIH. El acceso a planificación familiar, consejería y derivación por parte de las mujeres confirmadas o sospechadas de estar infectadas por VIH y sus parejas es crucial para la prevención de los embarazos no intencionados. Tal consejería también brinda una oportunidad de tratar los riesgos relacionados, tanto presentes como futuros, y es un componente vital para reducir la morbilidad y la mortalidad maternoinfantil.

- *La planificación familiar eficaz puede ayudar a prevenir los embarazos no intencionados y ayudar a las mujeres que están infectadas por VIH a proteger su propia salud mientras atienden a sus familias.*

La provisión segura y eficaz de anticonceptivos y la consejería de salud reproductiva de alta calidad contribuyen a la toma de decisión fundamentada sobre las opciones del embarazo.

Elemento 3 Prevención de transmisión de VIH del las mujeres infectadas por VIH a sus lactantes

PTMI se refiere generalmente a programas específicos para identificar a las mujeres embarazadas infectadas por el VIH y para proporcionarles las intervenciones eficaces para reducir la TMI.

El Elemento 3 en este módulo proporciona un resumen de PTMI. El módulo 3 trata sobre las intervenciones de PTMI detalladamente.

Las intervenciones específicas para reducir la transmisión del VIH de una mujer infectada a su hijo incluyen pruebas y consejería sobre VIH, profilaxis antirretroviral y tratamiento, prácticas de parto sin riesgo y prácticas de alimentación de lactantes de menor riesgo. Cuando un medicamento de ARV se administra a la madre y al lactante para prevenir la TMI, se denomina *Profilaxis de ARV*.

Nota: Este programa de estudios se concentra en las mujeres infectadas por el VIH-1; El Apéndice 2-A proporciona información acerca de los servicios de PTMI para las mujeres infectadas por el VIH-2.



Referirse a la *Guía de Bolsillo*

Intervenciones troncales de PTMI

- Pruebas y consejería del VIH
- Tratamiento antirretroviral y profilaxis
- Prácticas de parto sin riesgo
- Prácticas seguras de alimentación de lactantes

Cómo funcionan estas intervenciones

- Identifican a las mujeres infectadas por el VIH.
- Reducen la carga viral materna.
- Reducen la exposición infantil al virus durante el trabajo de parto y parto.
- Reducen la exposición infantil al virus mediante las opciones más seguras de alimentación.

Maneras de reducir el riesgo de TMI

- Pruebas y consejería de VIH
- Antirretrovirales
- Cesárea electiva, cuando sea segura y factible
- Prácticas de parto sin riesgo
- Consejería sobre alimentación a lactantes para prácticas de menor riesgos en alimentación
- Terminación temprana del embarazo, donde sea seguro y legal

En los países industrializados donde las mujeres infectadas con el VIH reciben tratamiento ARV de triple-droga y no practican lactancia materna—y donde las cesáreas electivas son seguras, factibles y comúnmente realizadas—la tasa de TMI se ha reducido a cerca del 2%.

La profilaxis con ARV puede reducir la TMI en 40–70%. El impacto es mayor (cercano al 70%) cuando las mujeres no amamantan, porque los regímenes de profilaxis con ARV actuales sólo previenen la transmisión de VIH durante el período temprano de la lactancia materna. Los estudios están en curso para determinar si la profilaxis con ARV para la madre o el niño durante la lactancia materna puede ayudar a reducir el riesgo de transmisión de VIH durante ese período.



Referirse a la *Guía de Bolsillo*

Participación de las parejas en PTMI

Los esfuerzos de PTMI deben ser lo más integrales posibles y reconocer que tanto las madres como los padres tienen una repercusión sobre la transmisión del VIH al lactante:

- Ambos necesitan estar conscientes de la importancia que tiene la actividad sexual más segura durante todo el embarazo y la lactancia materna.
- Ambos deben evaluarse y recibir consejería sobre el VIH.
- Ambos deben estar advertidos y obtener información sobre las intervenciones de PTMI.

Profilaxis con ARV para la madre

La profilaxis con ARV administrada a una mujer embarazada infectada por VIH no le proporciona beneficios a largo plazo. Las mujeres embarazadas con infección avanzada por VIH requieren tratamiento combinado con ARV para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el SIDA. Sí el tratamiento se vuelve más disponible, debe haber integración entre la profilaxis y el tratamiento.

Elemento 4 Provisión del tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, sus lactantes y sus familias

Los programas para la prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños identificarán a un gran número de mujeres infectadas por el VIH que necesitarán atención especial. La atención médica y el apoyo social son importantes para las mujeres que viven con infección por el VIH/SIDA para poder abordar tanto las inquietudes sobre su propia salud como de la salud y el futuro de sus hijos y familias.

Si a una mujer se le asegura que recibirá tratamiento y atención adecuada para ella misma, sus hijos y su pareja, tiene mayor probabilidad de aceptar las pruebas del VIH y la consejería y, si resulta positiva al VIH, aceptar las intervenciones para reducir la TMI.

Es importante desarrollar y reforzar las vinculaciones con programas de tratamiento, atención y servicios de apoyo para promover el tratamiento a largo plazo de las mujeres que están infectadas por VIH y sus familias.



Referirse a la *Guía de Bolsillo*

Servicios de tratamiento atención y apoyo de VIH para las mujeres

Los servicios para las mujeres incluyen lo siguiente:

- Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas
- Tratamiento con ARV
- Tratamiento de los síntomas

- Cuidados paliativos
- Apoyo nutricional
- Atención de salud reproductiva, incluida la planificación familiar y la consejería
- Apoyo psicosocial y comunitario

Atención y apoyo del lactante y el niño expuestos al VIH

Los niños cuyas madres están infectadas por el VIH están en mayor peligro que otros niños de sufrir enfermedades y desnutrición por varias razones:

- Pueden contraer el VIH y enfermarse—aun cuando se les proporciona una atención de salud y nutrición adecuadas.
- Aquellos que reciben alimentación de reemplazo carecen de los beneficios protectores de la lactancia materna contra la gastroenteritis, las infecciones respiratorias y otras complicaciones.
- Si su madre está enferma, puede tener dificultad para cuidarlos adecuadamente.
- Sus familias quizá sean económicamente vulnerables debido a las enfermedades y las defunciones relacionadas con el SIDA entre los familiares adultos.

Apoyo nutricional al lactante o niño cuando es expuesto al VIH

- Apoye la elección de la madre para la alimentación de lactantes.
- Proporcione educación sobre la hidratación y la notificación temprana de la diarrea.
- Vigile el crecimiento y el desarrollo.
- Vigile los signos de la infección que pueden alterar los patrones de alimentación.

Los lactantes y niños que son expuestos al VIH requieren atención de seguimiento en forma regular—especialmente durante los 2 primeros años de vida—incluidas inmunizaciones, pruebas de VIH y monitoreo de la alimentación, crecimiento y desarrollo (Ver *Módulo 7: Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH*).

SESIÓN 4 Función de los servicios de salud maternoinfantil en la prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños

Servicios de salud maternoinfantil

La infección por VIH es uno de los problemas de salud más importantes para las madres embarazadas y recién nacidos en muchos países en desarrollo. Los programas de PTMI necesitan integrarse como una parte esencial en la atención de SMI.

La atención de SMI abarca una gama amplia de servicios educacionales y clínicos que ayuda a las madres, sus hijos y sus familias a llevar vidas saludables. *Aunque los cuatro elementos de un programa integral de PTMI son importantes, la atención prenatal es el punto de acceso más común para las mujeres a esos programas.* Los programas de SMI facilitan la PTMI al proporcionar:

- Atención prenatal esencial
- Servicios de planificación familiar
- Tratamiento y profilaxis con ARV
- Prácticas seguras durante el parto
- Consejería y apoyo al método de alimentación del lactante elegido por la mujer

Todas las madres y lactantes se beneficiarán cuando la PTMI se integre en los servicios existentes de SMI. Muchos elementos de programas de PTMI son análogos y complementan las iniciativas que están en desarrollo o que ya ofrecen los proveedores de atención prenatal de calidad (Ejemplo: Maternidad sin Riesgo, Hospitales Amigos del Lactante, Dando Alimentación y Salvando Vidas de Recién Nacidos).

Servicios integrales de SMI

- Reconozca que el mejor enfoque para prevenir la infección por VIH en los lactantes y los niños empieza con la prevención de la infección primaria en los futuros padres.
- Proporcione información para prevenir los embarazos no intencionados en las mujeres VIH-positivas y las de alto riesgo que desconocen su estado.
- Proporcione educación acerca del reconocimiento y tratamiento temprano de ITS.
- Proporcione educación sobre cómo reducir el riesgo de TMI.
- Vincule y refiera las pacientes a servicios de salud y comunitarios que incluyan lo siguiente:
 - Pruebas y consejería sobre VIH
 - Atención nutricional
 - Tratamiento con ARV
 - Apoyo psicosocial y/o espiritual (como grupos de apoyo para mujeres con VIH)
 - Tratamiento de los síntomas
 - Cuidados paliativos
 - Asistencia económica
- Educar a las pacientes acerca de cómo reconocer los síntomas de las infecciones oportunistas y medidas que pueden tomar para prevenir tales infecciones.
- Educar a las pacientes acerca de cómo reconocer los signos y los síntomas tempranos de la infección por VIH en el lactante o el niño.

Integración de PTMI a los servicios de SMI postnatal

La integración eficaz de PTMI en la atención postnatal de SMI tiene probabilidad de fortalecer la atención materna, la atención infantil y la atención familiar.

- La atención postparto de SMI ayuda a proteger la salud de la madre al proporcionar atención médica y psicosocial.
- La atención postparto de SMI ofrece la evaluación del crecimiento y el desarrollo infantil, el apoyo nutricional, las inmunizaciones y primeras pruebas del VIH. Si el lactante está infectado por VIH, los servicios adicionales de apoyo pueden incluir tratamiento con ARV.
- Los servicios de SMI prestan apoyo social, pruebas del VIH y consejería a los miembros de la familia, referencias a los programas de apoyo comunitario y asistencia con el manejo del estigma.

El programa de PTMI

Un programa integral de PTMI proporciona un proceso continuo de atención para la madre y el niño.

El proceso continuo empieza con la educación de las mujeres adolescentes acerca de la prevención primaria de la infección y sigue con el tratamiento, atención y apoyo para las mujeres seropositivas y sus familias.

Los programas de PTMI aseguran que las mujeres reciben educación y servicios para reducir el riesgo de TMI durante todo el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y la alimentación infantil. También prestan apoyo a ambos, madre y niño, especialmente durante los primeros años cruciales del crecimiento y desarrollo infantil. Este enfoque integral proporciona a la larga las vinculaciones a los servicios comunitarios existentes para tratar las necesidades y los temas complejos ligados a la prevención, el tratamiento y el manejo del VIH.

Módulo 2: Puntos clave

- Se necesita un enfoque integral para prevenir la infección por VIH en los lactantes y los niños pequeños.
- Los cuatro elementos del enfoque integral de PTMI son:
 - Prevención primaria de la infección por VIH
 - Prevención de los embarazos no intencionados en las mujeres seropositivas
 - Prevención de transmisión del VIH de las mujeres infectadas a sus lactantes
 - Provisión de tratamiento, atención y apoyo a las mujeres infectadas por el VIH, sus lactantes y sus familias
- Sin intervención, el riesgo de TMI es del 25–40%.
- Las intervenciones combinadas pueden reducir la tasa de TMI hasta 40% en las mujeres que amamantan.
- Dado que la profilaxis con ARV por sí sola no trata la infección de la madre, es necesario darle tratamiento, cuidado y apoyo continuo.
- Los servicios de SMI pueden ser un punto de acceso a la variedad de servicios que proporcionan tratamiento, atención y apoyo para la mujer seropositiva y su familia.
- Las vinculaciones a los servicios comunitarios pueden mejorar el tratamiento, la atención y el apoyo.

APÉNDICE 2-A Servicios TMI para la mujer infectada por VIH-2

La mujer infectada por el VIH-2 debe tener acceso a toda la variedad de servicios prenatales, trabajo de parto y parto y servicios postnatales, así como vinculaciones a otros servicios diseñados para las mujeres infectadas por el VIH-1. Ofrecer a la madre infectada la profilaxis con ARV de corta duración para prevenir TMI por VIH-2 debe seguir la política nacional y local, si tal declaración de política existe.

La siguiente información, adaptado del CDC (octubre de 1998) proporciona antecedentes pertinentes con VIH-2 para ser considerados:

- Infecciones por VIH-2 se encuentran predominantemente en África Occidental.
- Infecciones por VIH-2:
 - Tienen los mismos modos de transmisión que el VIH-1
 - También progresan hacia el SIDA
 - Se asocian con infecciones oportunistas similares
 - Se desarrollan más lentamente y parecen menos virulentas que el VIH-1
 - Parecen ser menos transmisibles de madre a hijo que el VIH-1
- La prueba tanto para el VIH-1 como para el VIH-2 debe considerarse en las siguientes situaciones:
 - En los entornos donde el VIH-2 está presente
 - Cuando enfermedades (como infecciones oportunistas) aparecen en alguien con prueba de VIH-1 negativa
 - Cuando una prueba de Western para VIH-1 indica ciertas respuestas indeterminadas
- Se desconoce cuál es el mejor enfoque para el tratamiento clínico del VIH-2. Sin embargo, deben considerarse los siguientes factores:
 - Alguno de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTR), como la nevirapina, no son tan eficaces contra el VIH-2. Por consiguiente, la terapia de zidovudina debe considerarse para las mujeres embarazadas que están infectadas por el VIH-2 y sus recién nacidos para reducir el riesgo de TMI, especialmente para mujeres que contraen la infección durante el embarazo.
 - La respuesta al tratamiento es más difícil de vigilar que en las mujeres infectadas por VIH-1. El recuento de CD4 y los signos físicos del deterioro inmunológico están siendo usados en el monitoreo.
 - Los deseos de una mujer: el proveedor de asistencia sanitaria debe tener una franca discusión con la mujer infectada por el VIH-2 para explicar las políticas y prácticas predominantes y para apoyarla a tomar una decisión con la que esté cómoda.
 - La vigilancia continua es necesaria para observar la propagación del VIH-2.

Alimentación del lactante

A la mujer infectada por el VIH-2 se le debe aconsejar que siga las recomendaciones nacionales y locales de alimentación de lactantes para mujeres infectadas por el VIH-1.



Módulo 3 Intervenciones específicas para prevenir la TMI

| | |
|-----------------|--|
| SESIÓN 1 | Tratamiento y profilaxis antirretroviral para la prevención de TMI |
| SESIÓN 2 | Manejo prenatal de mujeres que están infectadas por VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido |
| SESIÓN 3 | Manejo del trabajo de parto y parto de mujeres que están infectadas por VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido |
| SESIÓN 4 | Atención inmediata postparto de mujeres que están infectadas por VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido |
| SESIÓN 5 | Atención inmediata al recién nacido expuesto al VIH y lactantes con estatus de VIH desconocido |

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Nombrar las intervenciones específicas para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI).
- Enumerar los regímenes antirretrovirales localmente disponibles y recomendados (ARV).
- Hablar sobre el manejo prenatal de las mujeres infectadas por el VIH y de aquellas cuyo estatus de VIH no se conoce.
- Explicar el manejo del trabajo de parto y parto de las mujeres infectadas por el VIH y de las mujeres cuyo estatus de VIH no se conoce.
- Explicar la atención postparto de las mujeres infectadas por el VIH y de las mujeres cuyo estatus de VIH no se conoce.
- Explicar la atención inmediata de los lactantes recién nacidos de madres que están infectadas por VIH y madres cuyo estatus de VIH es desconocido.

Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional

Sesión 1

- Política/norma nacional sobre tratamiento antirretroviral y profilaxis para la prevención del TMI (PTMI)

Sesión 2

- Norma nacional en atención prenatal (APN) para mujeres infectadas por VIH
- Políticas de confidencialidad de APN/PTMI, políticas de registro del estatus de VIH de los pacientes en sus fichas clínicas en (si no se incluye en la guía nacional)

Sesión 3

- Política nacional en el manejo de trabajo de parto y parto para mujeres infectadas con VIH y mujeres cuyo estatus de VIH es desconocido
- Política nacional de pruebas y consejería durante el parto

Sesión 4

- Norma nacional para la atención inmediata después del parto a mujeres infectadas con VIH y mujeres cuyo estatus de VIH es desconocida

Sesión 5

- Norma nacional para la atención inmediata a recién nacidos que son expuestos al VIH y lactantes cuyo estatus de VIH se desconoce



La *Guía de Bolsillo* contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 Tratamiento y profilaxis antirretroviral para la prevención de TMI

Tratamiento con ARV: El uso a largo plazo de los medicamentos antirretrovirales para *tratar* la infección por el VIH/SIDA materno y prevenir la TMI

Profilaxis de ARV: Uso a corto plazo de los medicamentos antirretrovirales para *reducir la transmisión del VIH* de la madre al lactante

Tratamiento con ARV

Los medicamentos ARV son eficaces para tratar tanto la infección por VIH materna como para prevenir TMI. Varios regímenes antirretrovirales reducen el riesgo de TMI tanto en mujeres en que amamantan como en las mujeres que no están dando lactancia materna. Los mecanismos por los cuales estos regímenes previenen o reducen la transmisión del VIH maternoinfantil incluyen la reducción de la replicación viral en la madre, conduciendo a una disminución de la carga viral en el lactante y/o profilaxis durante y después de la exposición al virus.

Las mujeres embarazadas que están infectadas por VIH necesitan ser tratadas con ARV por su propia salud y deben recibirlo, según las normas de tratamiento recomendadas por la OMS. El tratamiento con ARV durante el embarazo, cuando proceda, mejorará la salud de la mujer y reducirá el riesgo de transmisión del VIH al lactante.

El tratamiento con ARV se recomienda en las siguientes situaciones (para la información detallada, referirse al apéndice 1-A):

Si la prueba de CD4 está disponible, se recomienda que la línea basal de los recuentos de CD4 estén documentados y se ofrezca el tratamiento con ARV a los pacientes con:

- **Enfermedades de estadio IV de la OMS, independientemente del recuento celular de CD4**
- **Enfermedades de estadio III de la OMS** (incluyendo, pero no restringido al, desgaste del VIH, diarrea crónica de etiología desconocida, fiebre prolongada de etiología desconocida, tuberculosis pulmonar, infecciones bacterianas invasoras recurrentes, o la candidiasis de la mucosa recurrente o persistente); **con consideración del uso de los recuentos de células de CD4 de menos de 350/mm³ para ayudar en la toma de decisiones¹**
- **Enfermedades de estadio I o II de la OMS con recuento de células de CD4 de 200/mm³ o inferior²**

¹ Recuento celular de CD4 recomendado para determinar la necesidad de terapia inmediata. Por ejemplo, TB pulmonar puede ocurrir a cualquier nivel de CD4, y otras condiciones pueden mimetizarse con etiologías no relacionadas con el VIH (Ejemplo: diarrea crónica, fiebre prolongada).

² El recuento preciso de CD4 por encima de 200/mm³, con el cual se debe iniciar el tratamiento ARV, aún no se ha establecido.

Si la prueba de CD4 no está disponible, se recomienda ofrecer tratamiento con ARV a los pacientes con:

- **Enfermedades de estadio IV de la OMS, independientemente del recuento total de linfocitos**
- **Enfermedades de estadio III de la OMS**(incluyendo, pero no restringido al, desgaste, la diarrea crónica de etiología desconocida, la fiebre prolongada de etiología desconocida, la TB pulmonar, las infecciones bacterianas invasoras recurrentes, o la candidiasis de la mucosa recurrente/persistente), **independientemente del recuento total de linfocitos³**
- **Enfermedades de estadio II de la OMS, con un recuento total de linfocitos menor o igual a 1,200/mm⁴**

Tratamiento con ARV durante el embarazo

Para las mujeres diagnosticadas con VIH durante el embarazo y aptas para el tratamiento con ARV, el tratamiento debe iniciarse cuanto antes. El comienzo del tratamiento puede retrasarse hasta después del primer trimestre. Sin embargo, cuando la mujer está gravemente enferma, los beneficios del tratamiento pesan más que cualquier riesgo potencial al feto. Efavirenz (EFV), un medicamento antirretroviral que se considera potencialmente teratogénico, no se recomienda hasta después del primer trimestre del embarazo y debe evitarse en las mujeres en edad fértil a menos que pueda asegurarse la anticoncepción eficaz. El Módulo 3, Apéndice 3-B proporciona orientación para el uso de los medicamentos antirretrovirales en las mujeres embarazadas y las mujeres en edad fértil.

Mujeres embarazadas que reciben terapia de ARV

Las mujeres embarazadas que reciben terapia de ARV requieren atención y monitoreo en curso dentro del programa local del VIH/SIDA. Cuando existe coinfección con TB, la farmacoterapia adicional y el manejo clínico se requieren para reducir al mínimo los efectos colaterales que pueden ocurrir cuando los medicamentos de ARV se coadministran con la terapia de TB.

Profilaxis de ARV

A las mujeres que no necesitan tratamiento (es decir, mujeres que no son “aptas” para tratamiento en base a los criterios anteriores), o no tienen acceso al tratamiento, se les debe ofrecer profilaxis para prevenir TMI usando algunos de los muchos regímenes de ARV cuya eficacia ha sido probada. Los regímenes de profilaxis de ARV varían y son seleccionados basados en la eficacia, la seguridad, la fármacoresistencia, la factibilidad y la aceptabilidad. Vea al Apéndice 3-A para una lista completa de los regímenes de profilaxis de los ARV.

³ La recomendación de comenzar la terapia con ARV a todos los pacientes con enfermedades de estadio III, sin referirse al recuento total de linfocitos, está consensuada por los expertos. La discusión tomó en cuenta una recomendación parcial que permite a los servicios clínicos y programas de TB en condiciones de limitación severa ofrecer acceso a sus pacientes con ARV. Algunos adultos y adolescentes con enfermedad del estadio III que presenten recuento de CD4 por encima de 200/mm³, recibirán tratamiento antirretroviral antes de que los CD4 sean inferiores a 200/mm³. Sin embargo, si el recuento de CD4 no se puede determinar, los expertos no consideraron problemático iniciar los ARV en este tipo de pacientes.

⁴ El recuento total de linfocitos que sea inferior o igual a 1200/mm³ puede sustituir al recuento de CD4 cuando la lectura no está disponible y existen síntomas relacionados con VIH. No es beneficioso en pacientes asintomáticos. En tanto, en ausencia de la prueba de células CD4, los pacientes asintomáticos infectados con VIH (Estadio I OMS) no deben ser tratados porque no hay otro marcador relevante para situaciones extremas de recursos limitados.

La primera opción en el régimen de profilaxis para PTMI

Zidovudina (ZDV), que comienza a 28 semanas de gestación, o lo antes posible posteriormente, dosis única de nevirapina (NVP) para la madre al inicio del trabajo de parto y cada 3 horas hasta el parto y para el lactante, dosis única de NVP y añadir una semana de ZDV.

Información sobre medicamentos

Zidovudine (ZDV, AZT)

- Absorción rápida y completa después de la administración oral
- La exposición prenatal y neonatal a ZDV se tolera generalmente bien
- Puede ocurrir una anemia leve, pero se resuelve generalmente cuando finaliza el tratamiento
- Puede tomarse con o sin alimentos

Nevirapina (NVP)

- Absorción rápida y completa después de la administración oral y atraviesa la placenta rápidamente
- Vida media larga que beneficia al lactante
- Puede tomarse con o sin alimentos

Lamivudina (3TC)

- Absorción rápida y completa después de la administración oral
- Puede tomarse con seguridad con otros medicamentos que tratan los síntomas relacionados con el VIH
- Puede tomarse con o sin alimentos

Recomendaciones de la OMS sobre los regímenes de profilaxis de larga duración

Hasta hace poco, el énfasis de las normas de PTMI ha estado en la profilaxis de corta duración (Ejemplo: zidovudina de corta duración o nevirapina de corta duración en situaciones de recursos limitados). Las nuevas recomendaciones de la OMS (2004) recalcan los regímenes de profilaxis combinados de más larga duración, donde sean factibles, mientras se reconoce la necesidad de utilizar profilaxis de corta duración donde los regímenes más largos no se han proporcionado o no son factibles.

SESIÓN 2 Manejo prenatal de mujeres que están infectadas por VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido

Atención prenatal

La atención prenatal mejora la salud y el bienestar general de las madres y sus familias. Dada la propagación rápida de la infección por VIH en todo el mundo, todas las mujeres embarazadas pueden considerarse en riesgo de contraer la infección por VIH.

El entorno de atención prenatal es una fuente principal de atención de salud para las mujeres en edad fértil. Al integrar los servicios de PTMI a los servicios esenciales de atención prenatal, los programas de salud pueden mejorar la atención—y los resultados de embarazo—a todas sus clientes.

Esta sesión aborda la integración de los servicios de PTMI y de manejo prenatal para las mujeres infectadas por el VIH y las mujeres con estado desconocido del VIH dentro del contexto de los programas de atención prenatal.

Las intervenciones prenatales pueden reducir el riesgo de TMI. Una buena atención de salud materna ayuda a las mujeres con infección por VIH a estar saludables por más tiempo y a cuidar mejor a sus niños. Cuando las madres mueren prematuramente, sus hijos se enfrentan a mayores tasas de enfermedad y muerte.

Para el éxito de la implementación de los programas de PTMI, los siguientes elementos deben estar incluidos en la atención prenatal:

- Información sanitaria y educación
- Educación acerca de las prácticas sexuales de menor riesgo y el VIH
- Pruebas y consejería sobre VIH
- Pruebas y consejería sobre VIH de la pareja
- Intervenciones para reducir el riesgo de TMI
- Consejería de alimentación de lactantes y apoyo para una maternidad sin riesgo, incluida la malaria y el tratamiento de TB
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Atención prenatal de las mujeres infectadas por el VIH

La atención prenatal (APN) para las mujeres infectadas por el VIH incluye los servicios básicos recomendados para todas las mujeres embarazadas. Sin embargo, la atención obstétrica y médica debe ampliarse para tratar las necesidades específicas de las mujeres infectadas por el VIH. (Ver el cuadro 3.1.)

La infección por VIH en las mujeres en edad fértil plantea un gran reto en situaciones de recursos limitados. La determinación del estatus de VIH de una mujer es el primer paso para proporcionar tratamiento apropiado, atención y servicios de apoyo, incluido el acceso a profilaxis antirretroviral cuando esté indicado. La disponibilidad de la prueba rápida permite a las mujeres hacerse la prueba y recibir los resultados en la primera visita prenatal. Cuando se conoce el estatus de VIH, las madres pueden ser evaluadas para medir su elegibilidad para los ARV y ofrecerles el tratamiento y la profilaxis de ARV indicada, si es que existe.

En algunas situaciones, debido a la falta de servicios accesibles para la prueba o porque una mujer se niega a ser evaluada, su estatus de VIH puede seguir siendo

desconocido. En tales circunstancias, la mujer debe considerarse en riesgo de TMI, y se la debe aconsejar debidamente durante la atención prenatal. Las mujeres con estado desconocido de VIH deben ser conscientes de que la prueba está disponible en visitas posteriores de atención prenatal y se les debe recordar los beneficios que conlleva conocer su estado de VIH.

Prevención de las infecciones oportunistas

La prevención de las infecciones oportunistas (PIO) puede reducir las tasas de enfermedad y muerte entre las mujeres embarazadas que están infectadas por VIH. También puede reducir la evolución adversa del embarazo, como el trabajo de parto y el parto prematuro, que pueden aumentar el riesgo de TMI.

La prevención, el tamizaje y tratamiento para la TB, una principal causa de mortalidad entre las personas que están infectados por VIH, es especialmente importante. El Módulo 7, Apéndice 7-A contiene información sobre la tuberculosis.

Los trabajadores de salud deben prestar atención especial a los signos y síntomas de las posibles infecciones oportunistas, y seguir los protocolos para la profilaxis de los problemas comunes. En el Módulo 7, Apéndice 7-C se proporciona información acerca de la profilaxis de neumonía *Pneumocystis jiroveci* (NPC).

Evaluación y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el VIH

Las enfermedades relacionadas con el VIH pueden aumentar el riesgo de TMI. Se debe monitorizar a las mujeres por los signos o síntomas progresivos de la infección por VIH/SIDA.

Infección recurrente o crónica

Las mujeres infectadas por el VIH son susceptibles a otras infecciones que pueden ser tratadas de acuerdo con los protocolos locales. Los ejemplos incluyen:

- TB
- Infecciones de vías urinarias
- Infecciones respiratorias
- Candidiasis vaginal recurrente
- La malaria

Apoyo psicosocial y comunitario

El embarazo es un momento de estrés único, y a los trabajadores de salud les puede interesar evaluar la cantidad de apoyo que una mujer está recibiendo de su familia y amigos. Las mujeres con el VIH suelen tener inquietudes adicionales relacionadas con su propia salud, la salud de su niño, la confidencialidad y la posibilidad de que su estatus de VIH pueda ser revelada a otras personas. Debe realizarse una referencia adecuada a organizaciones y clubes de apoyo del SIDA.

| Cuadro 3.1 Paquete esencial de servicios integrados de atención prenatal |
|---|
| Historial de clientes: Obtener datos rutinarios, entre ellos los antecedentes médicos, obstétricos y psicosociales. Determine los antecedentes de medicamentos, las alergias comprobadas y el uso de las medicinas alternativas, como los productos herbarios. |
| La exploración física y los signos vitales: Incluir examen visual y práctico y evaluar los signos actuales o los síntomas de enfermedades como el SIDA, la tuberculosis (TB), malaria e infecciones de transmisión sexual (ITS). |
| Examen abdominal: Incluir exámenes de espéculo y bimanuales, donde sean aceptadas y factibles. |
| Medios de diagnóstico de laboratorio: Realizar la serología corriente para sífilis, incluida la prueba de anemia. Realice las pruebas de VIH según el protocolo del país y la disponibilidad y el consentimiento informado. Cuando la mujer sea VIH-positiva, obtenga recuento de CD4 y la reacción en cadena de la polimerasa PCR (mide la carga viral y la respuesta al tratamiento con ARV), donde esté disponible. |
| Inmunización por toxoide tetánico: Administrar cuando sea apropiado. |
| La evaluación y orientación nutricional: Incluir suplementos de hierro y folato, monitorizar la anemia, la ingesta calórica y de nutrientes adecuados y recomendar ajustes realistas al régimen alimentario en base a los recursos locales. |
| Tamizaje de ITS: Incluir evaluación de riesgos para ITS. Diagnosticar y tratar de forma temprana según los protocolos. Aconsejar sobre las ITS, los signos y síntomas y riesgo incrementado de adquirir VIH. Educar para evitar la transmisión o reinfección. |
| Profilaxis de infecciones oportunistas (IO): Proporcionar profilaxis basada en los protocolos del país. |
| El tamizaje y la atención de otras infecciones: Someter a tamizaje y tratar localmente cualquier infección prevalente: parasitaria, bacteriana o fúngica, incluidas las infecciones por helmintos. Tratar el herpes, la candidiasis, NPC y otro PIO relacionado con el SIDA. |
| Tuberculosis (TB): Coinfección con tuberculosis es la principal causa de la mortalidad por el VIH. Todas las mujeres que se presentan en los servicios de atención prenatal con una tos de más de 2 semanas de duración deben someterse a tamizaje para la TB, independientemente del estatus de VIH. Los protocolos específicos de tratamiento se recomiendan en las mujeres infectadas por el VIH, las embarazadas y las que ya reciben terapia antirretroviral. |
| Antimaláricos: La malaria es una causa importante de alta morbilidad y la mortalidad materna e infantil y está vinculada a mayor TMI (vía infección placentaria). La profilaxis de la malaria se necesita en las zonas endémicas; identificar los casos agudos y tratarlos con agresividad y prontitud. Usar insecticida de uso en los mosquiteros o pabellones donde sea posible. |
| La profilaxis de los ARV durante el embarazo: Proporcionar conforme al protocolo de PTMI del país. |
| El tratamiento con ARV durante el embarazo: Referir a tratamiento cuando sea apropiado, según los protocolos del país. |
| La orientación sobre la alimentación del lactante: Todas las mujeres requieren orientación y apoyo para la alimentación del lactante. Cuando las mujeres no conocen su estatus de VIH, la lactancia materna exclusiva debe promoverse y apoyarse. Las mujeres infectadas por el VIH deben considerar la alimentación de reemplazo cuándo sea factible, aceptable, asequible, accesible y segura; de otro modo, se recomienda la lactancia materna exclusiva con interrupción temprana. |
| La orientación sobre las señales de peligro durante el embarazo: Proporcionar a las mujeres información e instrucciones para buscar atención temprana para complicaciones del embarazo como el sangrado, la fiebre y la preeclampsia. |
| La orientación sobre las señales de peligro de infección por el VIH/SIDA: Proporcionar a las mujeres información e instrucciones para buscar atención de salud para los síntomas de la progresión de la enfermedad del VIH, como las infecciones oportunistas, la diarrea crónica persistente, candidiasis, la fiebre o desgaste. Referir a las mujeres a los programas de tratamiento de SIDA cuándo esté indicado y disponible el servicio. |
| La pareja y la familia: El estrés y falta de apoyo relacionado con el VIH han estado vinculados a la progresión de la infección. Referir a las mujeres, a las parejas y las familias a organizaciones o clubes de apoyo comunitario cuando sea posible. |
| Plan eficaz de anticoncepción: Aconsejar acerca del uso constante de los condones durante el embarazo, así como en todos los períodos postparto y de lactancia materna para evitar una nueva infección, reinfección y la transmisión adicional. Incluya planificación familiar a largo plazo con participación de los compañeros cuando sea posible. |

| Ejercicio 3.1 Atención Prenatal: estudio de casos | |
|--|---|
| Propósito | Examinar las políticas nacionales o locales en atención prenatal y PTMI Examinar las prácticas de atención prenatal para las mujeres infectadas por el VIH |
| Duración | 25 minutos |
| Instrucciones | <p>Parte 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tome unos minutos para familiarizarse con las políticas nacionales o locales sobre atención prenatal y PTMI. ▪ Examine los puntos clave de las políticas que el facilitador ha escrito en el rotafolio. ▪ Comparta sus percepciones de cómo estas políticas se han aplicado (o no) en su entorno clínico. <p>Parte 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examine las copias de los dos estudios de casos prenatales, el Ejercicio 3.1 y piense en sus respuestas a las preguntas planteadas. ▪ Comparta sus percepciones sobre las similitudes y diferencias de estos estudios de casos y las situaciones que usted encuentra en su entorno de trabajo. ▪ Describa las experiencias desafiantes relacionadas con VIH/PTMI que usted haya encontrado en el entorno de la atención prenatal. |

Ejercicio 3.1 Atención Prenatal: Estudio de casos

Estudio de casos 1

Selma, una mujer soltera de 22 años de edad, dio VIH-positivo en su primera visita prenatal a las 24 semanas de la gestación. En ese momento, recibió consejería postprueba y se le animó a traer a su pareja para realizarse la prueba. Tiene ahora 28 semanas de embarazo con su primer hijo.

¿Cuáles son los pasos de manejo que deben tomarse en la atención prenatal?

Estudio de caso 2

Usted es una partera del consultorio prenatal. Luisa, su paciente, tiene 30 semanas de embarazo. Cuando usted le pregunta acerca de sus planes de parto, dice que quiere tener el bebé en casa. Le informa que este es su tercer hijo y aunque está infectada por VIH, este embarazo (como sus dos anteriores) ha sido un embarazo sano. Usted puede ver que está decidida a tener un parto a domicilio.

¿Qué le dice a Luisa?

Considere cómo combinaría usted la atención prenatal y las necesidades de atención de PTMI en el contexto del parto a domicilio. ¿Cuáles serían sus próximos pasos?

SESIÓN 3 Manejo del trabajo de parto y parto de mujeres infectadas por VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido

Un número significativo de lactantes, que nacen de mujeres que están infectadas por VIH, contrae la infección durante el trabajo de parto y el parto. Adherirse a las prácticas generalizadas para el parto y a los procedimientos que reducen la exposición fetal a la sangre materna y a las secreciones puede reducir el riesgo de TMI.

Las intervenciones que pueden reducir la TMI incluyen:

Administrar el tratamiento con ARV y la profilaxis durante el trabajo de parto de acuerdo a los protocolos nacionales.

- Continúe el tratamiento ARV o profilaxis o implemente profilaxis de ARV durante el trabajo de parto y parto para reducir la carga viral materna y dar protección al lactante.

Usar buenas prácticas de prevención de infecciones en el cuidado de todos los pacientes.

- El uso de las precauciones universales, las cuales incluyen el uso del equipo de protección, el uso y el desecho seguro de los objetos punzocortantes, la esterilización del equipo y el desecho sin riesgos de los materiales contaminados.
(Para obtener información adicional, vea el *Módulo 8: Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo*)

Reducir al mínimo los exámenes cervicales.

- Realizar el examen cervical sólo cuando sea absolutamente necesario y con técnica limpia apropiada.

Evitar el trabajo de parto prolongado.

- Considere la posibilidad de usar la oxitocina para acortar el trabajo de parto cuando sea apropiado.
- Use el monitoreo fetal no invasivo para evaluar la necesidad de intervención temprana.

Evitar la rotura rutinaria de las membranas.

- Use un partograma para medir el progreso del trabajo de parto.
- Evite la rotura artificial de las membranas, a menos que necesario.

Evitar el traumatismo innecesario durante el parto.

- Evite procedimientos invasores, incluidos los electrodos del cuero cabelludo o muestreo de cuero cabelludo.
- Evite episiotomía rutinaria.
- Reduzca al mínimo el uso de los fórceps o los extractores al vacío.

Reducir al mínimo el riesgo de la hemorragia postparto.

- Maneje activamente la tercera etapa del trabajo de parto.
- Administre la oxitocina inmediatamente después del parto.

- Utilice fracción controlada del cordón.
- Realice el masaje uterino.
- Suture los desgarros del aparato genital.
- Extraiga cuidadosamente todos los productos de la concepción.

Usar prácticas seguras de transfusión.

- Reduzca al mínimo el uso de las transfusiones de sangre.
- Use sólo la sangre sometida a tamizaje para el VIH y cuando esté disponible también para sífilis, malaria y hepatitis B y C.

Consideraciones con respecto a la modalidad del parto

La cesárea, cuando se realiza antes del inicio del trabajo de parto o la rotura de membranas, se ha asociado con la reducción de la TMI.

Considere los beneficios y los riesgos del parto vaginal frente a la cesárea electiva, incluida la seguridad del suministro de sangre y el riesgo de las complicaciones.

Estrategias para reducir el riesgo de TMI en mujeres con estatus de VIH desconocido

En algunos casos, la mujer se presenta al servicio de salud en el momento del trabajo de parto sin conocer su estatus de VIH. Puede que ella no haya recibido atención prenatal ni se le hayan ofrecido pruebas de VIH y consejería. Puede que ella haya rehusado las pruebas de VIH, o no haya recibido su resultado. Para prevenir la TMI en las mujeres con estatus de VIH desconocido, pueden adoptarse las siguientes medidas:

Prueba y consejería durante el trabajo de parto

Si la *prueba rápida* está disponible (vea *Módulo 6: Prueba y consejería de VIH para PTMI*):

- Ofrecer pruebas de VIH rápidas con derecho a rechazarlas.
- Mencionar los beneficios de la prueba del VIH:
 - Si el resultado es positivo, los ARV pueden ser administrados para PTMI y se puede referir a tratamiento y atención
- Describir el proceso de la prueba
- Proporcionar consejería postprueba

Quizá sea difícil ofrecer consejería u obtener consentimiento fundamentado durante el trabajo de parto. El trabajador de salud debe seguir siendo sensible y dar apoyo a la mujer. La prueba rápida puede hacerse en el trabajo de parto con consejería postprueba proporcionada después del parto.

Provisión de ARV durante el trabajo de parto y parto

La profilaxis de ARV puede proporcionarse a la madre VIH-positiva y al lactante para prevenir la TMI. (Vea el Apéndice 3-A para la lista completa de los regímenes recomendados.)

Provisión de la profilaxis de ARV sin prueba

- Considerar sólo como último recurso en las áreas de alta prevalencia cuando ninguna prueba rápida está disponible.
- Utilizar la dosis única de nevirapina como el régimen profiláctico.
- Proporcione prueba, consejería y servicios relacionados a la PTMI en el postparto.

| Ejercicio 3.2 Profilaxis de ARV de trabajo de parto y parto: Estudio de casos | |
|--|--|
| Propósito | Examinar las políticas nacionales sobre la prueba y consejería durante el trabajo de parto y en la profilaxis de ARV. Considerar la administración de la profilaxis de ARV durante el trabajo de parto y parto. |
| Duración | 25 minutos |
| Instrucciones | <p>Parte 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tome unos minutos para familiarizarse con las políticas nacionales sobre la prueba y consejería durante el trabajo de parto y en la profilaxis de ARV. ▪ Examine los puntos clave escritos en el rotafolio. ▪ Formule observaciones sobre cómo estas políticas se aplican en su entorno clínico y comparta los retos y los obstáculos que enfrenta al aplicar estas políticas en su establecimiento. <p>Parte 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examine los 2 estudios de casos a continuación. ▪ Piense en las preguntas planteadas en los estudios de casos y participe en la discusión en grupo para responder a las preguntas. ▪ Examine los puntos clave escritos en el rotafolio. ▪ Comparta su perspectiva sobre las similitudes y diferencias entre estos estudios de casos y las situaciones que usted encuentra en su entorno clínico. ▪ Describa las experiencias desafiantes de VIH/PTMI en el entorno de trabajo de parto y parto. |

Ejercicio 3.2 Estudio de casos—Trabajo de parto y profilaxis de ARV para la madre

Estudio de caso 1

Consuelo llega a la unidad de trabajo de parto y parto. Este es su primer bebé. Entrega su tarjeta de atención prenatal, que indica que se evaluó durante el embarazo y que está infectada por el VIH. Rompió aguas hace 4 horas y sus contracciones están ahora menos de 3 minutos de intervalo. Consuelo recibió anteriormente un comprimido de NVP para tomar en casa. Cuando usted la examina, encuentra que tiene 5 centímetros de dilatación.

Después apoyote ofrecer apoyo general durante el trabajo de parto, ¿cuál es su primera prioridad?

Si usted descubre que no ha tomado su comprimido de NVP, ¿qué hace?

Estudio de caso 2

Débora llega para dar a luz. Este es su cuarto hijo y le dice que ha tenido un buen embarazo. Débora no ha recibido ninguna atención prenatal y nunca fue examinada para detectar el VIH. En este momento, sus contracciones son regulares con cerca de 2 minutos de intervalo. Durante su examen, usted encuentra que tiene 7 centímetros de dilatación.

Considerando la política nacional sobre la prueba y la orientación durante el trabajo de parto y parto, ¿cuáles son sus próximos pasos?

SESIÓN 4 Atención inmediata de postparto de mujeres que están infectadas por VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido

Atención postparto de las mujeres infectadas por el VIH

Cuando se presta atención postparto a las mujeres infectadas por el VIH, los trabajadores de salud pueden seguir los protocolos normales, pero varias áreas requieren atención adicional:

Atención continuada

Promueva y haga planes para ofrecer una atención de salud continuada en las siguientes áreas:

- La atención ginecológica regular, incluida la prueba de Papanicolaou, si está disponible.
- El tratamiento en curso, la atención y el apoyo a la infección por el VIH/SIDA y a las infecciones oportunistas, junto con apoyo nutricional.
- El tratamiento y monitoreo de TB y malaria.
- Referencia a tratamiento antirretroviral (o elegibilidad para el tratamiento)
- Referencia a la profilaxis y el tratamiento de PIO.

(Para información adicional, vea *Módulo 7, Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH.*)

Alimentación del recién nacido

- Asegure que la madre elija entre las opciones de alimentación antes de abandonar el establecimiento o el hospital después del parto.
- Apoye a la madre en su elección sobre cómo alimentar al niño. (Vea *Módulo 4* para información adicional, *Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH.*)
- Capacite y observe la técnica de alimentación usada.

Signos y síntomas de infección postnatal

Examine los siguientes síntomas de infección antes que la nueva madre salga del consultorio o del hospital y proporcione información sobre dónde buscar tratamiento para:

- Micción con ardor
- Fiebre
- Loquios fétidos
- Tos, esputo, disnea
- Rojez, dolor, pus o drenaje de la incisión o episiotomía
- Sensibilidad grave del abdomen inferior

Incluir orientación sobre:

- Atención perineal y de las mamas
- Desecho de los materiales potencialmente infecciosos como los loquios y toallas sanitarias manchadas de sangre

Planificación familiar

La anticoncepción y el espaciamiento de embarazos deben tratarse con cada mujer durante la atención prenatal y nuevamente en el período postparto inmediato. Las principales metas de planificación familiar para la mujer infectada por VIH son:

- Prevención del embarazo no intencional
- Espaciamiento apropiado de embarazos, que puede ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil (Ver *Módulo 2, Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños* para información adicional.)

Atención postparto de las mujeres con estado desconocido de VIH

Las mujeres cuyo estatus de VIH no se conoce, deben recibir la misma atención postparto como las mujeres con infección por VIH (esbozado anteriormente). Deben alentarles a ser examinadas para detectar el VIH y a seguir las recomendaciones nacionales para la alimentación de sus lactantes.

Las pruebas del VIH después del parto pueden ayudar a las mujeres infectadas por el VIH a:

- Iniciar profilaxis post-exposición de ARV para el lactante
- Elegir las opciones de alimentación más seguras para lactantes

| Ejercicio 3.3 Atención inmediata postparto de mujeres que están infectadas por VIH: Estudios de casos | |
|--|--|
| Propósito | Examinar el manejo postnatal de la mujer con infección por VIH. |
| Duración | 25 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Tome unos minutos para familiarizarse con las políticas nacionales sobre la atención postparto.▪ Examine los estudios de casos mencionados abajo en la atención inmediata postparto de mujeres infectadas por el VIH y mujeres con estatus de VIH desconocido.▪ Piense en las preguntas planteadas en los estudios de casos y participe en la discusión en grupo para responder a las preguntas.▪ Examine los puntos clave escritos en el rotafolio▪ Comparta su perspectiva sobre las similitudes y diferencias entre estos estudios de casos y las situaciones que usted encuentra en su entorno clínico.▪ Describa las experiencias desafiantes que ha encontrado en el entorno de atención postnatal. |

Ejercicio 3.3 Atención inmediata postparto de las mujeres que están infectadas por VIH: Estudio de casos

Estudio de casos 1

Débora se presentó al servicio de trabajo de parto y parto sin haber tenido una prueba de VIH durante su embarazo. El resultado de la prueba rápida del VIH realizado durante el trabajo de parto fue positivo. Cuando se le informó del resultado de la prueba, Débora se molestó pero accedió a tomar el comprimido de NVP. Posteriormente, tuvo un trabajo de parto sin incidentes y parió a un niño sano de 2,4 kg y lo llamó William. Aunque el sustituto de la leche materna está disponible en el consultorio, Débora decidió amamantar a su bebé. A las dos horas después de su parto ya está descansando. Su madre y esposo están con ella.

¿Qué atención postparto requiere?

¿Qué servicios específicos de VIH necesitan?

¿Qué se puede hacer antes de que abandone el establecimiento en 24 horas?

Estudio de casos 2

Consuelo, que es VIH-positiva, ha estado siguiendo el régimen ZDV y de NVP para sí misma y su hijo. Después de un corto trabajo de parto, parió a una niña de 2 kg a la que llamó Samanta. Consuelo ha elegido usar un sustituto de la leche materna; se le dará de alta en 48 horas.

¿Qué atención postparto requiere?

¿Qué servicios específicos de VIH necesita?

¿Qué puede hacerse para apoyar su elección de alimentación para el lactante?

¿Qué servicios se le puede proporcionar antes de que se vaya en 24 horas?

¿Qué apoyo prevé prestarle?

SESIÓN 5 Atención inmediata a los lactantes recién nacidos que son expuestos al VIH y a los que tienen estatus de VIH desconocido

La atención inmediata del recién nacido expuesto al VIH sigue la práctica generalizada. Independientemente del estatus de VIH de la madre, todos los lactantes se mantienen abrigados después del nacimiento y se manejan con guantes hasta que se hayan lavado la sangre materna y las secreciones.

Atención inmediata del recién nacido

- Mantenga las precauciones universales sobre el cuidado y tratamiento. Use guantes al administrar las inyecciones y limpie todos los sitios de inyección con líquidos quirúrgicos. Elimine todas las agujas según la política del establecimiento.
- Clampée el cordón de la pinza inmediatamente después del nacimiento y evite drenar del cordón. Cubra el cordón con la mano enguantada o con una gasa antes del corte.
- Limpie la boca y los orificios nasales del lactante con gasa cuando la cabeza es expulsada.
- Use la succión sólo cuando esté presente el líquido manchado por meconio. Use cualquiera de las succiones mecánicas con presión menor de 100 mm de Hg o la succión de bulbos, en lugar de succión operada por boca.
- Limpie al lactante con una toalla seca.
- Determine la elección de alimentación de la madre. Si está usando el sustituto de la leche materna, coloque al lactante en su cuerpo para que haya contacto de piel a piel y ayude a la madre con la primera alimentación. Si está amamantando, coloque al lactante en la mama de la madre.
- Administre la vitamina K, el ungüento oftálmico de nitrato de plata y Bacille Calmette-Guérin (BCG) según las normas nacionales.

Profilaxis de ARV

La profilaxis de ARV debe ser administrada al recién nacido según el protocolo del país. (Vea el Apéndice 3-A).

Atención de seguimiento al recién nacido

La atención de seguimiento al recién nacido debe seguir prácticas estándares. El cuidado de los lactantes expuestos al VIH debe basarse en el enfoque descrito en el *Módulo 7. Vinculaciones al tratamiento, la atención y el apoyo social para madres y familias con infección por VIH.*

Lactantes nacidos de madres con estado desconocido de VIH

En el período postparto inmediato, la meta es reducir la TMI al reducir al mínimo la exposición del recién nacido a la sangre materna y los fluidos orgánicos y al proporcionarle profilaxis de ARV. Cuando las pruebas del VIH no están disponibles o el estatus de VIH de la madre es desconocido, la atención al recién nacido debe seguir la política nacional o local.

- Los recién nacidos de las madres con estado desconocido de VIH deben evaluarse cuanto antes después del nacimiento, si la madre está de acuerdo.
- En algunos entornos de prevalencia alta, la política nacional podría recomendar que a todos los bebés se les administre una dosis oral única de la nevirapina 2 mg/kg en suspensión líquida tan pronto como sea posible después del nacimiento, si la madre

da su consentimiento, independientemente de si la madre se ha hecho la prueba de VIH o no.

- La madre debe recibir orientación acerca de la alimentación al lactante, según se describe en el *Módulo 4, Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH*.

| Ejercicio 3.4 Atención inmediata del lactante recién nacido que ha sido expuesto al VIH: Estudios de casos | |
|---|--|
| Finalidad | Para examinar la profilaxis de ARV y la atención de los lactantes recién nacidos expuestos al VIH. |
| Duración | 25 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tome unos minutos para familiarizarse con las políticas nacionales sobre la atención a los lactantes recién nacidos expuestos al VIH. ▪ Lea los 2 estudios de casos mencionados abajo sobre la atención inmediata al recién nacido expuesto al VIH. ▪ Comparta sus respuestas con otros participantes en la plenaria de grupo. |

Ejercicio 3.4 Atención inmediata del lactante recién nacido expuesto al VIH: Estudio de caso

Estudio de casos 1

Débora acaba de tener a su hijo, William. Dio VIH-positivo durante el trabajo de parto.

¿Qué intervenciones infantiles específicas de VIH se requieren después del nacimiento?

¿Cuáles son los componentes de la atención de seguimiento a William?

¿Cómo se puede ayudar a Débora a manejar la atención relacionada con el VIH para sí misma y su hijo?

Estudio de casos 2

Samanta, la hija recién nacida de Consuelo (que es VIH-positiva), está irritable y llora a menudo. La suegra de Consuelo, que está visitándola en el establecimiento y le ayudará a cuidar al lactante después del parto, está preocupada. De casualidad, usted le oye decir a Consuelo reiteradamente que el bebé necesita la leche materna y que el sustituto de la leche materna no está satisfaciéndole.

¿Qué puede hacer para ayudar a Consuelo en este momento estresante?

¿Qué apoyo necesitará Consuelo del programa de PTMI para seguir usando el sustituto de la leche materna después del parto?

Estudio de caso de nacimiento en casa

Luisa fue diagnosticada como VIH-positiva durante una visita de atención prenatal antes de tener el parto en casa. Ha regresado al centro de salud 6 días después del nacimiento de Teresa, su hija. La bebé parece ser feliz, está bien hidratada y prospera. Luisa está convencida de que no tiene VIH y que el bebé no está en peligro. En realidad, no le dio el jarabe de NVP a Teresa porque la bebé “no lo necesitaba” y Luisa está amamantando a Teresa.

¿Es esta una respuesta característica en su entorno?

¿Qué servicios le ofrecería a esta madre?

¿Qué seguimiento y referencias son necesarios para esta madre y su hija?

¿Cómo tratará su negación al diagnóstico y al riesgo para su hija?

Módulo 3: Puntos clave

- Integrar servicios de PTMI en los servicios esenciales de la atención prenatal promueve una mejor atención para todas las mujeres embarazadas y brinda una oportunidad óptima para un programa de PTMI exitoso.
- Intervenciones específicas para reducir la TMI incluyen el tratamiento con ARV y la profilaxis, procedimientos de parto más seguros, y la orientación y el apoyo para la alimentación segura del lactante.
- El uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y la profilaxis reduce el riesgo de TMI. Los regímenes combinados de curso más largo son más eficaces, pero los regímenes de profilaxis de corta duración quizá sean más factibles en algunas situaciones de recursos limitados.
- La profilaxis de NPC y la prevención y el tratamiento de la TB y la malaria forman parte de la atención integral a las madres infectadas por el VIH y a sus lactantes.
- Los procedimientos de parto más seguros incluyen evitar procedimientos obstétricos invasores innecesarios y ofrecer la opción de la cesárea electiva cuando sea segura y factible.
- Las opciones de alimentación de lactantes para reducir al mínimo el riesgo de TMI requieren apoyo y orientación en toda la atención prenatal, el trabajo de parto y el postparto.

APÉNDICE 3-A Regímenes de profilaxis antirretroviral para prevenir la TMI

Deben proporcionarse tratamientos, atención y apoyo relacionados con el VIH durante los períodos prenatales y postparto. A todos los lactantes expuestos al VIH se les debe dar seguimiento para el diagnóstico del VIH y recibir atención, tratamiento y apoyo de las infecciones oportunistas.

Todos los regímenes se administran por vía oral. Las formulaciones pediátricas están disponibles para los principales medicamentos que se utilizan en los regímenes actuales para prevenir la TMI (ZDV, NVP, 3TC). Se deben realizar esfuerzos para monitorear los efectos secundarios y apoyar la adherencia materno-infantil.

| CURSO | PRENATAL | INTRAPARTO | POSTPARTO | POSTNATAL |
|--|---|--|---|--|
| Zidovudina (ZDV) y nevirapina (NVP) | Madre: ZDV 300 mg dos veces al día que comienza a las 28 semanas o lo antes posible posteriormente | Madre: ZDV 300 mg al inicio del trabajo de parto y cada 3 horas hasta el parto y una dosis única de NVP de 200 mg al inicio del trabajo de parto ó ZDV 600 mg al inicio del trabajo del parto y dosis única de NVP 200 mg al inicio del trabajo de parto | Ninguno | Lactante: NVP suspensión oral 2mg/kg ó 6 mg inmediatamente después del nacimiento+ y ZDV 4 mg/kg 2 veces al día durante 7 días ó NVP 2 mg/kg en suspensión oral inmediatamente después del nacimiento |
| ZDV | Madre: ZDV 300 mg dos veces al día comenzando a las 28 semanas o cuanto antes sea posible posteriormente | Madre: ZDV 600 mg al inicio del trabajo de parto ó ZDV 300 mg al inicio del trabajo de parto y cada 3 horas hasta el parto | Ninguno | Lactante: ZDV 4 mg/kg dos veces al día durante 7 días ó ZDV 2 mg/kg 4 veces un día durante 7 días |
| ZDV y NVP para el lactante (cuando la madre no ha recibido profilaxis de ARV) | Ninguno | Ninguno | Ninguno | Lactante: NVP 2 mg/kg suspensión oral inmediatamente después del nacimiento y ZDV 4 mg/kg dos veces al día durante 7 días. Cuando la suspensión oral de ZDV no esté disponible, NVP 2 mg/kg tan pronto como sea posible después del parto y una dosis de NVP 72 horas después del nacimiento |
| NVP | Ninguno | Madre: NVP dosis única 200 mg al inicio del trabajo de parto | Ninguno | Lactante: NVP 2 mg/kg en suspensión oral inmediatamente después del nacimiento |
| ZDV y lamivudina (3TC) | Madre: ZDV 300 mg y 3TC 150 dos veces al día iniciando a las 36 semanas o cuanto antes sea posible posteriormente | Madre: ZDV 300 mg al inicio del trabajo del parto y cada 3 horas hasta el parto y 3TC 150 mg al inicio del parto y cada 12 horas hasta el parto | Madre: ZDV 300 mg y 3TC de 150 mg dos veces al día durante 7 días | Lactante: ZDV 4 mg/kg y 3TC 2 mg/kg dos veces al día durante 7 días |



= Régimen de alta eficacia

+ Los lactantes a los que se receta dosis única de NVP pueden recibir la dosis inmediatamente después del parto o antes de que sean dados de alta. Muchos programas de PTMI han encontrado esto más práctico que administrar la dosis 72 horas después del parto.

APÉNDICE 3-A Regímenes de profilaxis antirretroviral para prevenir la TMI (continuación)

| CURSO | PRENATAL | INTRAPARTO | POSTPARTO | POSTNATAL |
|---|--|--|---|--|
| ZDV y 3TC | Ninguno | Madre: ZDV 600 mg y los 3TC 150 mg al inicio del trabajo de parto seguido de ZDV 300 mg cada 3 horas y 3TC 150 mg cada 12 horas hasta el parto | Madre: ZDV 300 mg y 3TC 150 mg dos veces al día para 7 días | Lactante: ZDV 4 mg/kg y 3TC 2 mg/kg dos veces al día durante 7 días |
| ZDV + 3TC + abacavir (ABC) ○ saquinavir + una dosis baja de ritonavir (SQV/r) ○ Nefinalvir (NFV)* (Este régimen puede considerarse para la profilaxis TMI en mujeres que no necesitan terapia de ARV) | Madre: ZDV 300 mg, 3TC 150 mg y ABC 300 mg dos veces al día comenzando a las 36 semanas o cuanto antes posteriormente ○ SQV/r (saquinavir 1000 mg/ritonavir 100 mg) dos veces al día iniciando a las 36 semanas o cuanto antes posteriormente ○ NFV 1250 mg dos veces al día comenzando a las 36 semanas o cuanto antes posteriormente | Madre: Seguir el régimen de dosificación prenatal | Ninguno | Lactante: NVP 2 mg/kg suspensión oral de inmediato ○ ZDV 4 mg/kg dos veces un día durante 7 días ○ NVP 2 mg/kg suspensión oral y ZDV 4 mg/kg dos veces al día durante 7 días |
| ZDV o estavudina (d4T) + 3TC + NVP** (Cuando se usa para el tratamiento en mujeres embarazadas, este régimen también le proporciona profilaxis de TMI) | Madre: ZDV 300 mg y 3TC 150 mg y NVP 200 mg dos veces al día ○ d4T 40 mg, 3TC 150 mg y NVP 200 mg dos veces al día comenzando a las 36 semanas o cuanto antes sea posible posteriormente | Madre: Seguir el régimen de dosificación prenatal | Ninguno | Lactante: NVP 2 mg/kg suspensión oral de inmediato ○ ZDV 4 mg/kg dos veces un día durante 7 días ○ NVP 2 mg/kg suspensión y ZDV 4 mg/kg dos veces al día durante 7 días |

* En las mujeres que no requieren ARV, pueden considerarse los regímenes alternativos de combinación triple para la profilaxis de TMI. Si la mujer está en el tercer trimestre del embarazo, estos regímenes pueden incluir ZDV + 3TC + nelfinavir (NFV) o ZDV + 3TC + efavirenz (EFV).

** En las mujeres que requieren ARV, este es el régimen de primera línea recomendado. Sin embargo, en el tercer trimestre del embarazo, un régimen que consta de ZDV (o d4T) + 3TC + EFV puede considerarse.

APÉNDICE 3-B Situaciones y recomendaciones clínicas para el uso de drogas antirretrovirales en mujeres embarazadas y en mujeres en edad fértil en situaciones de recursos limitados

| Situación clínica | Recomendación |
|--|--|
| <p>A: Mujeres infectadas por VIH con indicaciones para iniciar el tratamiento con ARV¹ que potencialmente pueden estar embarazadas</p> | <p>Regímenes de primera línea: ZDV + 3TC + NVP o d4T + 3TC + NVP</p> <p>Efavirenz (EFV) debe evitarse en las mujeres en edad fértil, a menos que pueda asegurarse la anticoncepción eficaz. Excluir el embarazo antes de comenzar el tratamiento con EFV.</p> |
| <p>B: Mujeres infectadas por VIH bajo tratamiento con ARV que resulten embarazadas</p> | <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir el régimen de los ARV actuales² a menos que contenga EFV. Si se hace, la sustitución con un NVP o una PI debe considerarse en el primer trimestre. ▪ Siga el mismo régimen de los ARV durante el período intraparto y después del parto. <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si es nacido de mujer que recibe la 1ª o 2ª línea de régimen de ARV: 1 semana de ZDV o NVP dosis única o 1 semana de ZDV y dosis única de NVP. |
| <p>C: Mujeres embarazadas infectadas por VIH con indicaciones para el tratamiento con ARV¹</p> | <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siga las normas de tratamiento como para adultas no embarazadas excepto que EFV no debe darse en el primer trimestre. ▪ Regímenes de primera línea: ZDV + 3TC + NVP o d4T + 3TC + NVP ▪ Considerar la posibilidad de retrasar la terapia hasta después del primer trimestre, aunque en las mujeres gravemente enfermas los beneficios de la terapia temprana claramente pesan más que los riesgos potenciales. <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 semana ZDV o dosis única de NVP o 1 semana de ZDV y dosis única de NVP. |

APÉNDICE 3-B Situaciones y recomendaciones clínicas para el uso de drogas antirretrovirales en mujeres embarazadas y en mujeres en edad fértil en situaciones de recursos limitados *(continuación)*

| Situación clínica | Recomendación |
|--|---|
| <p>D: Mujeres embarazadas infectadas por VIH sin indicaciones para el tratamiento con ARV¹</p> | <p>El régimen de primera elección: ZDV y NVP</p> <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ZDV comenzando a las 28 semanas o cuanto antes. Siga con ZDV a la misma dosis durante el trabajo de parto. Además, las mujeres deben recibir dosis única de NVP al inicio del trabajo de parto. <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis única NVP y 1 semana de ZDV³ <p>Régimen alternativo: NVP sólo</p> <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis única de NVP <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis única de NVP <p>Régimen alternativo: ZDV sólo</p> <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ZDV comenzando a las 28 semanas o cuanto antes. Continúe durante el trabajo de parto. <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 semana de ZDV³ <p>Régimen alternativo: ZDV + 3TC</p> <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ZDV + 3TC iniciando a las 36 semanas o cuanto antes. Continúe durante el trabajo de parto y durante 1 semana después del parto. <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-semana de ZDV + 3TC |
| <p>E: Mujeres embarazadas infectadas por VIH con indicaciones para el comienzo del tratamiento con ARV¹ pero el tratamiento todavía no está disponible</p> | <p>Siga las recomendaciones en la Situación D, pero use preferiblemente el régimen más eficaz que esté disponible y factible.</p> |
| <p>F: Mujeres embarazadas infectadas por VIH con tuberculosis activa</p> | <p>Si el tratamiento con ARV se inicia, considerar⁴: (ZDV o d4T) + 3TC + SQV/r.</p> <p>Si el tratamiento se inicia en el tercer trimestre puede considerarse (ZDV o d4T) + 3TC +EFV .</p> <p>Si no se inicia tratamiento con ARV, siga las recomendaciones de la Situación D.</p> |

APÉNDICE 3-B Situaciones y recomendaciones clínicas para el uso de drogas antirretrovirales en mujeres embarazadas y en mujeres en edad fértil en situaciones de recursos limitados *(continuación)*

| Situación clínica | Recomendación |
|---|--|
| <p>G: Mujeres embarazadas con estado desconocido de VIH en el momento del trabajo de parto o mujeres en el trabajo de parto infectadas por VIH que no han recibido medicamentos ARV antes del trabajo de parto</p> | <p>Si hay tiempo, ofrezca las pruebas de VIH y consejería a las mujeres con estado desconocido de VIH y si es positiva, iniciar profilaxis de los ARV intraparto.</p> <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis única de NVP. Si está en trabajo de parto avanzado no administrar la dosis pero seguir las recomendaciones en la Situación H <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis única de NVP <p>Las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el trabajo de parto ZDV + 3TC y 1 semana de ZDV + 3TC en postparto <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-semana ZDV+3TC <p>Si no hay tiempo suficiente para las pruebas del VIH y la consejería durante el trabajo de parto, ofrezca la prueba y consejería cuanto antes después del parto. Siga las recomendaciones de la Situación H para las mujeres que dan positivo después del parto.</p> |
| <p>H: Lactantes nacidos de las mujeres infectadas por VIH que no han recibido ningún medicamento ARV</p> | <p>Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis única de NVP cuanto antes después del nacimiento y 1 semana de ZDV <p>Si el régimen se comienza más de 2 días después del nacimiento, tiene poca probabilidad de ser eficaz.</p> |

¹ Las recomendaciones de la OMS para el tratamiento de iniciación con ARV en los adolescentes y adultos infectados por VIH. Si la prueba para CD4 está disponible, se recomienda ofrecer el tratamiento con ARV a los pacientes con: enfermedades de estadio IV de la OMS independientemente del recuento de células de CD4; enfermedad de estadio III de la OMS con consideración de usar los recuentos de células de CD4 menores a 350 10⁶células/L para ayudar a tomar decisiones; y enfermedades de estadio I y II de la OMS en presencia de un recuento de células de CD4 menor que 200 10⁶células/L. Si la prueba de CD4 no está disponible, se recomienda ofrecer tratamiento con ARV a los pacientes con enfermedades de estadio III y IV de la OMS independientemente del recuento de linfocitos o enfermedades de estadio II de la OMS con un recuento de linfocitos total menor que 1200 10⁶células/L.

² Seguir el monitoreo clínico y la realización de laboratorios establecido en la revisión de las normas de tratamiento de la OMS en el 2003 (74).

³ Dar al lactante ZDV durante cuatro a seis semanas puede considerarse si la madre recibió medicamentos ARV antes del parto por menos de cuatro semanas.

⁴ ABC puede usarse en lugar de SQV/r; sin embargo, la experiencia con ABC durante el embarazo es limitada. En la fase de continuación sin rifampicina del tratamiento de tuberculosis, puede iniciarse un régimen de ARV que contenga NVP.

Fuente: OMS. *Medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de las mujeres embarazadas y la prevención de la infección por VIH en los lactantes: Las normas para la atención, el tratamiento y apoyo a las mujeres que viven con infección por el VIH/SIDA y sus hijos en las situaciones de recursos limitados.* 2004. Pp. 39-41.



Módulo 4 Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH

- SESIÓN 1** Recomendaciones mundiales para la alimentación del lactante y niños pequeños
- SESIÓN 2** Opciones de alimentación
- SESIÓN 3** Consejería y apoyo de alimentación de lactantes
-

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Describir las recomendaciones mundiales actuales para la alimentación del lactante en el contexto del VIH.
- Comprender la importancia de la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño para la salud del niño, su nutrición, crecimiento y desarrollo.
- Definir las opciones principales para la alimentación del lactante y las ventajas y desventajas de cada uno.
- Describir los pasos para aconsejar a las madres que están infectadas por VIH acerca de la alimentación del lactante.
- Comprender la importancia del seguimiento y apoyo postnatal requerido para la alimentación apropiada del lactante.

| Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional |
|--|
| <p>Sesión 2</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Política y recomendaciones nacionales de la alimentación del lactante con VIH <p>Sesión 3</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Normas nacionales de consejería y apoyo sobre la alimentación del lactante |



La *Guía de bolsillo* contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 **Recomendaciones globales para la alimentación del lactante y de los niños pequeños**

Introducción

El tratamiento antirretroviral (ARV) y la profilaxis han reducido de forma sustancial la transmisión maternoinfantil del VIH (TMI). La profilaxis de ARV, sin embargo, no proporciona protección a largo plazo al lactante que está amamantándose.

Sin intervención, entre un 5 y un 20% de los lactantes amamantados por madres seropositivas contraen la infección. Las prácticas de alimentación a lactantes que siguen cuidadosamente las normas nacionales o de Naciones Unidas pueden reducir la probabilidad de TMI mediante la lactancia materna y reducir el riesgo de mortalidad infantil por diarrea y otras infecciones de la niñez.

Datos básicos sobre la desnutrición, alimentación del lactante y supervivencia infantil

- La desnutrición es la causa subyacente de muerte mundial en cerca del 60% de niños menores de 5 años de edad y en cerca del 50% de niños de la misma edad en África.
- El bajo peso se asoció con 3,7 millones de defunciones en todo el mundo en el año 2000, y la mayoría de las defunciones ocurrieron en niños menores de 5 años de edad.
- Malas prácticas alimenticias, como aquellas que proporcionan un balance nutricional insuficiente o contribuyen a la diarrea, son una causa principal del peso bajo y de la morbilidad y mortalidad en los niños.
- La orientación y el apoyo en la alimentación del lactante pueden mejorar las prácticas alimenticias y, a su vez, prevenir la desnutrición y reducir el riesgo de muerte en los niños.
- Para las madres que son VIH-positivas, la orientación y el apoyo pueden conducir a mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y también ayudar a prevenir la TMI.

Recomendaciones de Naciones Unidas sobre la alimentación de lactantes para las madres VIH-negativas y madres con estado desconocido de VIH

- Lactancia materna exclusiva (vea definición más abajo) durante los primeros meses de vida.
- Siga amamantando hasta los 2 años o más.
- Tras cumplir el lactante 6 meses de edad, introduzca los alimentos complementarios que proporcionan equilibrio nutricional suficiente y son seguros.

Las madres también deben recibir información acerca del riesgo de contraer el VIH al final del embarazo o durante la lactancia materna. A las mujeres con estado desconocido de VIH deben alentárseles a ser examinadas para detectar el virus.

Definición

Lactancia materna exclusiva: La madre da a su lactante sólo leche materna salvo gotas o jarabes que contienen vitaminas, suplementos minerales, o medicinas. El niño amamantado de forma exclusiva no recibe alimentos o bebidas al margen de la leche materna— inclusive agua.

Recomendaciones sobre la alimentación a lactantes para madres que están infectadas por VIH

- Cuando la alimentación de reemplazo es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda evitar toda la lactancia materna de madres VIH-positivas. (Vea las “Definiciones” a continuación.)
- De otro modo, la lactancia materna exclusiva se recomienda durante los primeros meses de vida.
- Para reducir al mínimo el riesgo de transmisiones de VIH, las madres que son VIH positivas deben discontinuar la lactancia materna exclusiva en cuanto sea posible, tener en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y los riesgos de la alimentación de reemplazo (que incluyen desnutrición y otras infecciones al margen del VIH).
- Todas las madres VIH-positivas deben recibir orientación, la cual incluye información general acerca de los riesgos y los beneficios de las distintas opciones de alimentación a lactantes y orientación específica para seleccionar la opción más apropiada para su situación.
- Cualquier elección que una madre haga, debe apoyarse.

No hay ninguna evidencia que indique un tiempo específico para la interrupción temprana de la lactancia materna para todas las madres—depende de la situación individual de cada madre.

Se recomienda que los países establezcan sus propias normas teniendo en cuenta estas recomendaciones.

Definiciones

Aceptable: La madre no percibe ninguna barrera(s) significativa(s) para elegir una opción de alimentación por razones culturales o sociales o por temor al estigma y la discriminación.

Factible: La madre (u otro miembro de la familia) tiene tiempo adecuado, conocimiento, aptitudes y otros recursos para preparar tomas y para alimentar al lactante, así como el apoyo para hacer frente a las presiones familiares, comunitarias y sociales.

Asequible: La madre y la familia, con apoyo de la comunidad y/o los sistemas de salud disponibles, pueden pagar por los costos de las tomas de reemplazo—incluidos todos los ingredientes, combustible y agua limpia—sin comprometer la salud y el gasto nutricional de la familia.

Sostenible: La madre tiene acceso a un suministro continuo e ininterrumpido de todos los ingredientes y productos básicos necesarios para ejecutar la opción de alimentación con seguridad durante el tiempo que el lactante lo necesite.

Seguro: Los alimentos de reemplazo son almacenados correcta e higiénicamente y se preparan en cantidades nutricionalmente adecuadas; los lactantes son alimentados con manos limpias usando utensilios limpios, preferentemente en taza.

Código Internacional de Comercialización de los Sustitutos de la Leche Materna

La importancia de apoyar las prácticas de menor riesgo en la alimentación de lactantes se ejemplifica en el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna. Este código ayuda a proporcionar nutrición segura y adecuada a los niños mediante:

- El apoyo del uso adecuado de los sustitutos de la leche materna cuando sea necesario
- Los sistemas apropiados para asegurar la comercialización, obtención, y distribución del sustituto de la leche materna
- La protección y la promoción de las prácticas seguras de lactancia materna

| Ejercicio 4.1 Estrategias para la alimentación óptima: Discusión en plenaria | |
|---|--|
| Propósito | Para examinar las estrategias de alimentación óptima de los lactantes y los niños pequeños Para aplicar la política o protocolo nacional sobre el VIH y la alimentación de lactantes |
| Duración | 15 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifique la política o protocolo nacional sobre el VIH y la alimentación de lactantes. ▪ ¿Está claro, es compatible con recomendaciones internacionales y proporciona orientación para su establecimiento de salud? ▪ Lea en voz alta los siguientes criterios en el rotafolio o pizarra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptable ▪ Factible ▪ Asequible ▪ Sostenible ▪ Seguro ▪ Considere a las madres que usted ha conocido en su trabajo. ¿Estarían preparadas para ejecutar la alimentación de reemplazos basada en los criterios anteriores? ▪ ¿Qué otras cosas se le ocurren que puedan influir sobre la elección de una madre entre las distintas opciones de alimentación? Ejemplo: influencias culturales |

Orientación y apoyo para poner en práctica las recomendaciones de alimentación de lactantes

- Proporcione consejería a todas las madres VIH-positivas que incluya información general acerca de las ventajas y las desventajas de diversas opciones de alimentación de lactantes, así como orientación específica para seleccionar la opción más apropiada a su situación.
- Apoye la elección de la madre, sea cual sea la opción de alimentación que elija.
- Realice evaluaciones locales para identificar la gama de opciones de alimentación que sean aceptables, factibles, asequibles, sostenibles y seguras en los contextos particulares.
- Desarrolle información y educación acerca de TMI, incluidos datos sobre la transmisión por la leche materna, y proyecte el material al público, las comunidades afectadas y las familias.
- Capacite, supervise y apoye un número suficiente de personas que puedan aconsejar a las mujeres seropositivas acerca de la alimentación del lactante.

- Imparta capacitación actualizada a los consejeros cuando surjan nueva información y recomendaciones.
- Empodere a los trabajadores de salud para que proporcionen orientación sobre alimentación efectiva.
- Extienda los servicios de los trabajadores de salud al resto de la comunidad, usando voluntarios capacitados o consejería de pares.

SESIÓN 2 Opciones de alimentación durante los 6 primeros meses

Tomar decisiones sobre la alimentación del lactante

Las madres con infección por VIH deben considerar muchos factores al escoger la mejor opción de alimentación para sus lactantes. Los trabajadores de salud, conforme a las normas nacionales, juegan una función importante para guiar el proceso de toma de decisiones, proporcionando orientación sobre la alimentación de lactantes que incluye lo siguiente:

- Información acerca del riesgo de transmisión del VIH mediante la lactancia materna
- Ventajas y desventajas de cada opción disponible
- Respeto por las costumbres locales, las prácticas y creencias cuando se ayuda a la madre a escoger entre las opciones de alimentación de lactantes

Los trabajadores de salud comparten la responsabilidad de proteger, promover y apoyar las prácticas de alimentación seguras y apropiadas. Además de apoyar las decisiones de las mujeres sobre la alimentación de sus lactantes, es importante referirlas a consejeros capacitados en alimentación de lactantes para asegurar un apoyo continuo durante los dos primeros años de crecimiento y desarrollo del niño. Programas como la iniciativa de Hospitales Amigos del Lactante han desempeñado también una función vital en esta tarea importante. (Vea la Sesión 3, Consejería y apoyo en torno al VIH en la alimentación de lactantes.)

Una mujer VIH-positiva tendrá que decidir entre alimentación de reemplazo o lactancia materna exclusiva.

Alimentación de reemplazo durante los 6 primeros meses de vida

La alimentación de reemplazo proporciona un sustituto de la leche materna a un lactante que no está recibéndola, proveyéndole de todos los nutrientes necesarios para el lactante hasta que pueda alimentarse plenamente con la comida familiar. Al contrario que la lactancia materna, no proporciona protección inmunológica contra otras enfermedades. Durante los primeros seis meses de vida, la alimentación de reemplazo debe realizarse con un sustituto adecuado de la lactancia materna. Después de seis meses, se debe complementar el sustituto con otros alimentos.

Si una mujer está considerando la alimentación de reemplazo para los primeros seis meses, existen dos tipos de sustitutos de leche materna: leche artificial comercial o modificada hecha en casa con suplementos de micronutrientes. Se recomienda más la alimentación en taza que la de botella o biberón. (Referirse al Apéndice 4-B.)

Opción 1: Lecha artificial comercial

Las ventajas y desventajas de usar leche artificial comercial se presentan en el cuadro 4.1. El cuadro 4.2 resume cuánta leche artificial comercial requiere el lactante a distintas edades.

Cuadro 4.1 Lecha artificial comercial

Ventajas

- La leche artificial comercial no entraña ningún riesgo de transmisión del VIH al lactante.
- Las leches artificiales comerciales se hacen especialmente para los lactantes.
- La leche artificial comercial incluye la mayoría de los nutrientes que necesita un lactante.
- Otros miembros de la familia pueden ayudar a alimentar al lactante.
- Si la madre se enferma, otros pueden alimentar a su lactante mientras se recupera.

Desventajas

- La leche artificial comercial no contiene anticuerpos, que protegen a los lactantes de las infecciones. A un lactante que se le alimenta exclusivamente con leche artificial comercial tiene mayor probabilidad de padecer diarrea y neumonía y puede sufrir de desnutrición.
- Se requiere un suministro continuo de leche artificial confiable para prevenir la desnutrición.
- La leche artificial comercial es costosa.
- Las familias necesitan jabón para limpiar las tazas y utensilios utilizados en la preparación de la leche artificial.
- La preparación segura de leche artificial comercial requiere agua limpia, hervida vigorosamente durante un par de segundos; esto también requiere combustible.
- La leche artificial debe prepararse justo antes de alimentar al lactante, durante el día y la noche, según las indicaciones.
- El lactante necesita beber de la taza, lo que puede llevar tiempo.
- La madre debe dejar de amamantar completamente, o seguirá estando en riesgo de transmitir el VIH a su lactante.
- En algunos entornos, la familia, los vecinos o los amigos pueden preguntar a una madre que no amamanta acerca de su estado de VIH. (Vea la Sesión 3 de este módulo).
- La alimentación con leches artificiales no le ofrece a la madre ninguna protección contra el embarazo.

Cuadro 4.2 requisitos de lecha artificial comercial en los primeros 6 meses

| Mes | Latas de 500g/mes | Latas de 450g/mes |
|--------------|-------------------|-------------------|
| 1 | 4 | 5 |
| 2 | 6 | 6 |
| 3 | 7 | 8 |
| 4 | 7 | 8 |
| 5 | 8 | 8 |
| 6 | 8 | 9 |
| Total | 40 | 44 |

Opción 2: Leche de animales modificada en casa

La leche de animales modificada en casa es sólo apropiada cuando la leche artificial comercial no está disponible. Los lactantes requieren cerca de 15 litros de leche de animales modificada al mes durante los seis primeros meses. Los bebés requerirán suplementos de multinutrientes, en líquido o en polvo, para ayudar a prevenir la anemia y otras manifestaciones de la desnutrición. La preparación y el almacenamiento seguro de la leche de animales modificada en casa es también esencial para preservar el valor nutritivo y reducir al mínimo el riesgo de desnutrición.

La leche modificada puede estar preparada en casa usando la leche fresca de animales, la leche en polvo seca o la leche evaporada. La preparación de la leche modificada con cualquiera de estos tipos de leche incluye las modificaciones para acoplar la leche a las necesidades de los lactantes hasta los 6 meses de edad. Las modificaciones incluyen diluir la leche con agua hervida en cantidades precisas para reducir la concentración y agregar azúcar para aumentar la densidad de energía de la leche. La cantidad necesaria de dilución varía según las distintas leches de animales. No se requiere dilución para los lactantes mayores de 6 meses quienes también deben estar recibiendo alimentos complementarios.

El cuadro 4.3 enumera las ventajas y las desventajas de usar la leche artificial modificada en casa.

Leches apropiadas y no apropiadas

No todas las leches son apropiadas para ser usadas como fórmulas modificadas en casa.

Las siguientes leches son apropiadas para la leche de animales modificada en casa:

- Leche fresca de vaca (entera o con toda su crema), cabra, oveja, búfalos o camellos
- Leche entera o con toda su crema en polvo
- Leche evaporada
- Leche ultra pasteurizada (UHT)

Las siguientes leches y líquidos no son apropiados como leche de animales modificada en casa:

- Leche de animales fresca ya diluida en cantidades desconocidas
- Leche descremada o baja en grasa en polvo
- Leche endulzada o condensada
- Atoles delgados a base de cereal
- Jugo de fruta, té o refrescos gaseosos

A los lactantes que se les alimentan con las leches animales modificadas en casa se les debe suplementar con micronutrientes porque las leches de animales son relativamente bajas en hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico.

Cuadro 4.3 Leche de animales modificada en casa

Ventajas

- La leche artificial modificada en casa no presenta ningún riesgo de transmisión del VIH.
- La leche artificial modificada en casa puede ser menos costosa que la versión comercial y está fácilmente disponible si la familia tiene animales lecheros.
- Las madres y los cuidadores que ya estén usando la leche artificial comercial pueden usar la leche artificial modificada en casa cuando la comercial no está disponible.
- Otros miembros de la familia pueden ayudar a alimentar al lactante.
- Si la madre se enferma, otros pueden alimentar a su lactante mientras se recupera.

Desventajas

- La leche de animales modificada en casa no contiene anticuerpos que protegen a los lactantes de infecciones.
- A un lactante que se le alimenta exclusivamente con leche artificial modificada en casa tiene mayor probabilidad de contraer diarrea y neumonía, y puede padecer desnutrición.
- La leche de animales modificada en casa no contiene todos los nutrientes y micronutrientes que los lactantes necesitan, especialmente en los seis primeros meses de vida.
- Las fórmulas basadas en las leches de animales son más difíciles de digerir.
- La madre o el cuidador necesitan preparar la leche artificial modificada en casa justo antes de cada alimentación, día y noche, a menos que tenga acceso a un refrigerador.
- La madre o el cuidador debe diluir la leche de animales modificada en casa con agua limpia (hervida vigorosamente durante 1–2 segundos) y agregar la cantidad correcta de azúcar, según las normas.
- La madre debe dejar de amamantar completamente, o seguirá el riesgo de transmitir el VIH a su lactante.
- Las familias necesitarán tener acceso a un suministro regular de leche de animales, azúcar, jarabe o polvo con multinutrientes, combustible para hervir el agua y el jabón para limpiar las tazas y los utensilios usados en preparación de la fórmula.
- La alimentación con taza se recomienda pero aprender a utilizarle puede tomar tiempo. (Vea el apéndice 4-B.)
- En algunos entornos, una madre que no amamanta puede ser cuestionada acerca de su estado de VIH por su familia, sus vecinos o amigos. (Vea la Sesión 3 de este módulo.)
- La alimentación con leche artificial no le ofrece a la madre ninguna protección contra el embarazo.

Distintas opciones en la alimentación con leche materna

Las madres que eligen amamantar deben ser advertidas de que:

- Entre un 5 y un 20% de los lactantes amamantados por madres VIH-positivas puede contraer la infección por VIH a través de la lactancia materna.

- La profilaxis de ARV proporcionada durante el trabajo de parto y al lactante poco después de nacer no proporciona protección a largo plazo al lactante que se está amamantando.
- El riesgo de transmitir el VIH al lactante mediante la lactancia materna aumenta:
 1. Cuando la mujer está enferma (según medidas clínicas o de laboratorio)
 2. Cuando tiene mastitis, abscesos en el pecho u otras condiciones similares
 3. Cuando el niño tiene úlceras bucales

Opción 1: Lactancia materna exclusiva

Las ventajas y desventajas de la lactancia materna exclusiva se presentan en el cuadro 4.4.

| Cuadro 4.4 Lactancia materna exclusiva |
|---|
| <p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La leche materna es fácilmente digerible y le da a los lactantes toda la nutrición y agua que necesitan. No necesitan otro líquido o alimentos durante los 6 primeros meses. ▪ La leche materna siempre está disponible y no necesita ninguna preparación especial. ▪ La leche materna protege a los lactantes y a los niños de las enfermedades, en particular la diarrea y neumonía. ▪ La lactancia materna estimula el estrecho contacto entre la madre y el niño, profundizando la relación emocional. ▪ Comparado con la lactancia mixta, la lactancia materna exclusiva durante unos pocos meses puede bajar el riesgo de transmitir el VIH. ▪ La lactancia materna reducir el riesgo de la madre de contraer ciertos tipos de cáncer y le ayuda a espaciar sus embarazos. <p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El riesgo de TMI existe mientras la madre que es VIH-positiva amamante, porque la lactancia materna expone al lactante al VIH. ▪ El riesgo de la transmisión del VIH mediante la lactancia materna aumenta si la madre tiene una infección de pecho (ejemplo: mastitis) o pezones resquebrajados y con hemorragia. ▪ La familia, los amigos o los vecinos pueden presionar a las madres para dar agua u otros líquidos o alimentos al lactante. ▪ Aunque casi todas las madres tienen leche suficiente para alimentar a sus lactantes, muchas están preocupadas porque piensan que no tienen suficiente. ▪ La lactancia materna requiere alimentar al lactante al menos 8–10 veces al día ▪ Las madres que trabajan pueden tener dificultades para amamantar exclusivamente una vez que regresan al trabajo, a menos que puedan extraer privadamente la leche necesaria durante la jornada y almacenarla en un lugar fresco. ▪ Las madres que amamantan tienen que tomar entre 500–750 kcal/día adicionales a diario para apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de su hijo. |

Opción 2: Lactancia materna exclusiva con interrupción temprana

Las madres seropositivas que deciden amamantar deben descontinuar la lactancia materna tan pronto la alimentación de reemplazo sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura para ellas y sus bebés, según las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y los riesgos que la alimentación de reemplazo supone para la edad del lactante.

Antes de entrar al período de interrupción de lactancia materna, que puede llevar desde unos pocos días a dos semanas, las madres que son VIH-positivas deben recibir apoyo y orientación para mantener la salud de la mamá, el apoyo psicosocial, y el apoyo nutricional de los lactantes.

Las ventajas y desventajas de la lactancia materna exclusiva con interrupción temprana se presentan en el cuadro 4.5.

| Cuadro 4.5 Lactancia materna exclusiva con interrupción temprana |
|--|
| <p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La interrupción temprana de la lactancia materna termina la exposición del lactante al VIH mediante la lactancia materna. |
| <p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Los lactantes pueden padecer desnutrición después de la interrupción de la lactancia materna si los sustitutos apropiados de la leche materna no están disponibles o se proporcionan inadecuadamente.▪ Los lactantes pueden estar en mayor riesgo de diarrea si los sustitutos de la leche materna no están preparados de forma segura.▪ La alimentación con taza requiere paciencia y tiempo por parte de asistenciales cuidadores. Si fuera posible, las madres deben aprender cómo alimentar a los lactantes, usando una taza y leche materna extraída, antes de interrumpir la lactancia materna. (Vea el Apéndice 4-B para un resumen de las ventajas de la alimentación con taza y sugerencias prácticas para dicha alimentación.)▪ Los lactantes pueden tornarse ansiosos y deshidratados si la interrupción de la lactancia materna es demasiado rápida.▪ Los alimentos complementarios deben estar disponibles una vez que haya finalizado la lactancia materna. En el Apéndice 4-C se incluye información sobre la alimentación complementaria después de 6 meses.▪ Las mamas de las madres pueden tornarse ingurgitadas e infectarse durante el período de la transición si la leche no se exprime y se desecha.▪ Las madres están en riesgo de embarazarse si son sexualmente activas.▪ La interrupción temprana de lactancia materna no se recomienda para los lactantes que ya están infectados por el VIH. |

Opción 3: Nodriza

Las madres VIH-positivas, de acuerdo con la costumbre local, pueden considerar la posibilidad de usar a una nodriza como una opción de alimentación con leche materna. Es importante que las madres reciban orientación acerca del riesgo potencial de transmisión del VIH de una nodriza seropositiva o una nodriza con estado desconocido de VIH. El cuadro 4.6 presenta las ventajas y desventajas que presenta la nodriza.

Cuadro 4.6 Nodrizas

Ventajas

- El uso de una nodriza no conlleva ningún riesgo de transmisión del VIH si no está infectada por VIH.
- Muchas de las otras ventajas de la lactancia materna descritas anteriormente también aplican a la lactancia materna usando a una nodriza.

Desventajas

- La nodriza debe evaluarse y estar libre de la infección por VIH.
- La nodriza debe protegerse de la infección por VIH durante todo el tiempo que esté amamantando.
- La nodriza debe estar disponible para amamantar al lactante con frecuencia a lo largo del día y la noche, o debe exprimir la leche para proporcionarla cuando esté lejos del lactante.
- Las personas quizás pregunten a la madre por qué otra persona está amamantando a su bebé.

Nota: La educación y el apoyo adicional quizá sean necesarios para ayudar a las madres que deciden usar a las nodrizas. Por ejemplo, las madres y las nodrizas deben conocer las técnicas para la extracción de la leche materna, el uso de la leche materna tratada térmicamente y la opción de usar los bancos de leche materna.

Opción 4: Extracción y tratamiento térmico de la leche materna

El cuadro 4.7 presenta ventajas y desventajas de la extracción y el tratamiento térmico de la leche materna.

Cuadro 4.7 Extracción y tratamiento térmico de la leche materna

Ventajas

- El virus del VIH muere al calentar la leche.
- La leche materna es el alimento perfecto para los bebés, y la mayoría de los nutrientes quedan en la leche materna después de calentar.
- La leche materna siempre está disponible.
- Otros miembros responsables de la familia pueden ayudar con la alimentación del bebé.

Desventajas

- Aunque la leche materna tratada térmicamente no contiene el VIH, no puede ser tan eficaz como la leche materna no artificial.
- Extrayendo y calentando la leche materna toma tiempo y debe hacerse con frecuencia.
- El bebé necesitará beber de una taza, y puede tomar tiempo en aprender.
- La leche materna necesita almacenarse en un lugar fresco y usarse como máximo una hora después de haberse calentado.
- Las familias necesitarán agua limpia y combustible para lavar la taza del bebé y el envase usado para almacenar la leche materna.
- Las personas pueden preguntarse por qué la madre está extrayendo su leche.

| Ejercicio 4.2 Políticas nacionales y locales sobre la alimentación del lactante: Discusión en plenaria | |
|---|--|
| Propósito | <p>Reexaminar las políticas nacionales sobre las opciones de alimentación para los lactantes de madres seropositivas.</p> <p>Transmitir una comprensión de las ventajas y desventajas de las distintas opciones de alimentación y cómo hacer cada opción más segura y sana para el lactante y la madre.</p> |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examine los cuadros 4.1 a 4.6 en el manual del participante. Comparta sus percepciones sobre las ventajas y las desventajas de las opciones de alimentación de lactantes. Escriba las respuestas en el rotafolio. ▪ Examine las respuestas escritas en el rotafolio. ▪ Examine las barreras para conocer los siguientes criterios, según fueron tratados en el ejercicio anterior (Ejercicio 4.1). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptable ▪ Factible ▪ Asequible ▪ Sostenible ▪ Seguro ▪ Para cada opción de alimentación, comparta su perspectiva sobre las estrategias para reducir al mínimo las barreras a la alimentación segura de lactantes. ▪ Para cada opción de alimentación, anote en el rotafolio las estrategias para reducir al mínimo las barreras a la alimentación segura de lactantes. |

SESIÓN 3 Consejería y apoyo en alimentación de lactantes

Orientación sobre la alimentación del lactante

Una mujer seropositiva debe recibir orientación que incluya:

- Información acerca del riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna
- Información general acerca de las ventajas y desventajas de las distintas opciones de alimentación de lactantes
- Orientación que le ayude a seleccionar y adherirse a la opción más apropiada para su situación
- Respeto hacia las costumbres, prácticas y creencias locales al presentar las distintas opciones de alimentación de lactantes

Cuando se cuestiona el no amamantar

En muchas culturas, se espera que las mujeres amamenten a sus lactantes por un año o más. Si esto no ocurre, o si la lactancia materna se interrumpe temprano, pueden surgir preguntas acerca del estado de VIH de la madre. Cuando una mujer decide cómo alimentará a su hijo, idealmente durante el período prenatal, el trabajador de salud debe ayudarla a prepararse para responder a las preguntas sobre su elección.

Durante el proceso de consejería, los trabajadores de salud deben hacerles preguntas específicas a las mujeres, como por ejemplo ¿"qué dirá cuando su suegra o vecino le pregunte por qué no da el pecho a su hijo o por qué ha dejado de hacerlo"? El trabajador de salud puede ayudar a la madre a prepararse para responder a estas preguntas. La sesión de consejería también puede ser una oportunidad para tratar más a fondo los temas relacionados con la revelación del estado de VIH de la madre a la familia.

Conforme los programas de PTMI se amplían, las actividades de educación y movilización de la comunidad deben desarrollarse para ayudar a las mujeres a decidir si darán o no el pecho o si interrumpirán de forma temprana la lactancia materna. También deben ayudar a las madres que deciden amamantar exclusivamente a mantener esa elección.

En el Módulo 5, *Estigma y discriminación relacionados con la TMI* encontrará información sobre el estigma relacionado con la alimentación de reemplazo o la interrupción temprana de la lactancia materna.

La decisión final sobre la estrategia de alimentación de lactantes debe ser de la mujer, y se la debe apoyar en su decisión.

Capacitación adicional en la orientación y apoyo de alimentación de lactantes

La orientación en alimentación de lactantes para las mujeres que son VIH positivas es una parte integral de cada programa de PTMI y requiere que los consejeros tengan muchas aptitudes específicas. Existen cursos especiales de capacitación de la OMS acerca de la lactancia materna general y la consejería sobre la alimentación de lactantes y apoyo (un curso de 40 horas) y para la consejería en alimentación de lactantes en relación con el VIH (un curso de 3 días). Cuando sea posible, los trabajadores de atención de salud que proporcionan consejería en alimentación de lactantes deben tener una oportunidad para la capacitación adicional. Aptitudes específicas de consejería de alimentación de lactantes incluyen escuchar y aprender, ganarse la confianza del cliente, dar apoyo y proporcionar información.

Consejería, educación y apoyo en la alimentación de lactantes

- Proporcionados durante los períodos tanto prenatal como postnatal.
- Basados en las normas locales o nacionales e incluyen una comprensión de los recursos sostenibles accesibles a la madre y su familia.
- Basados en las circunstancias personales de la mujer, incluido su estado de salud, social y financiero, así como sus costumbres y creencias.
- Incluyen información sobre diversas opciones de alimentación, incluidas las ventajas y las desventajas de cada uno.
- Proporcionan a las mujeres las aptitudes necesarias para alimentar a sus lactantes con seguridad.
- Incluyen demostraciones y/o oportunidades para la práctica.
- Promueven la participación de las parejas o familiares en las decisiones de alimentación de lactantes.
- Apoyan a las mujeres cuando revelan su estado de VIH a sus seres queridos.

Visitas de consejería

Las madres seropositivas deben recibir orientación en alimentación de lactantes durante varias sesiones. Al menos una sesión de orientación debe tener lugar durante el período prenatal. Si fuera posible, haga esto en algún momento después de la orientación postprueba, pero no inmediatamente después de que la madre conozca los resultados de su prueba.

El consejero debe visitar a la madre y al lactante inmediatamente después del nacimiento y programar otra visita en 7 días para vigilar el progreso postparto y de alimentación de lactantes.

Es aconsejable programar las sesiones de seguimiento mensuales cuando la madre traiga al niño al consultorio para los chequeos de niños sanos o las inmunizaciones. Sesiones adicionales pueden requerirse durante los períodos de alto riesgo especiales, como cuando:

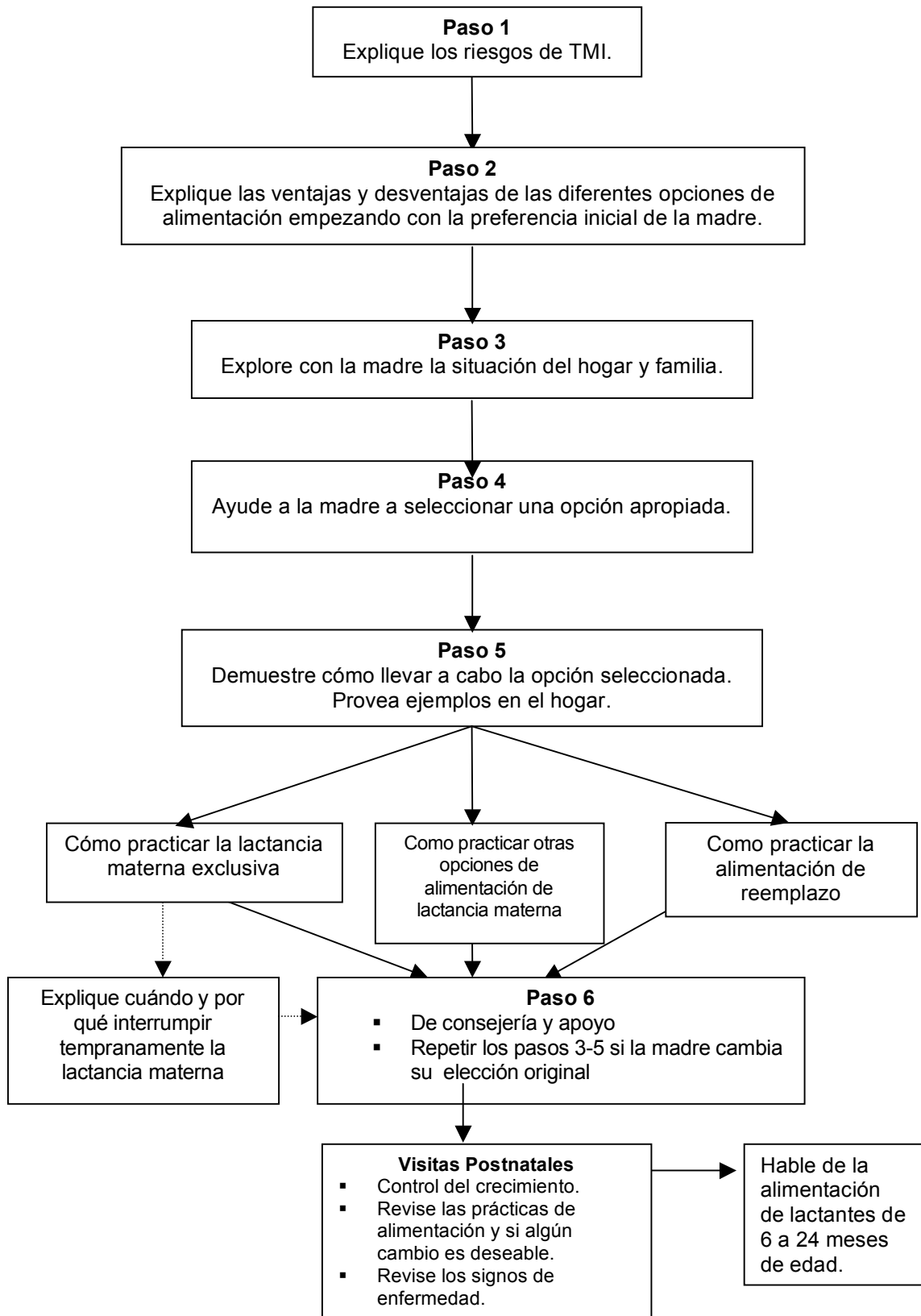
- El niño está enfermo
- Las madres regresan al trabajo
- La madre decide cambiar los métodos de alimentación

Pasos de consejería en alimentación de lactantes para mujeres infectadas por VIH

El flujograma en la figura 4.1 ilustra los seis pasos para aconsejar a las madres infectadas por el VIH sobre cómo pueden alimentar a su lactante. Use el flujograma de la página siguiente del modo descrito a continuación:

| |
|---|
| Si esta es la primera sesión de consejería en alimentación del lactante de la madre y es su primer hijo |
| <p><i>Si está en las primeras etapas de su embarazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hacer los pasos 1–4.▪ Pedirle que regrese en su tercer trimestre de embarazo para aprender cómo ejecutar el método de alimentación (Paso 5). <p><i>Si está en período avanzado de su embarazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hacer los pasos 1–5. <p><i>Si ya tiene un niño y está amamantándolo o dándole lactancia mixta:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hacer las partes pertinentes de los pasos 1–5. <p><i>Si ya tiene un niño y está practicando la alimentación de reemplazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hacer las partes pertinentes de los paso 5 y 6. |
| Si la madre ya ha recibido consejería y ha elegido una opción de alimentación |
| <p><i>Si sigue embarazada o acaba de tener un bebé, pero aún no ha recibido consejería sobre el mejor método de alimentación:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Empezar con las partes pertinentes del paso 5. <p><i>Si ya tiene un niño:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Empezar con el paso 6. |
| Si esta es una visita de seguimiento |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Empezar con el paso 6. |

Figura 4.1 Consejería sobre alimentación de lactantes para la mujer VIH-positiva: Flujograma de consejería



Visitas postnatales

Durante cada visita postnatal, el personal del consultorio debe examinar la información de la sesión de consejería de alimentación de lactantes y centrarse en los temas más relevantes para la madre. Reforzar información esencial y relevante ayuda a optimizar la nutrición, el crecimiento y el desarrollo infantil mientras se minimizan los riesgos.

| Ejercicio 4.3 Consejería y apoyo en alimentación de lactantes: Juego de rol | |
|--|---|
| Propósito | Proporcionar información sobre temas que pueden surgir cuando se aconseja sobre la alimentación del lactante. |
| Duración | 70 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Reúnase con otra persona según instrucciones del facilitador y examine el flujograma “Consejería sobre alimentación de lactantes para la mujer VIH-positiva” de la figura 4.1.▪ Decida qué miembro de su pareja desempeñará la función del consejero en alimentación de lactantes y quién hará el papel de la madre.▪ El participante que desempeñará la función de la madre se reunirá con el facilitador en otra sección de la sala de capacitación para recibir la escena de representación de papeles.▪ Las “madres” se presentarán a continuación a los “consejeros en alimentación de lactantes” mientras que estos últimos tomarán la delantera al seguir los pasos del flujograma.▪ Cambie los roles para repetir la representación de papeles de acuerdo con lo solicitado por el facilitador.▪ Después de 30 minutos, incorpórese con todo el grupo e intercambie sus experiencias respondiendo a las siguientes preguntas:<ul style="list-style-type: none">▪ “Consejeros en alimentación de lactantes”<ul style="list-style-type: none">¿Hubo dificultades con alguno de los pasos?¿Qué pasos causaron más problemas?¿Qué puede hacer usted para ser más competente a la hora de prestar apoyo en la alimentación de lactantes?¿Le pareció que reunía las aptitudes de consejería necesarias para trabajar con una “madre” (paciente) temerosa, ansiosa o molesta acerca de su propio bienestar o el bienestar de su niño?▪ “Madres”<ul style="list-style-type: none">¿Cuáles fueron los puntos principales que aprendió durante la sesión?¿Cómo cambió la sesión su manera de alimentar al lactante?Si usted no piensa hacer ningún cambio, ¿por qué no?¿Qué temas aparecieron en la sesión de consejería que nadie previó?¿Cómo le hubiera gustado abordar esos temas? |

Módulo 4: Puntos clave

- Todas las mujeres VIH-positivas necesitan orientación y apoyo en la alimentación de lactantes.
- El riesgo de transmisiones de VIH continúa mientras que la madre VIH-positiva amamanta a su niño.
- La madre tiene el derecho de elegir cómo desea alimentar a su niño; la función del trabajador de salud es apoyar su decisión.
- Las madres VIH-positivas deben evitar amamantar cuando la alimentación de reemplazo es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.
- La lactancia materna exclusiva con interrupción temprana antes de los 6 meses es apropiada cuando la lactancia materna es la opción elegida.
- La orientación, la educación y el apoyo son fundamentales para el establecimiento y el mantenimiento de las prácticas de alimentación de lactantes de menor riesgo.
- Se requieren orientación postnatal y seguimiento infantil a lo largo de los 2 primeros años de la vida del lactante.
- El personal de PTMI puede evitar el uso indebido de la alimentación de reemplazo de tres formas:
 - Promoviendo de forma exclusiva la lactancia materna entre la población general
 - Desalentando el uso de leche de reemplazo por parte de madres cuyos hijos no la necesitan
 - Respetando el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna

APÉNDICE 4-A Recomendaciones de Naciones Unidas sobre la alimentación de lactantes para madres VIH-positivas

Las recomendaciones actuales de alimentación de lactantes de Naciones Unidas (2003) para las madres que están infectadas por VIH son las siguientes:

- Cuando la alimentación de reemplazo es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (términos definidos más abajo), las madres que están infectadas por VIH deben evitar toda la lactancia materna.
- De otro modo, la ONU recomienda que amamenten exclusivamente durante los primeros meses de la vida de su lactante.
- Para reducir al mínimo el riesgo de transmisiones de VIH, las madres que están infectadas por VIH deben descontinuar la lactancia materna exclusiva en cuanto sea posible, o cuando sus lactantes tengan entre los 4 y 6 meses de edad. También deben tener en cuenta las políticas y la norma del país, las circunstancias locales, su propia situación y los riesgos de la alimentación de reemplazo (que incluyen infecciones diferentes al VIH y desnutrición).
- La ONU sugiere la interrupción temprana de la lactancia materna (durante unos pocos días o hasta 2 semanas), reconociendo que esto es difícil y que la madre y el lactante requerirán apoyo.
- Cuando las madres que están infectadas por VIH eligen no amamantar desde el nacimiento o interrumpir posteriormente la lactancia materna, los consejeros o los trabajadores de salud deben proporcionarles orientación y apoyo específico durante al menos los 2 primeros años de la vida del niño para asegurar la alimentación de reemplazo adecuada.
- Los programas deben hacer más segura la alimentación de reemplazo para madres que están infectadas por VIH y sus familias.
- Todas las madres seropositivas deben recibir consejería, incluyendo información general sobre los riesgos y beneficios de las distintas opciones de alimentación del lactante, y consejos específicos a la hora de seleccionar la opción que mejor se adapte a su situación particular.
- Se le debe apoyar a la madre, sea cual sea su elección.

Fuente: Adaptado de LA OMS y ONUSIDA. 2003. *El VIH y la alimentación del lactante: Normas para los encargados de tomar decisiones*, Recuperado el 30 de julio de 2004, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf

Fuente: Adaptado de LA OMS y ONUSIDA. 2003. *El VIH y la alimentación del lactante: Normas para los gerentes de atención de salud y supervisores*. Recuperado el 30 de julio de 2004, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRICIÓN/HIV_IF_MS.pdf

APÉNDICE 4-B Ventajas de la alimentación con taza

El reemplazo o los alimentos complementarios deben darse con una taza. Los trabajadores de salud deben capacitar a las madres y a las familias en cómo dar los alimentos con la taza (vea Apéndice 4-C). También deben explicarles que la alimentación con taza es preferible por las siguientes razones:

- Las tazas son más seguras, porque son más fáciles limpiar con jabón y agua que los biberones.
- Al contrario que con las botellas o biberones, es menos probable que las tazas se lleven de un lado a otro durante mucho tiempo, (esto evita que las bacterias se multipliquen).
- La alimentación con taza exige a la madre u otro cuidador a sostener y tener más contacto con el lactante, proporcionando más estimulación psicosocial que cuando se le alimenta con biberón.
- La alimentación con taza es mejor realizarla sin cuchara porque la alimentación con cuchara tarda más y la madre puede cansarse y parar antes de que el lactante haya comido lo suficiente. Sin embargo, algunos cuidadores prefieren usar taza y cuchara.

La alimentación con biberones generalmente no es necesaria y para la mayoría no es la opción preferida.

La alimentación con biberones o las mamas artificiales debe ser desalentado porque:

- La alimentación con biberón aumenta el riesgo del lactante de sufrir diarrea, de padecer enfermedades dentales e infecciones de oído.
- El uso del biberón aumenta el riesgo del lactante de recibir estimulación y atención inadecuadas durante la alimentación.
- Los biberones y las mamas necesitan limpiarse a fondo con un cepillo y luego hervirse para la esterilización; esto toma más tiempo y combustible.
- Los biberones y las mamas cuestan más que las tazas y están menos disponibles.

Cómo alimentar a un lactante con una taza

- Mantenga al lactante en posición vertical o en posición semivertical sobre su pierna.
- Sostenga la taza de leche a la altura de los labios del lactante.
- Inclíne la taza para que la leche apenas alcance los labios del lactante y descance levemente en el labio inferior del lactante.
- El lactante se mostrará alerta y abrirá la boca y los ojos. *
- No vierta la leche en la boca del lactante. Sostenga la taza en los labios del lactante y deje que el lactante la tome.
- Cuando el lactante ha bebido suficiente, cerrará su boca y no ingerirá más leche.
- Mida la ingesta del lactante a cada alimentación en un periodo de 24 horas.

* Los lactantes de bajo peso al nacer comenzarán a tomar la leche con la lengua. Un lactante a término o mayor chupará la leche, derramando un poco.

Fuente: *Adaptada de LA OMS y EL ONUSIDA. 2003. El VIH y la alimentación del lactante: Normas para los encargados de tomar decisiones*, Recopilada el 30 de julio de 2004, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITIO_N/HIV_IF_DM.pdf

Fuente: *Adaptada de LA OMS y EL ONUSIDA. 2003. El VIH y la alimentación del lactante: Normas para los gerentes de atención en salud y supervisores*. Recuperado el 30 de julio de 2004, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITIO_N/HIV_IF_MS.pdf

APÉNDICE 4-C Alimentación complementaria de 6–24 meses

Todos los lactantes, incluidos los lactantes que siguen siendo amamantados, requieren alimentos complementarios nutritivos que empiezan al cumplir los 6 meses de edad. El término **alimentos complementarios** se refiere a cualquier alimento, ya sea elaborado o preparado localmente, que sirve de complemento a la leche materna, o artificial. Se prefiere este término porque implica que el alimento recién introducido es algo adicional a la lactancia materna o artificial; aún *no* se supone que reemplacen a la leche. La alimentación de reemplazo se refiere al uso de alimentos alternativos cuando no hay lactancia materna, como pueden ser la leche artificial comercial o modificada en casa. El término *destete* sugiere incorrectamente la interrupción de la leche materna o la leche artificial.

Los niños deben recibir lactancia materna continuada y frecuente o alimentación por taza con leche artificial comercial u otro tipo de leche en su segundo año de vida.

Las recomendaciones sobre la alimentación complementaria deben basarse en alimentos y costumbres locales. Los principios generales para la alimentación complementaria deben incluir lo siguiente:

Introducción de alimentos complementarios

- Empiece a introducir los alimentos complementarios en cantidades pequeñas a los 6 meses de edad. La cantidad de alimentos requeridos aumentará según el niño crezca. (Vea el cuadro a continuación.)
- Cuando se hayan introducido los alimentos complementarios, el lactante seguirá necesitando con frecuencia leche materna o leche en alguna forma a lo largo del día. Los requisitos de leche animal después de los 6 meses varían desde cerca de 200 ml/día a 370 ml/día si otros alimentos de fuente animal están incluidos en el régimen alimentario, y cerca de 300–500ml/día si no.
- Para los lactantes mayores de 6 meses, la leche de animal no tiene que diluirse. Sin embargo, todavía debe hervirse si es leche fresca.
- No se necesita ninguna preparación especial para la leche procesada, pasteurizada, o la ultrapasteurizada (UHT). Sin embargo, la madre o el cuidador debe aumentar el número de tomas complementarias según vaya creciendo el niño. El número apropiado de tomas depende de la densidad de energía de los alimentos locales y las cantidades usuales consumidas en cada alimentación. Cuando no hay leche disponible, el régimen alimentario debe incluir otros alimentos de fuente animal y/o alimentos enriquecidos.
- El cuadro de abajo muestra el tipo, la frecuencia y las cantidades de alimentos complementarios que el lactante sano promedio requiere a diferentes edades.
- Si la densidad de energía o la cantidad de alimentos por comida es baja, pueden requerirse tomas más frecuentes.
- Los requisitos de energía son mayores para los lactantes poco saludables debido a los efectos metabólicos de las infecciones. Los requisitos de energía también son mayores para los lactantes que están gravemente desnutridos y reciben rehabilitación nutricional.

APÉNDICE 4-C Alimentación complementaria de 6–24 meses

(continuación)

| Edad | Textura | Frecuencia | Cantidad encada comida* |
|---|--|--|--|
| 6 meses | Puré blando; hortaliza, carne o fruta bien triturada | 2 veces al día, más los alimentos lácteos frecuentes | 2–3 cucharadas |
| 7–8 meses | Alimentos triturados | 3 veces al día, más los alimentos lácteos frecuentes | Aumentar gradualmente a 2/3 de una taza de 250 ml en cada comida |
| 9–11 meses | Los alimentos finamente cortados o triturados, y los alimentos que el bebé puede coger | 3 comidas, además de 1 refrigerio entre las comidas, más los alimentos lácteos | 3/4 de una taza/ escudilla de 250 ml |
| 12–24 meses | Alimentos familiares, cortados o triturados si fuera necesario | 3 comidas, más 2 refrigerios entre las comidas, más los alimentos lácteos | Un total taza/ escudilla de 250 ml |
| Si el bebé no recibe lactancia materna, añadir entre 1 y 2 tazas de leche al día, y 1 a 2 tomas extra diarias | | | |
| *Esta tabla debe adaptarse al contexto local, usando utensilios locales para mostrar las cantidades | | | |

Alimentación de lactantes mayores

- Aumente gradualmente la consistencia de la alimentación y la variedad de alimentos ofrecidos según crezca el lactante, adaptándolos a sus necesidades nutricionales y capacidad física.
- Ofrézcales a niños de 6 meses o más, una mayor variedad de comidas de alto valor nutritivo. Diariamente, o con la mayor frecuencia posible, deben comer productos animales como la carne, las aves, los pescados, los huevos, los productos lácteos, u otras fuentes locales. Los niños también deben comer a diario frutas y hortalizas ricas en vitamina A. Es difícil satisfacer las necesidades nutricionales de los niños de este grupo de edad con un régimen vegetariano.
- Si los alimentos complementarios de valor nutritivo adecuado o los alimentos complementarios fortificados no están disponibles localmente, considere la posibilidad de darle al niño un suplemento de vitaminas y minerales para evitar carencias en el crecimiento y desarrollo.
- Las madres y los cuidadores deben evitar dar bebidas con valor nutritivo bajo, como el té o el café (que interfieren con la absorción de hierro) y las bebidas azucaradas como los refrescos. La cantidad de jugo ofrecido debe ser limitada para evitar desplazar más alimentos ricos en nutrientes.
- Evite ofrecer alimentos que pueden causar asfixia, como aquellos que tienen una forma o consistencia que podría causar que los alimentos se alojen en la tráquea. Evitar los alimentos como las nueces, las uvas y las zanahorias crudas.

APÉNDICE 4-C Alimentación complementaria de 6–24 meses

(continuación)

Alimentación receptiva

- Alimente a los lactantes directamente y ayude a los niños mayores cuando coman solos, siendo sensibles a cuando el lactante tiene hambre o está satisfecho.
- Alimente lenta y pacientemente, alentando al niño a que coma, pero *no* fuerce los alimentos.
- Promueva el consumo de alimentos, experimentando con diferentes combinaciones, sabores y texturas, especialmente si el niño se niega a comer.
- Reduzca al mínimo las distracciones durante las comidas si el niño pierde el interés fácilmente.
- Recuerde que los tiempos de alimentación son períodos de aprendizaje y amor: converse con los niños durante su alimentación, usando el contacto visual.

Buena higiene y manipulación adecuada de alimentos

- Lave sus manos antes de la preparación e ingesta de la comida.
- Almacene los alimentos de forma segura y sirva los alimentos inmediatamente después de la preparación.
- Use utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- Use tazas y escudillas limpias para alimentar a los niños.
- Evite usar biberones o botellas, ya que son difíciles de limpiar.

Alimentación de niños con alergias y enfermedades

Las madres y los cuidadores de los lactantes y los niños pequeños que tienen antecedentes familiares de alergias o sensibilidades alimenticias deben atrasar la iniciación de la leche de vaca, las claras de huevo y el pescado hasta después que el lactante alcance los 12 meses de edad, y no deben alimentar a los niños con maníes u otras nueces hasta después de que haya cumplido los 3 años de edad.

Cuando la edad del niño lo permite, las madres y los cuidadores deben dar al niño mayores cantidades de líquidos cuando están enfermos y animarles a que coman alimentos semisólidos o sólidos. Cuando se hayan recuperado de la enfermedad, las madres y los cuidadores deben ofrecer a sus hijos al menos una comida extra al día y alentarlos a comer más.

Fuente: Adaptada de LA OMS y EL ONUSIDA. 2003. *El VIH y la alimentación del lactante: Normas para los encargados de tomar decisiones*, Recuperada el 30 de julio de 2004, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITIO N/HIV_IF_DM.pdf

Fuente: Adaptada de LA OMS y EL ONUSIDA. 2003. *El VIH y la alimentación del lactante: Normas para los gerentes de atención en salud y supervisores*. Recuperado el 30 de julio de 2004, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITIO N/HIV_IF_MS.pdf



Módulo 5 Estigma y discriminación relacionados con la TMI

- SESIÓN 1** Introducción a los conceptos del estigma y la discriminación y los derechos humanos internacionales
- SESIÓN 2** Aclaración de valores (perspectiva individual)
- SESIÓN 3** Afrontar el estigma y la discriminación en establecimientos de salud y en las comunidades

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Definir e identificar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA.
- Comprender mejor los asuntos relacionados con derechos humanos nacionales e internacionales
- Aclarar valores personales y actitudes relacionados con la prevención y el cuidado del VIH/SIDA
- Saber cómo manejar el estigma y la discriminación en el contexto de la provisión de servicios de PTMI.

| Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional |
|---|
| <p>Sesión 1</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Políticas nacionales sobre discriminación, igualdad de derechos y derechos humanos▪ Políticas nacionales sobre discriminación, igualdad de derechos y derechos humanos relevantes a personas con VIH▪ Políticas nacionales o locales concernientes a los derechos de los pacientes dentro de los servicios de PTMI y atención prenatal (APN) |



La *Guía de bolsillo* contiene un resumen de de las sesiones 1 y 3.

SESIÓN 1 Introducción a los conceptos de estigma y discriminación y derechos humanos internacionales

| Ejercicio 5.1: “Etiquetas” Juego interactivo | |
|---|---|
| Propósito | Ayudar a reconocer el papel que juegan los estereotipos en el estigma. |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una etiqueta será colocada en su espalda usando cinta adhesiva cuando entre al salón. Por favor, no mire la etiqueta que se le ha adherido. ▪ Dése una vuelta por la sala y mantenga conversaciones con otros participantes. Con cada una de las personas con la etiqueta que lleva adherida el participante en cuestión. Es importante hablar claramente con otros participantes, transmitiendo actitudes sociales hacia lo que indican las etiquetas, sin decirles qué etiquetas llevan. ▪ Después de 5–7 minutos, regrese a su asiento y hable de sus sentimientos conforme usted caminaba en el salón y hablaba con los demás. ▪ Trate de adivinar qué dice la etiqueta que usted lleva en su espalda basándose en cómo reaccionaron ante usted los demás participantes. ▪ Retire la etiqueta de su espalda y léala. ▪ En la discusión de plenaria, comparta sus pensamientos sobre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Usted adivinó cuál era su etiqueta? ▪ ¿Cómo se siente ser tratada de una manera estereotipada? ▪ ¿Qué le parecieron sus experiencias? ▪ ¿Adivinó o se sorprendió de cómo fue tratada? ▪ Identifique algunas formas específicas de combatir los estereotipos y ayudar a disminuir el estigma en su establecimiento clínico. |

Introducción a los conceptos de estigma y discriminación

La infección por el VIH/SIDA no es sólo el mayor reto de salud de nuestro tiempo, sino también el mayor reto de derechos humanos. Aquellas personas que saben que son VIH-positivas llevan la carga doble del estigma y la discriminación. El temor de contraer la infección es la base del estigma y la discriminación, que siguen siendo grandes impedimentos para prevenir la transmisión del VIH y proveer tratamiento, atención y apoyo a las personas seropositivas y sus familias.

El estigma relacionado con el VIH/SIDA es reconocido como el mayor reto para detener la propagación de la enfermedad a nivel global, nacional, comunitario y de proveedores.

Las respuestas más eficaces a la epidemia del VIH/SIDA son aquellas que trabajan para prevenir el estigma y la discriminación asociada con el VIH, y a proteger los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y aquellas en riesgo de infectarse.

¿Que es el estigma?

Estigma se refiere a las actitudes y creencias desfavorables dirigidas contra alguien o algo.

Estigma asociado con el VIH/SIDA

El estigma asociado con el VIH/SIDA se refiere a todas aquellas actitudes y creencias desfavorables dirigidas contra las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), contra aquellos que se perciben como infectados o contra sus parejas y seres queridos, compañeros cercanos, grupos sociales y comunidades.

Las actitudes estigmatizantes suelen estar dirigidas no sólo contra las personas infectadas con VIH, pero también hacia el comportamiento que se creen ha causado la infección. El estigma es particularmente pronunciado cuando el comportamiento se asocia con el origen de una enfermedad particular que se percibe como algo que está bajo el control de una persona, como la prostitución o el uso de drogas inyectables.

Las personas que usualmente están socialmente marginadas—personas pobres, población indígena, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales —suelen acarrear el mayor estigma asociado con el VIH/SIDA. Las personas que están infectadas por VIH se asume que son miembros de estos grupos, independientemente de que lo sean o no.

¿Qué es la discriminación?

La *discriminación* es el tratamiento que se le da a una persona o grupo de personas *con parcialidad o perjuicio*. La discriminación usualmente se define en términos de derechos humanos e involucra varias esferas como la atención de salud, el trabajo, el sistema jurídico, el bienestar social, y la vida reproductiva y familiar.

Estigma y discriminación

Estigma refleja una actitud, pero *discriminación* es un acto o comportamiento.

El estigma y la discriminación están relacionados. Los individuos estigmatizados pueden sufrir discriminación y violación de sus derechos humanos. Pensamientos estigmatizados pueden llevar a una persona a denegar servicios u derechos a otra persona.

El estigma y la discriminación se han documentado en casos de otras enfermedades infecciosas desfigurantes o incurables, incluyendo tuberculosis, sífilis y lepra. Sin embargo, el estigma relacionado con el VIH/SIDA parece ser más severo que el estigma relacionado con otras enfermedades infecciosas que atentan contra la vida.

Tres fases de la epidemia de VIH/SIDA

Se han identificado tres fases de la epidemia de VIH/SIDA: la epidemia de VIH; la epidemia de SIDA; y la epidemia del estigma, la discriminación y la negación. Las tres fases son tan centrales al reto mundial del SIDA como la enfermedad misma.

Ejemplos de discriminación

- Un trabajador de salud le niega servicios a una persona con VIH.
- A la esposa y a los hijos de un hombre que ha fallecido recientemente de SIDA se les margina del hogar familiar del esposo o de su pueblo tras la muerte del marido.
- Una persona pierde su trabajo después cuando se sabe que está infectado/a por VIH.

- Una persona tiene dificultad para conseguir trabajo cuando se sabe que está infectado/a por VIH.
- Se supone que una mujer que decide no dar lactancia materna está infectada por VIH y es aislada por su comunidad.

Derechos humanos internacionales y el estigma y la discriminación relacionados con el VIH

Ser libre de discriminación es un derecho humano fundamental basado en principios de justicia natural que deben ser aplicados universalmente a todas las personas. De acuerdo a resoluciones recientes adoptadas por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, “la discriminación basada en el estatus del VIH/SIDA, actual o supuesto, se prohíbe por existir estándares de derechos humanos.” En otras palabras, la discriminación en contra de PVVS o personas que se cree están infectadas es una clara violación a los derechos humanos.

Las formas de estigma y discriminación a las que se enfrentan las personas con VIH/SIDA son varias y complejas. Los individuos son estigmatizados y discriminados no solamente por su estado VIH-positivo, sino también por lo que implica ese estado. Las investigaciones patrocinadas por ONUSIDA en India y Uganda, muestran que las mujeres con VIH/SIDA pueden ser doble o triplemente estigmatizadas –como mujeres, como PVVS, como esposa de una persona infectada por VIH, o como la viuda de una persona que ha muerto de SIDA. Una mujer puede vivir estigmatización adicional en el caso de “estar infectada con VIH y estar embarazada o tener hijos”. Por ejemplo, ella puede ser tratada pobremente o se le puede negar medicamentos o servicios de apoyo psicosociales.

Protección, respeto y cumplimiento de los derechos humanos relacionados con VIH

- Toda mujer u hombre, independientemente de su estado de VIH, tiene el derecho de determinar el curso de su vida sexual y reproductiva y de tener acceso a la información y servicios que le permitan proteger su salud y la de su familia.
- Los niños tienen derecho a la supervivencia, al desarrollo y a la salud.
- Las mujeres y las niñas tienen el derecho de obtener información sobre el VIH/SIDA y acceder a medios para protegerse contra la infección por VIH.
- Las mujeres tienen derecho al acceso a las pruebas de VIH y a la consejería y de saber su estado de VIH.
- Las mujeres tienen el derecho a negarse a que le realicen la prueba o a no querer saber el resultado de su prueba.
- Las mujeres tienen derecho de tomar las decisiones sobre la alimentación de sus lactantes, en base a una completa información, y de recibir el apoyo para la opción que escojan.

Un resumen de las Normas Internacionales sobre la Infección por el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, según fue adoptada por la Segunda Consulta Internacional (julio de 2002), puede encontrarse en el Apéndice 5-A. Estas 12 normas instan a los gobiernos a que examinen las leyes, las políticas, los sistemas y las prácticas para asegurar la protección de los derechos humanos de las personas en riesgo de, o infectada por, el VIH.

SESIÓN 2 Aclaración de valores (perspectiva individual)

El rostro del estigma

El estigma relacionado con VIH/SIDA es complejo, dinámico y profundamente arraigados. Los puntos descritos más abajo pueden proveer a los programas de PTMI un marco para desarrollar e implementar intervenciones que aborden el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA.

Actitudes y acciones estigmatizantes.

Las personas no se percatan que sus actitudes y acciones son estigmatizantes. En una palabra, una acción o creencia puede ser estigmatizante o discriminatoria inintencionadamente hacia un individuo que está infectado por VIH. Con frecuencia, las personas expresan creencias y comportamientos contradictorios. Por ejemplo, considere lo siguiente:

- Una persona que está opuesta a la estigmatización y discriminación puede creer sin embargo que las PVVS han incurrido en comportamientos inmorales, y merecen lo que tienen, o están siendo castigadas por Dios por los pecados cometidos.
- Una persona que dice saber que el VIH no se transmite por un contacto casual, puede negarse a comprar comida de un vendedor que se sabe está infectado por VIH o prohibir que su familia use utensilios usados por PVVS.

El uso del lenguaje puede expresar estigma.

El lenguaje es central en la expresión del estigma. Las personas pueden no darse cuenta que están estigmatizando con las palabras que escogen al referirse a la enfermedad del VIH o a PVVS. Una forma en que el lenguaje puede ser estigmatizante es en el uso de referencias denigrantes hacia los que tienen VIH/SIDA. En algunos países, las personas se refieren al VIH, no por el nombre, pero indirectamente como, por ejemplo, “esa enfermedad sobre la que aprendimos” y referirse a PVVS como “cadáver andante” y “se espera que muera”.

Falta de conocimiento y temor del estigma adoptado.

El conocimiento y el temor interactúan de maneras inesperadas que permiten que el estigma continúe. A pesar de que muchas personas tienen alguna noción de la transmisión y prevención del VIH, muchos carecen de conocimiento profundo sobre el VIH. Por ejemplo, muchos no comprenden la diferencia entre VIH y SIDA, cómo progresa la enfermedad, la esperanza de vida de PVVS, o cuáles son las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH (como la tuberculosis) que son tratables y curables. Otros confunden el resultado positivo de la prueba de VIH con muerte eminente. Muchos le temen tanto a la muerte que evitan a las personas sospechosas de ser VIH-positivas, a pesar de que saben que la transmisión de VIH no ocurre por contacto casual.

La vergüenza y la culpa están asociadas con el VIH/SIDA.

La sexualidad, la moralidad, la vergüenza y la culpa están asociadas con el VIH/SIDA. La estigmatización frecuentemente se centra en la transmisión sexual del VIH. Muchas personas se suponen que los individuos seropositivos debieron infectarse por participar en actividades sexuales rechazadas por la sociedad o la religión. Se piensa a menudo que las personas infectadas por VIH son promiscuas, descuidadas, o que no tienen control sobre sí mismas, y por lo tanto son responsables de su infección.

El estigma hace que la revelación sea más difícil.

Se defiende la revelación, que se refiere a compartir el estado de VIH con otros, pero también resulta difícil—y poco común—en la práctica. Muchas personas piensan que la revelación sobre la infección por VIH debería ser alentada. Pero las personas infectadas por VIH evitan revelar su estado para no ser sujetos de tratamientos injustos y estigmas. Algunos de los beneficios de la revelación son los siguientes:

- La revelación puede conllevar a que la pareja se haga la prueba de VIH.
- La revelación puede ayudar en la prevención de la transmisión de VIH a la(s) pareja(s).
- La revelación permite al individuo recibir apoyo de su(s) pareja(s), familia y/o amigos.

El estigma puede existir en entornos de atención de salud.

La atención y el apoyo pueden coexistir con el estigma. Los trabajadores de salud que dan amor y apoyo a los miembros de familiares con VIH/SIDA pueden también tener comportamientos estigmatizantes y discriminatorios (como culpar y regañar). En muchos casos, los trabajadores salud no reconocen estos comportamientos como estigmatizantes.

- Las actitudes estigmatizantes existen aún en aquellos individuos, comunidades y trabajadores de salud que se oponen al estigma relacionado con el VIH/SIDA.
- Las personas pueden tener buena y mala información acerca de VIH al mismo tiempo. Por ejemplo, un individuo puede entender las rutas de transmisión del VIH y actuar adecuadamente en algunos casos y mal en otros.
- Las personas expresan actitudes simultáneas de simpatía y de estigma hacia las PVVS.
- Los familiares que proveen de atención y comprensión genuinas a veces estigmatizan y discriminan al miembro de la familia que tiene VIH/SIDA.

| Ejercicio 5.2: Ejemplo de estigma y discriminación: Discusión de plenaria | |
|--|---|
| Propósito | Considerar ejemplos de estigma y discriminación en su establecimiento. |
| Duración | 15 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Comparta ejemplos de mensajes o actitudes de estigmatización y discriminación que usted haya visto en cada uno de los siguientes lugares:<ul style="list-style-type: none">▪ medios (periódicos, televisión, o programas de radio)▪ servicios de salud▪ lugar de trabajo▪ religión▪ familia▪ comunidad |

Ejemplos de estigmatización y discriminación

En los medios de comunicación

- Sugerir en los medios de comunicación que grupos específicos de personas con VIH son culpables (como las/los trabajadoras sexuales o personas que usan drogas) mientras que otros (como los niños) son inocentes
- Mostrar el VIH/SIDA como una sentencia de muerte, que perpetúa el miedo y la ansiedad, y que etiqueta el VIH como una enfermedad que no puede ser manejada como cualquier otra enfermedad crónica
- Usar roles de género estereotipados, los cuales pueden perpetuar la vulnerabilidad a la coerción sexual y al VIH de las mujeres

En los servicios de salud

- Rechazar atención, tratamiento y apoyo a PVVS.
- Proveer atención de escasa calidad a PVVS.
- Violar la confidencialidad
- Proveer atención en entornos aislados (como clínicas de ITS) que conducen a una mayor estigmatización y segregación de PVVS
- Utilizar medidas para controlar infecciones (como los guantes) sólo con pacientes que se piensa pueden ser VIH-positivos en vez de con todos los pacientes
- Aconsejar o presionar a las PVVS a que realizar ciertos procedimientos, como el aborto o la esterilización, que no serían sugeridas normalmente para otras pacientes.

En el lugar de trabajo

- Requerir la prueba del VIH antes de contratar a las personas
- Negarse a contratar a personas infectadas con, o afectadas por, el VIH
- Exigir periódicamente la prueba de VIH
- Ser despedida por el estado de VIH
- Violar la confidencialidad
- Negarse a trabajar con colegas VIH-positivos por temor a ser contagiados

En el contexto de la religión

- Denegar la participación en tradiciones y rituales religiosos (como funerales) a PVVS
- Restringir el matrimonio a PVVS
- Restringir la participación de PVVS en actividades religiosas

En la familia y la comunidad local

- Aislar a las personas que están infectadas por VIH
- Restringir la participación de PVVS en eventos locales
- Negar acceso a escuelas locales a los niños que están infectados o afectados por el VIH
- Aislamiento a las parejas y niños de PVVS
- Usar la violencia contra el esposo/esposa o pareja cuya prueba de VIH resultó positiva
- Denegar el apoyo a miembros de familias afectadas, inclusive a huérfanos

Efectos del estigma

El estigma es despreciativo y dañino en cualquier etapa del VIH/SIDA, desde la prevención y la prueba hasta el tratamiento y el apoyo. Por ejemplo, es menos probable que las personas que temen la discriminación y estigmatización vayan a hacerse la prueba de VIH, mientras que las personas que han sido diagnosticadas pueden tener miedo de pedir el cuidado necesario. Las PVVS pueden recibir una atención inferior por parte de los trabajadores de salud que los estigmatizan.

- El estigma puede reducir las opciones del individuo en la atención de salud y en la vida familiar y social
- El estigma puede limitar el acceso a medidas para mantener la salud y la calidad de vida

El estigma relacionado con el VIH/SIDA resulta en nuevas infecciones por VIH.

- El estigma puede llevar a que las personas eviten hacerse la prueba del VIH.
- El estigma puede llevar a las personas a negar sus riesgos de infección.
- El estigma puede desalentar a las personas de hablar de su estado de VIH con su pareja sexual y/o con quien comparte jeringas
- El estigma puede hacer que las PVVS eviten adoptar prácticas de reducción de riesgo que los puedan etiquetar de estar infectados por VIH

El estigma y la discriminación pueden llevar al aislamiento social

Un estudio de Sudáfrica demostró que tanto los hombres como las mujeres que están infectados por VIH pueden sufrir de aislamiento social, rumores y chismes, rechazos en el hogar, rechazos por la comunidad, y abuso verbal. Una persona que participó en el estudio dijo, "hay quienes le dicen a uno, cara a cara, que ya no necesitan tu amistad y que tranquilamente te aíslan." Otro participante dijo: "Hay gente que se burlan de las personas que están infectadas por VIH y las señalan por la calle."

El estigma y la discriminación pueden limitar el acceso a los servicios de salud.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, desalienta a los individuos a visitar los servicios sociales y de salud, lo que resulta en un aumento en la transmisión a las parejas y a los hijos. En muchos casos, estas personas pueden necesitar información, educación y consejería y no se beneficiarán de esos servicios—aunque estén disponibles.

Estigma secundario (estigma por asociación)

Los efectos del estigma comúnmente se extienden más allá de los individuos infectados a través del estigma por asociación, también conocido como estigma secundario. El **estigma secundario** se evidencia en frases como "Si me siento cerca de alguien con SIDA, otros pensarán que también tengo SIDA." Los trabajadores de programas sociales y trabajadores de VIH/SIDA en Sudáfrica reportan que han sido estigmatizados a veces por trabajar con PVVS.

Estigma y servicios de PTMI

El estigma y la discriminación presentan retos distintos para la entrega de servicios de PTMI. Sobre todo, en muchas áreas, las mujeres evitan la alimentación de reemplazo porque saben que pueden ser etiquetadas como seropositivas por no dar lactancia materna. Los niños de las mujeres que participan en programas PTMI pueden experimentar estigmatización secundaria porque la gente supone que ellos pueden estar infectados por VIH.

Consecuencias del estigma en programas de PTMI

- Desmotiva a las mujeres de acceder a servicios de atención prenatal
- Desalienta a las personas de hacerse la prueba de VIH, y como resultado, a los servicios de PTMI
- Desmotiva a las mujeres de hablar sobre sus pruebas de VIH y de revelar los resultados a su(s) pareja(s)
- Desmotiva a las mujeres de aceptar intervenciones de PTMI. Por ejemplo: tratamientos ARV y la profilaxis
- Desmotiva el uso de las recomendaciones de PTMI para prácticas de la alimentación segura de lactantes (alimentación de reemplazo o interrupción temprana de lactancia materna).

SESIÓN 3 Tratar el estigma y la discriminación en los establecimientos de salud y las comunidades

Estigma en los programas de PTMI

Para aumentar la participación en los servicios de PTMI, los programas deberían implementar intervenciones relacionadas al estigma con VIH/SIDA. Estos esfuerzos deben de ocurrir en todos los niveles:

- Nacional
- Comunitario, social y cultural
- Sitio donde se imparte PTMI
- Individual

La estigmatización es un proceso social que debe ser abordado en el nivel comunitario. Porque los trabajadores de atención de salud de PTMI y los pacientes están influenciados por la comunidad y la cultura en donde viven, es esencial que los programas de PTMI colaboren con la comunidad para abordar el estigma y la discriminación relacionados con VIH/SIDA. Esta sesión presenta varias intervenciones que pueden implementarse en programas de PTMI y pueden servir a las comunidades. Cubren una amplia gama de actividades; cada programa debe establecer sus prioridades iniciales y sus fases adicionales.

Nivel nacional

Es importante el apoyo político de alto nivel para las iniciativas y políticas nacionales sobre VIH/SIDA que tratan los derechos humanos para PVVS. Políticos de alto nivel y otros individuos de alto perfil, como estrellas de televisión y músicos, pueden ser líderes y modelos para este esfuerzo. Es esencial asegurar en el nivel nacional ambos apoyos, el formal y el informal, ya que sin ellos, las iniciativas locales difícilmente tendrán éxito.

Actividades a nivel nacional que afecten al VIH/SIDA y a la legislación y atención de salud relacionadas con PTMI pueden incluir lo siguiente:

- Apoyar la legislación y abogar por la protección de los derechos de PVVS como seres humanos y pacientes.
- Apoyar la legislación que protege los derechos legales de las mujeres en la salud, la educación y el trabajo.
- Abogar por leyes que apoyen políticas no discriminatorias —a nivel administrativo, presupuestario y judicial.
- Apoyar los esfuerzos nacionales para llevar a escala el acceso al tratamiento de VIH con medicamentos antirretrovirales (ARV) para aquellos que lo necesiten.
- Abogar por programas de tratamiento de calidad para personas drogadictas.
- Involucrar a los consumidores en la abogacía nacional y pedir su apoyo en el diseño, desarrollo y evaluación de programas y políticas.
- Abogar por financiamiento suficiente para los servicios de PTMI y capacitación de personal.
- Publicitar los éxitos del programa invitando a políticos locales y nacionales a las clínicas para que observen cómo funcionan los programas de PTMI.
- Asegurar que los problemas—y sus soluciones—se les comuniquen a aquellos que tienen la autoridad y el poder para afrontarlos cuando se requiere una solución a nivel nacional (como en un caso de recortes en la profilaxis de ARV o en los sustitutos de lactancia materna)
- Instruir a los líderes nacionales sobre la importancia de programas de PTMI.

- Motivar a los líderes nacionales a que sirvan de modelos en sus vidas profesionales y personales.
- Motivar a los líderes para que contraten personas que estén infectados por VIH.
- Alentar a los líderes a que elogien el buen trabajo de los consultorios de PTMI ante el público y la prensa.
- Alentar a los líderes a que visiten una organización de servicios del SIDA.
- Alentar a los líderes a que hablen claro contra el abuso emocional, verbal y físico dirigido a las mujeres infectadas por el VIH.
- Recordar a los líderes que promuevan el financiamiento de los programas de atención de infección por el VIH/SIDA.
- Sugerir que los líderes se hagan la prueba del VIH.

Nivel comunitario

Educación y capacitación en VIH/SIDA

Proveer educación y capacitación sobre VIH/SIDA a miembros de la comunidad, especialmente a líderes de opinión clave, comadronas tradicionales, terapeutas tradicionales, personal de salud de organizaciones de referencia, líderes religiosos, y administradores de la industria privada. Las actividades informativas y educativas pueden ser las siguientes:

- Aumentar el conocimiento sobre VIH
- Aumentar la conciencia acerca de los asuntos relacionados con PVVS
- Aumentar la conciencia sobre la violencia doméstica que encaran las mujeres diagnosticadas
- Comunicar, a través de los líderes locales, que la violencia contra las mujeres es inapropiada, inmoral e ilegal
- Alentar a los líderes a que hagan amigables al VIH sus lugares de trabajo
- Promover actividades de PTMI como una parte integral en la atención de salud y de la prevención y tratamiento de VIH/SIDA
- Educar a la comunidad acerca de las intervenciones de PTMI (incluir profilaxis ARV y prácticas seguras de alimentación infantil), haciendo hincapié en la importancia del apoyo comunitario y familiar en las iniciativas PTMI
- Aumentar las referencias de y para los servicios PTMI
- Asegurar el involucramiento de miembros de la comunidad en la organización de PTMI, programas de desarrollo, educación, prevención y apoyo del VIH.

Conciencia comunitaria en las intervenciones de PTMI

Aumentar la conciencia comunitaria en las intervenciones de PTMI para que mujeres y hombres reconozcan sus funciones y responsabilidades en la protección a sí mismos y a sus familias contra la infección VIH.

Una mayor conciencia comunitaria debe fortalecer también el apoyo social a la pareja, y extenderse a la familia y la comunidad. Las personas que enfrentan mejor la infección de VIH son aquellas que cuentan con apoyo social y familiar.

Por ejemplo, las familias y los amigos cercanos pueden ayudar recordando a aquellas personas seropositivas la hora que deben tomarse sus medicamentos. Si la persona con VIH está embarazada, los miembros de la familia pueden apoyarla asegurando que el parto sea en un centro de salud y que se tome su tratamiento profiláctico de ARV. También pueden asegurar que el lactante reciba la profilaxis de ARV, y pueden apoyar en los métodos de alimentación del lactante que disminuyen los riesgos de transmisión de VIH.

Asociación comunitaria

Crear asociaciones con iglesias, escuelas y organizaciones sociales y civiles cuando se desarrollen servicios de PTMI. La promoción de los servicios de PTMI en las organizaciones comunitarias facilitará la sostenibilidad y ayudarán a desarrollar el apoyo basado en la iniciativa PTMI.

Otros niveles de intervención comunitaria

Intervenciones adicionales en el nivel comunitario pueden incluir lo siguiente:

- Facilitar el intercambio de información e ideas entre profesionales de la atención de salud y PVVS en mesas redondas de discusión y actividades sociales
- Introducir temas sobre el VIH en el currículo de los estudiantes de profesiones relacionadas con la salud (enfermeras, parteras o comadronas y médicos)

Involucramiento de PVVS

Invite a PVVS a que se involucren en las iniciativas locales y nacionales. Esto les empoderará. También ayudará a que las comunidades no vean a las PVVS como causa del problema de VIH/SIDA sino que los vean como parte de la solución. Al involucrar en las iniciativas a PVVS, se podrá:

- Ayudar a PVVS a ganar y practicar habilidades en comunicación, negociación y resolución de conflictos y en la toma de decisiones que los empoderan para desafiar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA
- Alentar a PVVS a reunirse para desafiar el estigma y la discriminación
- Promover el involucramiento activo de PVVS en actividades locales y nacionales para reforzar la percepción positiva de las personas que viven con VIH
- Apoyar el establecimiento de organizaciones y redes de PVVS, incluyendo aquellas que permiten a las personas exigir el reconocimiento y defensa de sus derechos.

Programas de capacitación para PVVS

Desarrollar e implementar programas para PVVS que les ayuden a abogar por sus derechos y tener una función activa en los cuidados de su propia salud. Al participar en intervenciones (como los servicios de PTMI o de educación en prevención y cuidado del VIH) como voluntarios, consejeros, miembros o empleados pagados, las PVVS demostrarán su habilidad de seguir siendo miembros productivos de sus comunidades. Esto normalizará la experiencia de vivir con el VIH.

Nivel del programa de PTMI

Los servicios de PTMI deben ser integrados a, y apoyados por, la comunidad local. A pesar de que los programas de PTMI suelen reflejar a las comunidades donde se encuentran, pueden liderar el desafío a las percepciones y prácticas de la comunidad, incluyendo el estigma y la discriminación contra PVVS y pacientes de PTMI.

Integración de las intervenciones de PTMI en los servicios de atención prenatal (APN)

Integre todas las intervenciones de PTMI en los servicios generales de atención prenatal (APN) para todas las mujeres. Ofrecer la prueba de VIH voluntaria y educación a todos los que visitan las clínicas, sea cual sea su riesgo posible ante el VIH. Incluir servicios de VIH en los servicios rutinarios de APN ayuda a normalizar el VIH/SIDA.

Participación de parejas

Desarrolle formas de incrementar la participación de parejas en todos los aspectos de los servicios de PTMI. Capacite a las parejas sobre las intervenciones de PTMI (incluyendo profilaxis y tratamiento ARV y modificación de las prácticas de alimentación

de lactante) y enfatice la importancia de la prueba en la pareja, el apoyo de la pareja y la familia en la PTMI, sobre todo en lo relacionado con la profilaxis ARV y alimentación del lactante.

Como ejemplo, en dos lugares en Kenia se invitó a los hombres a visitar una clínica de PTMI para consejería y prueba y educación sobre PTMI diseñado específicamente para el público masculino. Como resultado de esta intervención, el programa:

- Mejoró la comunicación sobre PTMI
- Aumentó la prueba en las parejas masculinas de pacientes de PTMI
- Aumentó la revelación de la prueba VIH en los dos integrantes de la pareja

Sesiones educativas

Ofrezca sesiones educativas individuales o en grupo dentro o fuera de la institución, que puedan ayudar a subrayar el rol que juega la pareja en la transmisión del VIH y reducir la estigmatización hacia la mujer.

- La consejería a parejas ofrece otra oportunidad para reducir la culpa que pueda ser dirigida hacia las mujeres y enfatiza la responsabilidad compartida en la PTMI.

Cuando las parejas masculinas no asisten a los servicios de APN, los programas de PTMI deben llegar a los hombres en reuniones amistosas (por ejemplo, lugares de trabajo, barberías, bares, cafeterías).

Capacitación de trabajadores de salud

Eduque y capacite a trabajadores de salud. El éxito o fracaso de los programas de PTMI depende de las actitudes, destrezas, y experiencias de sus trabajadores. Capacitar a los trabajadores de salud en todos los niveles (administrador, enfermeras, comadronas, médicos, trabajadoras sociales, consejeros y trabajadores comunitarios que trabajan con personas que, aun necesitando ayuda, no la solicitan) es crítico para el éxito de las iniciativas de PTMI. La capacitación a trabajadores debe incluir:

- Información completa y exacta sobre la transmisión del VIH y los factores de riesgo de la infección
- Actividades que aborden el estigma relacionado con el VIH/SIDA

Comprendiendo las perspectivas y derechos de PVVS y sus familias

Además de presentar información, es importante que las iniciativas educativas aborden las actitudes de empleados, corrijan la información incorrecta y evalúen las aptitudes.

Capacite a los trabajadores de salud para comprender mejor las perspectivas y derechos de PVVS y sus familias. Sin una educación adecuada sobre el VIH, el personal puede tener temores irracionales, dar cuidados inapropiados, y usar lenguaje y comportamientos estigmatizantes. Por consiguiente, capacitar a los trabajadores de atención en salud para reducir los comportamientos estigmatizantes abordará suposiciones sobre el nivel educativo, social, económico y educativo de las PVVS y alentará a los participantes a examinar sus prejuicios.

Durante las actividades de capacitación, procure concienciar a los trabajadores sobre el lenguaje usado para describir el VIH/SIDA y las PVVS. La capacitación debe incluir:

- Ejercicios dirigidos a alentar a los participantes a que exploren sus actitudes personales y prejuicios que los puedan llevar a lenguajes estigmatizantes
- Resumen de la confidencialidad institucional, la anti-discriminación, y las políticas de control de infección, así como las consecuencias de la violación de las políticas y cómo proceder en caso de queja

Control de la infección

Asegure el control de la infección proveyendo a todos los trabajadores de salud el equipo e insumos necesarios (incluyendo guantes de alta calidad y bien ajustados) para implementar las políticas del control de la infección y prevenir la transmisión del VIH en el lugar de trabajo (Vea el Módulo 8, *Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo*). Utilice precauciones universales con todos los pacientes, independientemente del estado de VIH establecido o supuesto.

Confidencialidad de los pacientes

Mantenga la confidencialidad de los pacientes con el desarrollo de políticas y procedimientos y el establecimiento de planes discretos para implementarlos. La confidencialidad en la atención de salud se trata en el Módulo 6, *Prueba y consejería de VIH para PTMI*. Las políticas de confidencialidad deben:

- Incluir lineamientos para registrar y almacenar la información de los pacientes
- Asegurar que ni las PVVS ni sus expedientes (ya sean impresos o electrónicos) sean etiquetados de forma que revele su estado de VIH
- Asegurar que toda consulta de los pacientes, desde el contacto inicial con la recepcionista hasta la visita con el médico, se respeta la información personal

La política de confidencialidad debe enfatizar que las conversaciones y consultas personales se lleven a cabo en entornos privados. También debe establecer:

- Políticas sobre la revelación de información médica a familiares del paciente (sólo puede darse bajo consentimiento informado del paciente)
- Políticas sobre las violaciones a la confidencialidad y sus sanciones
- Pasos que puede seguir el paciente si hubiera una violación de la confidencialidad
- Requerimientos en la capacitación del personal sobre confidencialidad
- La importancia crítica de la confidencialidad y los efectos que las violaciones puedan tener en los pacientes y en los servicios de PTMI en general

Modelos de rol

Aliente al personal de PTMI a ser modelos de rol atendiendo a pacientes de PTMI igual que tratarían a sus pacientes VIH-negativos. Los trabajadores de salud son modelos de rol, y su actitud hacia las PVVS suele ser imitada en la comunidad. El personal de salud debe promover la normalización de los contactos casuales con PVVS.

Conociendo la comunidad local

Conozca la comunidad local, que le ayudará a identificar los estereotipos y rumores locales relacionados con VIH. Asegúrese de que estos conceptos equivocados se abordan apropiadamente durante los servicios de PTMI. En varias culturas, por ejemplo, las mujeres que dan lactancia alternativa a sus bebés, en botella o taza, pueden ser etiquetadas como VIH-positivas. En estas culturas, los trabajadores de PTMI deben abordar este estereotipo en sus sesiones de consejería y educación y tratar lo importantes que son las prácticas de alimentación de lactantes para la reducción de la TMI.

Derechos de las mujeres

Abogue por los derechos de las mujeres. Asegúrese que a las mujeres diagnosticadas con el VIH se les capacita sobre sus derechos y que sepan que pueden solicitar ayuda, incluyendo asesoría jurídica, para desafiar la discriminación y la estigmatización.

Apoyo de pares y de la comunidad

Facilite el apoyo de pares y de la comunidad. Reconozca que los grupos de apoyo en los entornos de APN dan la oportunidad a la mujer embarazada seropositiva a compartir sus experiencias y ser referida a otros servicios de apoyo. Los programas de PTMI pueden facilitar estos grupos de apoyo:

- Apoyando los programas de monitoreo. El programa sudafricano “De madres a futuras madres” es un programa de tutelaje para mujeres embarazadas que son VIH-positivas. Las madres seropositivas y que recientemente han dado a luz regresan como facilitadoras de APN para capacitar, aconsejar y apoyar a mujeres VIH-positivas embarazadas.
- Las madres-mentoras comparten su experiencia personal para animar a las demás a seguir el tratamiento, ayudarlas en la toma de decisiones sobre la alimentación de su lactante, y ayudar en la selección de los servicios de cuidado y apoyo. El monitoreo ha resultado en un mejor entendimiento y mayor aceptación de las intervenciones para reducir la TMI.
- Promocionando el apoyo de pares. Animar a las PVVS a que vengan con otra persona—VIH-positiva o negativa—que pueda servir de amigo, compañero, consejero, o mentor.

Involucrar a las PVVS en programas de PTMI puede ayudar a abordar asuntos de estigma y discriminación y promover un mejor entendimiento y apoya a aquellos con infección por VIH.

Consejería y educación para PVVS

La consejería y educación para PVVS, proporcionadas en los servicios de PTMI u ofrecidas en otros servicios, puede abordar el estigma relacionado con el VIH en varios sentidos:

- Los consejeros pueden alentar, empoderar, y apoyar a PVVS a revelar su estado de VIH a la familia y, eventualmente, a los amigos. Cuantas más personas revelen su estado de VIH, más visibles se harán los PVVS, lo que alienta en las comunidades a aceptarlos.
- A los consejeros se les debe capacitar para preguntar a todos los pacientes, particularmente a las mujeres, sobre la violencia doméstica. Se ha encontrado que las mujeres están en riesgo de sufrir abuso físico, verbal o emocional y que deben recibir apoyo y referencias.

Rol de los administradores del programa de PTMI

Es vital que los administradores de los programas de PTMI aseguren que las políticas y procedimientos protejan a los individuos de la discriminación y el estigma. Los administradores de los programas de PTMI también juegan un rol importante en el desarrollo, implementación y fortalecimiento de las políticas de confidencialidad. Algunas de las acciones de los administradores conllevan la reducción del estigma y discriminación, entre las que se incluyen las siguientes:

- Mantener las políticas contra la discriminación en las prácticas de reclutamiento y contratación laboral.
- Apoyar a los trabajadores con infección por VIH para que sigan funcionando óptimamente en sus posiciones.
- Ofrecer horas flexibles y acceso a los servicios de salud.
- Establecer políticas que les garanticen a todos los pacientes un trato igual independientemente de su estado de VIH.
- Asegurar los procedimientos para informar sobre discriminación y protocolos para disciplinar al personal que incumple la política de discriminación.

- Promover las políticas del programa entre el personal y los pacientes, y recordar a los pacientes que pueden presentar una queja si sienten que han sido objeto de discriminación.

Además, los administradores del programa también pueden asegurar que todo el personal siga las precauciones universales, que pueden reducir el estigma asociado al temor de adquirir la infección. El administrador puede:

- Actualizar la política de control de infecciones del establecimiento según sea necesario.
- Garantizar el acceso a los suministros y al equipo de control de infecciones.
- Asegurar que los funcionarios apliquen las precauciones universales en todo momento.
- Disciplinar a los empleados en el cumplimiento de la política de precauciones universales.
- Hacer la profilaxis post-exposición (PEP) accesible al personal en los casos de exposición accidental a sangre y fluidos orgánicos donde exista como política nacional/local.

| Ejercicio 5.3: Panel de PVVS | |
|-------------------------------------|--|
| Propósito | Aprender más acerca de las experiencias de PVVS en el sistema de salud |
| Duración | 60 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observe la interacción entre el moderador y el panelista. Ponga especial atención en los puntos de la PVVS sobre sus experiencias con el estigma y la discriminación en los establecimientos de salud, la familia y/o la comunidad. ▪ Cuando el moderador lo indique, haga preguntas al panelista. Tome en cuenta que las preguntas no deben criticar al panelista. |

Módulo 5: Puntos clave

- Mientras que la estigmatización refleja una actitud, la discriminación es un acto o comportamiento.
- La discriminación se define usualmente en términos de derechos humanos y se circunscribe a la atención de salud, trabajo, sistema jurídico, bienestar social, y vida reproductiva y familiar.
- El estigma y la discriminación están relacionados. Los pensamientos estigmatizantes llevan a la discriminación y violación de los derechos humanos.
- La declaración internacional y nacional de derechos humanos afirma que toda persona tiene el derecho a estar libre de discriminación por su estado de VIH/SIDA.
- El personal de los programas PTMI tienen la responsabilidad de respetar los derechos de todas las mujeres y hombres, independientemente de su estado de VIH.
- La estigmatización y discriminación relacionada con el VIH/SIDA puede desalentar a que los PVVS accedan a los servicios clave de VIH. Pueden también:
 - Desalentarlas de revelar su estado de VIH
 - Reducir la aceptación de las prácticas seguras de alimentación de lactantes
 - Limitar el acceso a la educación, la consejería y el tratamiento aun en los servicios disponibles y accesibles
- El personal de programas de PTMI puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación en los establecimientos de salud, en la comunidad y a nivel nacional.
- Alentar al personal de PTMI a que sirva de modelo en el trato justo a PVVS, al igual que tratarían a sus pacientes VIH-negativos.
- Involucrar a las PVVS en todos los aspectos de los programas de PTMI.
- Promover la participación de las parejas y el apoyo comunitario.

APENDICE 5-A Resumen de las guías internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos adoptados por la Segunda Consulta Internacional, julio 2002

LINEAMIENTO 1:

Los Estados deben establecer un marco nacional efectivo para su respuesta al VIH/SIDA, que asegure un enfoque coordinado, participativo, transparente y responsable, integrando la política de VIH/SIDA y las responsabilidades de los programas en todas las ramas del gobierno.

LINEAMIENTO 2:

Los Estados deben asegurar, a través del apoyo político y financiero, que las consultas comunitarias se den en todas las fases del diseño de políticas de VIH/SIDA, así como la implementación y evaluación de programas, y que las organizaciones comunitarias puedan llevar a cabo sus actividades, incluyendo en el campo de la ética, derecho y derechos humanos, en forma efectiva.

LINEAMIENTO 3:

Los Estados deben revisar y reformar sus leyes de salud pública para asegurar que se adecuen a los asuntos de salud pública relacionados con VIH/SIDA, que sus provisiones aplicadas a la transmisión casual de la enfermedad no se aplican de forma inapropiada al VIH/SIDA y que son consistentes con las obligaciones de los derechos humanos internacionales.

LINEAMIENTO 4:

Los Estados deben revisar y reformar sus leyes criminales y sistemas de corrección para que sean consistentes con las obligaciones de derechos humanos internacionales y que no se abusen en el contexto del VIH/SIDA o se dirijan en contra de grupos vulnerables.

LINEAMIENTO 5:

Los Estados deben decretar y fortalecer las leyes anti-discriminatorias y otras leyes que protegen a grupos vulnerables, personas viviendo con VIH/SIDA y personas con discapacidad, de la discriminación en los sectores tanto públicos como privados, aseguran privacidad, confidencialidad y ética en investigaciones donde participan seres humanos, enfatizando la educación y la conciliación y proveyendo remedios administrativos y cívicos rápidos.

LINEAMIENTO 6:

Los Estados deben legislar para proveer la regulación de bienes, servicios e información relacionados con el VIH, asegurando así la disponibilidad amplia de servicios y medidas preventivas de calidad, información adecuada sobre la prevención y el cuidado del VIH, y medicación segura y efectiva a precios asequibles.

LINEAMIENTO 7:

Los Estados deben de implementar y ofrecer servicios de apoyo jurídico que eduquen a la población afectada por VIH/SIDA sobre sus derechos, prever de servicios legales gratuitos para fortalecer sus derechos, desarrollar conocimientos en asuntos legales relacionados con el VIH y utilizar otros medios de protección al margen de las cortes, tales como las oficinas de los ministerios de justicia, defensores del pueblo, unidades de quejas del servicio de salud y comisiones de derechos humanos.

APENDICE 5-A Resumen de las guías internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos adoptados por la Segunda Consulta Internacional, julio 2002 *(continuación)*

LINEAMIENTO 8:

Los Estados, en colaboración y con las comunidades, deben promover un ambiente de apoyo a las mujeres, niños y otros grupos vulnerables afrontando prejuicios e inequidades a través del diálogo comunitario, ofreciendo servicios sociales y de salud especialmente diseñados y apoyando a los grupos comunitarios.

LINEAMIENTO 9:

Los Estados deben promover una distribución amplia y permanente de programas creativos en educación, capacitación e información especialmente diseñados para cambiar actitudes asociadas a la discriminación y estigmatización del VIH/SIDA, para que sea comprendida y aceptada.

LINEAMIENTO 10:

Los Estados deben asegurar que el gobierno y el sector privado desarrollen códigos de conducta relacionados con temas de VIH/SIDA que conviertan los principios de los derechos humanos en códigos de responsabilidad y práctica profesional, con mecanismos de implementación y fortalecimiento de dichos códigos.

LINEAMIENTO 11:

Los Estados deben asegurar el monitoreo y fortalecimiento de mecanismos que garanticen la protección de los derechos humanos relacionados al VIH, incluyendo aquellas personas que viven con VIH/SIDA, sus familias y comunidades.

LINEAMIENTO 12:

Los Estados deben cooperar a través de todos los programas y agencias del sistema de Naciones Unidas, incluyendo ONUSIDA, para compartir conocimientos y experiencias relacionadas con los derechos humanos ligados al VIH, y deben asegurar mecanismos efectivos para proteger los derechos humanos en el contexto del VIH/SIDA a nivel internacional.

Fuente: OHCHR, EL ONUSIDA. 2002. *La infección por el VIH/SIDA y las normas internacionales de derechos humanos, Norma revisada 6: Acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y apoyo*. Ginebra, agosto de 2002, pp 10–12.



Módulo 6 Prueba y consejería de VIH para PTMI

| | |
|-----------------|---|
| SESIÓN 1 | Resumen de la prueba y consejería de VIH en mujeres embarazadas |
| SESIÓN 2 | Pruebas de VIH |
| SESIÓN 3 | Información y consejería de previo a la prueba |
| SESIÓN 4 | Información y consejería postprueba |

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Hablar sobre la integración de las pruebas y la consejería del VIH en los entornos de atención prenatal (APN).
- Hablar sobre la función del trabajador salud en el mantenimiento de la confidencialidad.
- Proporcionar información a las mujeres embarazadas acerca de las pruebas del VIH.
- Explicar el significado de los resultados de la prueba del VIH positivo y negativo.
- Identificar las necesidades de las mujeres que acaban de ser diagnosticadas con el VIH.

Este módulo está diseñado para proporcionar al trabajador de salud el conocimiento y las aptitudes básicas para la prueba y la consejería en los entornos de atención prenatal. Se deben considerar las pruebas y la capacitación adicional del VIH cuando sea posible.

Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional

Sesión 1

- Políticas nacionales sobre las pruebas del VIH
- Política nacional de confidencialidad
- Política nacional sobre las opciones *opt-in* y *opt-out*, el consentimiento fundamentado y recomendaciones sobre la revelación (si no está incluido en lo anterior)

Sesión 2

- Algoritmo para las pruebas del VIH (es decir, prueba rápida y/o ELISA)
- Política sobre la prueba de diagnóstico del lactante expuesto al VIH, incluyendo el anticuerpo contra el VIH o examen vírico
- Algoritmo(s) para el diagnóstico de la infección por VIH en un lactante nacido de una madre con VIH

Sesión 3

- Información nacional previo a la prueba y políticas de consejería u orientación

Sesión 4

- Políticas nacionales de consejería u orientación postprueba, tanto para las mujeres que dan positivo al VIH como las que dan negativo



La *Guía de Bolsillo* contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 Resumen de las pruebas y consejería de VIH en mujeres embarazadas

Pruebas del VIH y servicios de consejería

Las intervenciones específicas de PTMI dependen de que una mujer conozca su estado de VIH. Por consiguiente, las pruebas del VIH y los servicios de consejería:

- Desempeñan una función vital en la identificación de las mujeres VIH-positivas
- Proporcionan un punto de acceso al tratamiento, atención y apoyo integral de infección por el VIH/SIDA
- Ayudan a los pacientes a identificar y adoptar medidas para reducir los comportamientos de riesgo de la infección por VIH o su transmisión
- Necesitan ser accesibles para todas las mujeres en edad fértil, especialmente las que están embarazadas
- Necesitan ser accesibles para la pareja, si fuera posible

La **prueba del VIH** es un proceso que determina si una persona está infectada por el virus.

La **consejería de VIH** es el diálogo confidencial entre los individuos y sus trabajadores de salud que ayuda a los pacientes a examinar el riesgo de contraer o transmitir la infección por VIH.

En este módulo de capacitación, el término *consejería* se refiere a las conversaciones entre los trabajadores de salud y los pacientes /pacientes de pruebas de VIH. Los *consejeros* pueden ser trabajadores de salud como los doctores, las enfermeras, las parteras, los educadores, los legos o los voluntarios capacitados (ver Apéndice 6-A).

Juntas, la prueba y la consejería pueden mejorar la comprensión de una persona sobre el VIH/SIDA y ayudarla a tomar decisiones fundamentadas en el futuro.

Prueba y consejería para PTMI

En el contexto de prevención de TMI, la prueba y la consejería son una intervención flexible que se integra en varios entornos donde las mujeres embarazadas y las mujeres en edad fértil reciben servicios—prenatal, trabajo de parto y parto, postnatal, planificación familiar y otros. Cada vez más, estos programas están proporcionando información previo a la prueba y durante la consejería postprueba.

Todas las mujeres embarazadas que solicitan atención prenatal deben recibir información sobre:

- Prácticas sexuales de menor riesgo
- Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños, incluidas las intervenciones para PTMI
- Pruebas del VIH, consejería postprueba y servicios de seguimiento

Ventajas de la prueba y la orientación para PTMI

La evaluación y la orientación acerca de la infección por VIH en mujeres embarazadas que son seronegativas les ayuda a mantener su estado.

Para las mujeres embarazadas que son positivas al VIH y conocen su estado, la consejería puede ayudarlas a:

- Tomar decisiones fundamentadas acerca de su embarazo.
- Recibir intervenciones apropiadas y oportunas para reducir la TMI, incluyendo:
 - Tratamiento/profilaxis antirretroviral
 - Consejería y apoyo de alimentación de lactantes
 - Información y consejería en la planificación familiar
- Recibir educación sobre la importancia de realizar el parto en un entorno donde las precauciones universales y las prácticas obstétricas sean más seguras.
- Tener acceso temprano y seguro al tratamiento de VIH, la atención y los servicios de apoyo.
- Recibir información y consejería en la prevención de transmisión del VIH a otros.
- Recibir seguimiento y atención de salud para sí mismas y para sus lactantes expuestos al VIH.
- Revelar sus resultados a sus parejas y miembros de la familia.

Desventajas de la prueba y consejería para PTMI

Puede haber desventajas asociadas con la prueba y los programas de consejería:

- Las mujeres pueden experimentar estigmatización o discriminación relacionada con el diagnóstico. Aunque muchas mujeres se preocupan por las reacciones negativas, la mayoría reciben comprensión y apoyo de sus parejas, así como de otros miembros familiares.

Principios orientadores para la prueba y consejería de PTMI

Confidencialidad

Mantener la confidencialidad es una responsabilidad importante de todos los trabajadores de salud y es esencial para ganarse la confianza de los pacientes. La información compartida entre los trabajadores de salud y los pacientes debe mantenerse privada. Es primordial que exista un punto de reunión/espacio privado donde exponer todos los asuntos relacionados con el VIH, y el diagnóstico del VIH en particular. Los pacientes deben ser informados que su información personal y médica, incluidos los resultados de la prueba del VIH, puede revelarse a otros proveedores de salud para asegurar que reciban la atención médica apropiada.

Los trabajadores de salud deben recalcar, sin embargo, que sólo los trabajadores de salud que estén directamente involucrados en la asistencia al enfermo tendrán acceso a los registros del paciente—y sólo si es necesario que lo sepan.

Todos los registros e informes médicos, incluyan o no información relacionada con el VIH, deben mantenerse confidenciales y almacenarse en un lugar seguro.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es otro principio clave de la prueba y la consejería; es el proceso mediante el cual cada paciente recibe información clara y exacta acerca de las pruebas del VIH para asegurar que el paciente entiende que tiene el derecho y la oportunidad de rechazar la prueba.

En el contexto de PTMI, no se requiere consentimiento fundamentado escrito pero es la responsabilidad del personal del programa asegurarse de que se aborden los siguientes elementos de consentimiento fundamentado:

- Asegurar una comprensión del propósito y los beneficios de los servicios
- Asegurar una comprensión del proceso de prueba y consejería
- Respetar la decisión del paciente acerca de la prueba

Apoyo y servicios postprueba

El resultado de las pruebas del VIH siempre debe darse en persona. Junto con el resultado, también debe ofrecerse información apropiada sobre la postprueba, la consejería y la referencia.

| Ejercicio 6.1: Representación de papeles sobre la confidencialidad | |
|---|--|
| Propósito | Examinar y aplicar los principios de la confidencialidad |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A dos participantes se les pedirá que se ofrezcan voluntariamente a participar en una representación de papeles y se les pedirá que se sienten frente a frente delante de los demás. ▪ Un participante desempeñará el papel del trabajador de salud y el otro será el paciente (María). ▪ Lea los guiones proporcionados por el instructor y represéntenlos de acuerdo a las situaciones descritas en los guiones. ▪ Después del juego de rol, se les pedirá a todos los participantes que respondan a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Es el espacio apropiado para esta interacción? ▪ ¿Cómo piensa usted que María se sintió con este arreglo? ▪ ¿Cómo lo mejoraría? ▪ ¿A quién más en el establecimiento de salud se le permite acceso a los registros de María? ▪ ¿Cómo se le explica esto a María? ▪ Comente sobre los principales retos para la conservación de la confidencialidad en su establecimiento clínico. |

Los enfoques “Opt-in” y “Opt-out” para las pruebas del VIH en los entornos de PTMI

Existen dos enfoques para las pruebas del VIH en los entornos de PTMI/APN. Cada uno proporciona a la paciente información fácilmente comprensible sobre el VIH y los riesgos y los beneficios de la prueba. Los enfoques difieren en cómo deciden los pacientes hacerse o no la prueba del VIH. Las diferencias se resumen a continuación:

- **Opt-in** Cuando la paciente ha recibido información sobre el VIH y la prueba, elecciones le da la opción de aceptar o negar la realización de la prueba. Esta opción se presenta de una manera neutral, de apoyo. Las mujeres que eligen “opt-in” solicitan explícitamente la prueba y dan su consentimiento fundamentado—escrito u oral—claramente establecido. El enfoque “opt-in” requiere un paso activo por parte de la mujer para aceptar la prueba.
- **Opt-out** La prueba del VIH, en combinación con información sobre el virus, se ofrece como una parte habitual de un paquete estándar de atención. A la mujer se le da la oportunidad de rechazar la prueba si así lo desea. El enfoque “opt-out” recalca

que la prueba del VIH es una parte esperada de la atención prenatal. Sin embargo, la prueba sigue siendo voluntaria bajo este enfoque: la mujer tiene derecho a rechazar la prueba. El proveedor debe identificar el problema y resolver los temas que están impidiendo que la mujer acepte la prueba.

La estrategia preferida de la prueba APN: Opt-out

La estrategia opt-out se recomienda para las pruebas y consejería de VIH en el entorno de atención prenatal.

- La prueba opt-out ayuda a normalizar las pruebas del VIH y hace que la prueba sea un componente habitual de la atención prenatal.
- Tiene probabilidad de aumentar el número de mujeres que se realizan la prueba del VIH.
- La elección de estrategias de prueba debe realizarse a un nivel nacional, regional, de distrito o local.
- El personal del programa de PTMI debe adherirse a los principios fundamentales de la prueba y la consejería (consentimiento fundamentado, confidencialidad y la provisión de servicios postprueba).

SESIÓN 2 Pruebas del VIH

Resumen de las pruebas del VIH

Las pruebas del VIH detectan anticuerpos o antígenos asociados con el VIH en la sangre entera, la saliva o la orina. El muestreo sanguíneo es la modalidad más común de las pruebas. Los resultados de diferentes pruebas pueden combinarse para confirmar los resultados de la prueba del VIH. Cuando se administra adecuadamente, las pruebas del VIH ofrecen un alto grado de exactitud. Sin embargo, los que administran o manejan el proceso de pruebas del VIH deben capacitarse para preservar la exactitud de la prueba.

Varios factores influyen en la selección del tipo de prueba del VIH que realizan los establecimientos individuales y los responsables de la política nacional:

- Política nacional o local sobre la prueba
- Disponibilidad y pericia del laboratorio u otro personal capacitado
- Disponibilidad de suministros y apoyo de laboratorio
- Evaluación de pruebas específicas en el país
- Costo de los estuches de la prueba y suministros

Todas las pruebas siguen los mismos pasos básicos:

1. La muestra se obtiene. Con mayor frecuencia, una muestra de sangre se toma de las yemas de los dedos o el brazo.
2. La muestra se procesa. Esto puede hacerse en el lugar—por ejemplo, en el establecimiento de APN o durante el trabajo de parto y el parto para las pruebas rápidas—o en un laboratorio.
3. El trabajador de salud obtiene los resultados.
4. El trabajador de salud proporciona los resultados al paciente durante la consejería postprueba.
 - En un adulto, el resultado que da positivo al anticuerpo del VIH significa que la persona está infectada por el VIH.
 - Un resultado negativo significa generalmente que la persona no está infectada por el VIH. En casos raros, una persona con un resultado negativo o no concluyente puede encontrarse en el “período ventana”. Este es el período entre la aparición de la infección por el VIH y la aparición de los anticuerpos detectables contra el virus. El período de ventana dura de 4 a 6 semanas pero puede durar hasta 3 meses después de la exposición al VIH. Las personas en alto riesgo que dan resultados iniciales negativos deben someterse a prueba nuevamente 3 meses después de la exposición para confirmar los resultados.
5. El trabajador de atención de salud proporciona consejería postprueba, apoyo y referencia a otros servicios.

Pruebas del anticuerpo

Cuando el VIH se introduce en el cuerpo, el cuerpo responde elaborando una proteína llamada anticuerpo que puede ser detectado por varios métodos:

- Prueba rápida del VIH
- Ensayo inmunoenzimático (ELISA)
- Prueba de Western Blot

Las pruebas del VIH rápidas y de ELISA son las pruebas más usadas en el entorno de atención prenatal.

Prueba rápida

Todas las pruebas rápidas comparten las siguientes características:

- Es muy exacto cuando se realiza correctamente
- Generalmente se realiza con la sangre entera (o tomada con un pinchazo en el dedo o extraído como muestra); ocasionalmente, la saliva se recoge por medio de un hisopo
- No requiere equipo de laboratorio especial o refrigeración
- Los resultados están listos en 30 minutos
- Las pruebas pueden realizarse con un único espécimen
- El personal del consultorio puede capacitarse para realizar las pruebas

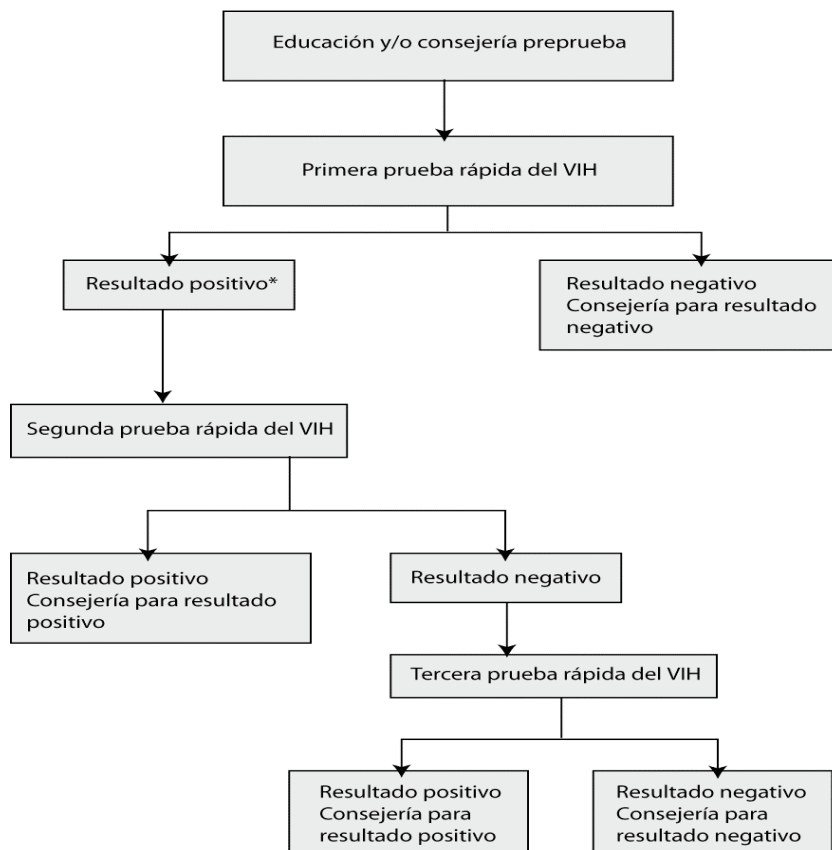
Los beneficios de la prueba rápida incluyen:

- Las muestras de sangre pueden analizarse en el consultorio.
- Los resultados se dan en el mismo día y es más conveniente para el paciente
- Los proveedores pueden evitar desaprovechar las oportunidades cuando no hay ninguna atención de seguimiento.
- Las mujeres embarazadas que son VIH-positivas pueden informarse de inmediato acerca de las intervenciones de TMI y las opciones de tratamiento.
- Los proveedores no necesitan localizar los resultados de la prueba en laboratorios externos.
- Hay menos riesgo de confundir o perder las muestras.

Un resultado positivo de prueba rápida se confirma ya sea por una diferente prueba rápida o por una prueba realizada por otro laboratorio. Si difieren los resultados de las dos pruebas, una tercera prueba se suele hacer en un laboratorio. Vea la Figura 6.1 para un algoritmo ilustrativo. Se recomienda que los trabajadores de salud sigan los protocolos de prueba aprobados por su programa.

Aunque la mayoría de las pruebas rápidas pueden detectar VIH-1 y VIH-2, generalmente no diferencian entre los dos tipos del VIH. Esto es significativo para los programas de PTMI porque la nevirapina (NVP), que se usa para el tratamiento con ARV y la profilaxis, no es tan eficaz contra el VIH-2. En los lugares donde el VIH-2 es común, se necesitan diferentes procedimientos de la prueba para someter a tamizaje para el VIH-1 y el VIH-2 y a distinguir entre ellos.

Figura 6.1 Algoritmo para prueba rápida (Prueba en serie)



* En el contexto de trabajo de parto en entorno de prevención de PTMI, se recomienda una sola dosis de nevirapina en base de un sólo resultado positivo de prueba rápida. Esto debe confirmarse después del parto.

ELISA

ELISA también se usa para identificar los anticuerpos contra el VIH en la sangre, la orina o la saliva. En general, una muestra de sangre se toma con una aguja de una vena en el brazo, y se envía a un laboratorio para su prueba técnica.

Las limitaciones de ELISA incluyen lo siguiente:

- Las pruebas se hacen en lotes de 40–90 muestras.
- Los resultados positivos deben bien con otra ELISA (usando un estuche para la prueba de un fabricante diferente), o por la prueba de Western Blot. El Western Blot es una prueba de anticuerpo sumamente “específica” porque es particularmente exacta al proporcionar un resultado de pruebas negativas en las muestras de personas que son verdaderamente negativas. Ambas pruebas confirmatorias pueden hacerse con la muestra de sangre inicial.
- La presentación de los resultados puede tomar varios días o semanas, y las mujeres no pueden regresar a por los resultados de la prueba o pueden dar a luz antes de que los resultados estén listos.
- Se requieren laboratorios y técnicos de laboratorio capacitados.
- La prueba es sensible a la temperatura, y los reactivos requieren refrigeración.

Pruebas virales o análisis

La prueba virológica o los análisis detectan directamente la presencia del VIH en los especímenes sanguíneos en contraposición con la prueba del anticuerpo, que detecta la

presencia del anticuerpo como una medida indirecta de la presencia del virus. Los análisis/ pruebas virales deben realizarse por el personal capacitado en el laboratorio.

Hay dos tipos principales de pruebas:

- La prueba del antígeno p24 mide uno de las proteínas encontradas en el VIH (antígeno).
- Las pruebas de RCP (reacción en cadena de la polimerasa) detectan ADN viral o ARN:
 - La RCP de ADN detecta la presencia del virus en la sangre y se usa para el diagnóstico del lactante menor de 18 meses.
 - La RCP de ARN detecta y mide la cantidad de virus en la sangre (carga viral).

| Ejercicio 6.2: Demostración rápida de pruebas | |
|--|---|
| Propósito | Examinar los pasos incluidos en la prueba rápida. |
| Duración | 25 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Identifique los 2 ó 3 tipos de pruebas del anticuerpo contra el VIH disponibles.▪ A un voluntario se le pedirá que se siente frente al facilitador; el voluntario participante no se le evaluará, pero participará en la representación de papeles de una sesión de prueba.▪ Observe la interacción entre el trabajador de salud y el paciente, incluyendo el uso de enfoques “opt-in” u “opt-out”.▪ Observe los pasos de la prueba rápida |

Prueba de diagnóstico de los lactantes y los niños pequeños expuestos al VIH

Dado que la profilaxis de ARV reduce, pero no elimina, la TMI, el personal del programa debe identificar o desarrollar servicios que proporcionen atención de seguimiento y los servicios de diagnóstico del VIH para los lactantes y los niños pequeños de madres infectadas por VIH.

En situaciones de recursos limitados, donde la prueba virológica quizá no esté disponible, siga el algoritmo ilustrativo de prueba de anticuerpos para los niños de 18 meses y mayores en la figura 6.2.

Si un niño expuesto al VIH desarrolla signos o síntomas de la infección por VIH, el diagnóstico y la intervención temprana es crítica. Esto se trata detalladamente en el Módulo 7: Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH.

Prueba de anticuerpos contra el VIH en los lactantes y los niños pequeños menores de 18 meses

El diagnóstico temprano de la infección en estos lactantes es difícil, especialmente en situaciones de recursos limitados, y es aún más complicado durante la lactancia materna. Ya que los anticuerpos maternos cruzan la placenta, todos los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH darán positivo al anticuerpo, independientemente de su propio estado de infección. Dado que persisten los anticuerpos maternos, la prueba de anticuerpos antes de 18 meses no puede proporcionar un diagnóstico fiable del estado de infección infantil, especialmente cuando está amamantándose el niño. En situaciones de recursos limitados donde la lactancia materna es común, la prueba de anticuerpos inicial se recomienda a los 18 meses. En los países con mayor capacidad de prueba múltiple, y donde la alimentación de reemplazo o el destete temprano es común, la prueba puede hacerse a los 9–18 meses. Sin embargo, los trabajadores de salud deben considerar la posibilidad de repetir la prueba a los 18 meses para confirmar el estado del niño. El Apéndice 6-B proporciona orientación sobre la sesión de consejería postprueba.

Para los niños que no están recibiendo lactancia materna o donde la interrupción de la lactancia materna ha ocurrido al menos 6 semanas antes:

Para los niños que no están recibiendo lactancia materna o donde la interrupción de la lactancia materna ha ocurrido al menos 6 semanas antes:

- Un resultado negativo de la prueba del anticuerpo contra el VIH en un niño de 18 meses o mayor indica que no es VIH-positivo.
- Una prueba positiva para el anticuerpo contra el VIH a los 9-18 meses indica que el niño puede tener anticuerpos de la madre y la prueba debe repetirse a los 18 meses.

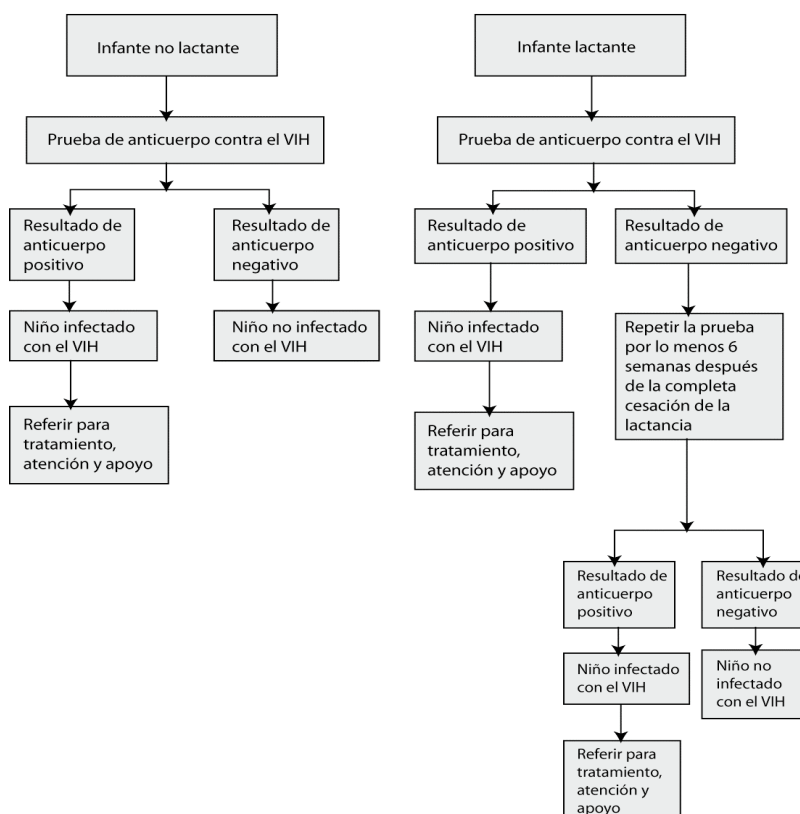
ó

- Un resultado negativo de la prueba del anticuerpo contra el VIH para un niño de 9-18 meses indica que el niño no está infectado por el VIH.
- Una prueba positiva del anticuerpo contra el VIH a los 9-18 meses de edad indica que el niño puede tener anticuerpos de la madre y la prueba debe repetirse a los 18 meses.

Para los niños que están recibiendo lactancia materna

- Si la prueba es negativa a los 18 meses de edad o mayores, y el lactante estaba amamantándose en las últimas 6 semanas, la prueba del anticuerpo debe repetirse 6 semanas después de la interrupción completa de la lactancia materna.
- Un resultado positivo de la prueba del anticuerpo contra el VIH a los 18 meses indica que el niño está infectado por VIH.

Figura 6.2 Diagnóstico del VIH en niños de 18 meses o mayores con pruebas de anticuerpos en entornos de recursos limitados



Análisis viral del VIH en los lactantes

Los análisis virales que detectan el VIH en la sangre del lactante, como el ADN o el ARV de la prueba de RCP, pueden usarse para diagnosticar la infección por VIH en los lactantes a una edad más temprana que la prueba de anticuerpos. El diagnóstico temprano del VIH le permite al proveedor iniciar con prontitud la consejería sobre métodos de alimentación del lactante y facilita la atención clínica temprana al lactante que está infectado por VIH.

Los programas necesitan formular normas prácticas y apropiadas basadas en las tecnologías de diagnóstico y evidencia adicional para tener resultados más rápidos y tempranos. Un análisis viral puede realizarse a la edad de 6 semanas para permitir las decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención de ARV. Donde la prueba virológica está disponible, puede usarse el algoritmo ilustrativo de la Figura 6.3. Cuando las pruebas virológicas están escasamente disponibles y existan limitaciones graves por el costo, una prueba vírica puede hacerse, *independientemente de que se esté amamantando*, si el niño presenta síntomas del VIH y tiene menos de 18 meses de edad.

Para los niños que *no son amamantados*, considere la posibilidad de hacer la prueba al lactante de 6 semanas de edad.

Para los niños que *reciben lactancia materna*, considerar la posibilidad de hacer la prueba al niño entre 6 semanas—6 meses.

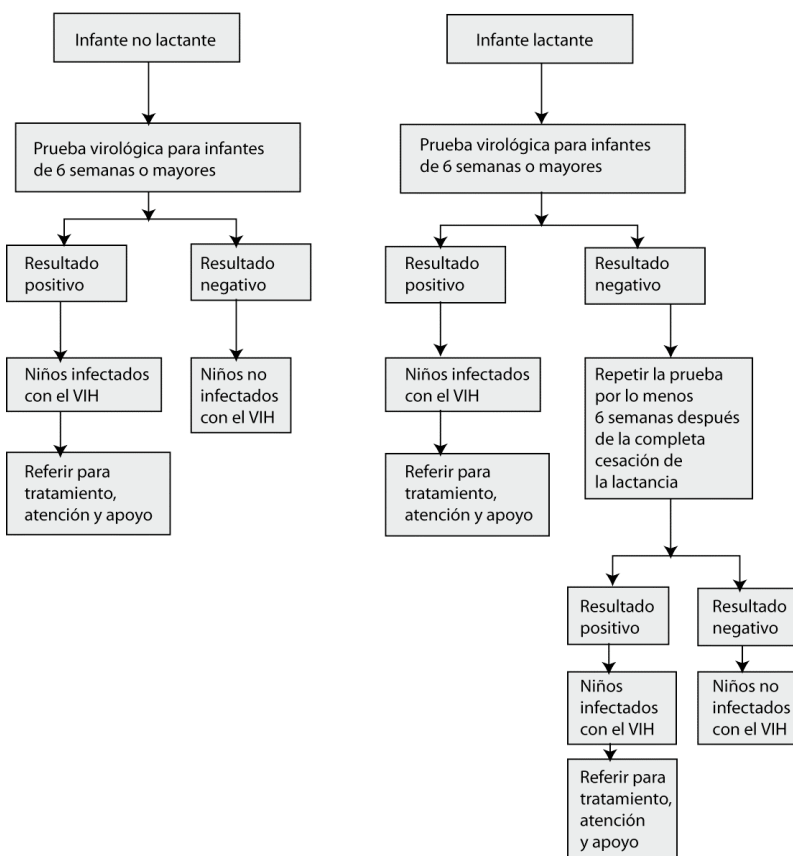
Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es positiva, el niño está infectado por VIH.

- Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es positiva, el niño está infectado por VIH.
- Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es negativa, el niño no está infectado por VIH.

Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es positiva, el niño se considera infectado por VIH.

- Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es positiva, el niño se considera infectado por VIH.
- Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es negativa, repita el análisis vírico, 6 semanas después de la interrupción completa de la lactancia materna.
- Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es negativa 6 semanas después de la interrupción completa de la lactancia materna, el niño no está infectado por VIH.
- Si una RCP de ADN o prueba de RCP de ARN es positiva 6 semanas después de la interrupción completa de la lactancia materna, el niño está infectado por VIH.

Figura 6.3 Diagnóstico del VIH en infantes y niños pequeños menores de 18 meses o mayores con ensayos virales en entornos de recursos limitados



SESIÓN 3 Información y consejería previo a la prueba

Información previa a la prueba

El proceso de información y educación previo a la prueba empieza ofreciendo información básica sobre la infección por el VIH/SIDA. Los materiales impresos, los videos, las presentaciones y los ejercicios de representación de roles pueden usarse para presentar contenidos a grupos. Es importante presentar la información nuevamente durante las visitas iniciales y subsiguientes de atención prenatal.

Proporcionar información previa a la prueba, ayuda a preparar a las mujeres y sus parejas para entender la prueba y el proceso de consejería. Este proceso no se confundirá con la consejería previa a la prueba individual, que ayuda a los pacientes a explorar los comportamientos personales con que les ponen en riesgo del VIH, y temas e inquietudes relacionados.

Un trabajador de salud con capacitación básica en VIH suele proporcionar la información previa a la prueba en sesiones de grupo. Los trabajadores de atención de salud y los consejeros colaboran conjuntamente para identificar a los pacientes que necesitan consejería individual previa a la prueba y referencia.

Consejería individual previa a la prueba

Donde sea posible, la consejería individual previa a la prueba puede incorporarse en las visitas regulares de atención prenatal. Cuando no sea práctico, los trabajadores de salud pueden enviar a los pacientes a la consejería individual previa a la prueba para aclarar la información proporcionada en las sesiones de grupo. Los consejeros deben evaluar si la referencia a la consejería individual previa a la prueba es necesaria en base a las normas nacionales o del establecimiento de salud que, en algunos países, recomiendan la consejería individual cuando una mujer tiene inquietudes, preguntas, o incertidumbres. Una descripción de la consejería básica se encuentra en el Apéndice 6-C.

Componentes de las sesiones de información y consejería previas a la prueba

- Información básica sobre el VIH/SIDA
- Prevención y transmisión del VIH/SIDA
- ITS y VIH
- Prevención y TMI
- Proceso de prueba de VIH
- Beneficios y riesgos de la prueba VIH
- Confidencialidad
- Implicaciones de los resultados de la prueba, tanto positivas como negativas
- Identificación de los servicios de apoyo para VIH
- Planificación familiar
- Disponibilidad y beneficios de las pruebas y servicios de consejería para parejas

Consejería en grupo previa a la prueba

Las consideraciones clave para la provisión de la información a grupos incluyen:

- Adaptar el alcance y profundidad de la información en base al conocimiento del grupo

- Reforzar los esfuerzos de cambio de comportamientos, incluidas las prácticas sexuales de menor riesgo
- Usar modalidades didácticas, como los videos o los juegos de roles, para reforzar los conceptos fundamentales
- Tener conocimiento y aptitudes suficientes para responder cómodamente a las preguntas
- Reconocer la opción de consejería y referencia individual

Cada mujer debe recibir toda la información que necesite para tomar una decisión fundamentada sobre la prueba del VIH. La mayoría de los expertos sugieren a los proveedores que apoyen y animen a las mujeres a que se evalúen en la visita inicial porque muchas mujeres empiezan su atención prenatal al final del embarazo o sólo aparecen una vez antes del parto. En algunas culturas, la decisión de realizarse la prueba puede requerir el de apoyo de los miembros de la familia e implicar una visita de seguimiento con los encargados de tomar decisiones familiares. Los trabajadores de salud en los servicios de atención prenatal pueden procurar dar la bienvenida al establecimiento de salud a los encargados de tomar las decisiones familiares y proporcionar la misma información y la consejería previa a la prueba que se le suministró por separado a la mujer.

Cuando la prueba y la consejería forman parte de los servicios de atención prenatal, cada mujer debe asegurarse de que negarse a la prueba del VIH no afectará su acceso a la atención prenatal o a los servicios relacionados. También debe saber que si cambia de opinión, puede realizarse la prueba del VIH durante una visita posterior.

Consejería de parejas

Cuando sea posible, los trabajadores de salud pueden alentar a los compañeros a que asistan a las sesiones de prueba y consejería en atención prenatal.

Ventajas de la consejería de parejas

- La consejería de los compañeros de las mujeres embarazadas brinda una oportunidad de alentar a los hombres a que practiquen actividades sexuales de menor riesgo al usar condones y limitar el número de parejas.
- Durante la consejería, los trabajadores de salud pueden recalcar la responsabilidad del hombre en la protección de la salud de su esposa o pareja y su familia.
- La evaluación de ambos en pareja puede reducir la probabilidad de que la mujer “sea acusada” de traer la infección por VIH a la familia.
- La identificación de las parejas discordantes durante la consejería (uno de los implicados es HIV-negativo y el es VIH-positivo) brindará la oportunidad de tratar las prácticas sexuales de menor riesgo.

Discordancia en parejas

Muchas parejas son discordantes. No obstante, la mujer cree a menudo que sus resultados de la prueba del VIH reflejan el estado de su pareja; supone que si es negativa luego su pareja es también negativa, cosa que no siempre es así. Si su pareja es en realidad positiva al VIH e infecta a la madre durante el embarazo, el riesgo de la transmisión del VIH al lactante es muy alto.

Responsabilidades del trabajador de salud al trabajar con parejas

Los trabajadores de salud pueden animar a las mujeres a que intenten persuadir a sus parejas a participar en los servicios de atención prenatal y realizarse la prueba del VIH, independientemente del resultado de la prueba de la mujer. El desarrollo de habilidades, la solución de problemas y ensayando lo que la mujer dirá a su pareja puede ayudar a una mujer a compartir su resultado y referir a su pareja para la prueba. Alternativamente,

los compañeros pueden acercarse a los servicios de consejería y pruebas voluntarias (PCV). Se les puede dar información específica sobre las horas de apertura, la ubicación y los servicios. Si el paciente o su pareja reciben un resultado de prueba del VIH positivo, dérvelos a tratamiento, atención y apoyo social.

Consideraciones en la orientación de parejas

- Establezca una relación con cada pareja.
- Asegúrelos de la confidencialidad y el apoyo.
- Evalúe el entendimiento de ambos sobre la infección por el VIH/SIDA.
- Evite que una persona domine la conversación.
- Explique el proceso de la prueba.
- Converse sobre la consejería postprueba:
 - Preguntar si preferirían recibir los resultados por separado o juntos. La mayoría de los expertos recomiendan recibir resultados juntos como una precondición para la consejería de parejas.
 - Mencione la posibilidad de los resultados discordantes (si uno está infectado y el otro no) y prepárelos para esta posibilidad.
- Proporcione información sobre las intervenciones disponibles de PTMI: La profilaxis de ARV, las prácticas de alimentación de lactantes.
- Confirme los beneficios de conocer su estado de VIH; trate las inquietudes o los riesgos potenciales de ese conocimiento.
- Pregunte quién más podría ser afectado por los resultados de la prueba.
- Confirme la voluntad de la pareja de realizarse la prueba.
- Esté preparó para referir a la pareja a consejería posterior si fuera necesario

| Ejercicio 6.3 Proporcionando información: Discusión en grupo pequeño | |
|---|--|
| Propósito | Examinar la información previa a la prueba y practicar el proporcionar información |
| Duración | 45 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A usted se le pedirá que participe en uno de tres grupos; a cada grupo se le asignará una colección de temas para discusión de una de tres “sesiones de información” que aparecen en el Apéndice 6-D. ▪ Seleccione un participante para documentar la discusión del grupo. ▪ Al terminar la actividad, una persona en el grupo presentará uno de los temas en la plenaria de grupo. ▪ Utilizar las preguntas y respuestas en el Apéndice 6-D como una guía, discuta cómo podría presentar o interpretar cada una. ▪ Los participantes rotarán como ponentes del tema hasta que todos hayan tenido oportunidad de hablar. |

SESIÓN 4 Información y consejería postprueba

Consejería postprueba

Todo resultado de la prueba del VIH, ya sea positivo o negativo, debe comunicarse a la persona. Se le proporciona sesiones de consejería inicial postprueba a cada paciente por separado y privadamente, a menos que se esté proporcionando la consejería postprueba a una pareja.

La sesión de consejería postprueba para la pareja cuando la mujer es VIH-positiva y el hombre es VIH-negativo tiene varias metas:

- Proporcionar a la mujer el resultado de su prueba del VIH.
- Ayudarle a comprender el significado del resultado.
- Proporcionar los mensajes esenciales de PTMI apropiados.
- Ofrecer apoyo, información y referencia a otros servicios.
- Promover el comportamiento que reduce riesgo.
- Promover la revelación y la prueba a la pareja

Cuando la mujer es VIH-negativa...

Un resultado negativo en una prueba del anticuerpo contra el VIH significa que una mujer no está infectada por el VIH.

La consejería postprueba brinda una oportunidad a la mujer VIH-negativa para aprender cómo protegerse a sí misma y a su lactante de la infección por VIH. Es importante que las mujeres sepan que si contraen la infección durante el embarazo o la lactancia materna, se enfrentan a un mayor riesgo de TMI. La consejería postprueba—aún para aquellas que sean VIH-negativas—proporciona a las mujeres un poderoso incentivo para adoptar las prácticas sexuales de menor riesgo, tratar la planificación familiar, comprender el tema de la discordancia y promover la prueba de la pareja (ver Sesión 3). Los pasos detallados para proporcionar consejería postprueba a las mujeres que son VIH-negativas están en el Apéndice 6-E.

Componentes de la consejería postprueba para las mujeres VIH-negativas

- Discuta el significado de los resultados.
- De información sobre cómo prevenir una infección futura por VIH.
- Informe a la mujer sobre el alto riesgo que tiene de transmitirle a su hijo el VIH durante el embarazo y la lactancia materna
- Infórmele acerca de la disponibilidad futura de la consejería.

Cuando la mujer es VIH-positiva...

Una mujer cuyo estado o prueba es VIH-positiva está infectada por el VIH. La consejería de las mujeres que dan positivas al VIH es todo un reto para los trabajadores de salud, y las reacciones de las pacientes pueden variar desde la aceptación a la incredulidad. El trabajador de salud debe seguir siendo moralmente neutro, dar apoyo y mostrarse seguro durante todo el proceso de consejería. Los trabajadores de atención de salud deben recordar que tienen las aptitudes para proporcionarles información difícil a las pacientes y pueden aprender de su experiencia.

Dado que las mujeres pueden aparecer al final del embarazo o sólo asistir a la atención prenatal una vez, los mensajes clave sobre la PTMI deberán proporcionarse durante la sesión de consejería postprueba. También durante la sesión de consejería postprueba, el trabajador de salud debe alentar a la mujer VIH-positiva a asistir a las visitas de

atención prenatal posteriores. Durante esas visitas, los mensajes clave de PTMI pueden ser reforzados y se puede proporcionar seguimiento a la consejería. Es necesario referir a la mujer a tratamiento, atención y apoyo de VIH.

Vea los pasos detallados para la provisión de consejería postprueba a mujeres con prueba positiva del VIH en el Apéndice 6-F.

Componentes de la consejería postprueba para mujeres con prueba VIH-positiva

- Discutir el significado del resultado de la prueba.
- Determinar si ella ha comprendido el significado de su resultado y permitirle hablar sobre sus sentimientos.
- Hable sobre sus preocupaciones actuales.
- Informe sobre las cuestiones esenciales de PTMI. Discuta y de apoyo inicial sobre el tratamiento con ARV, profilaxis y decisiones sobre alimentación materna.
- Discuta sobre la revelación y la prueba a la pareja.
- Estimule a que frecuente las visitas APN posteriores y la importancia de dar a luz en un establecimiento de PTMI.

Revelación del estado de VIH

Durante la sesión de consejería inicial de la postprueba, el consejero/a puede entablar la conversación acerca de la revelación. Al revelar su estado de VIH a su pareja y familia, la mujer puede estar en una mejor posición para:

- Alentar a su(s) pareja(s) a que analice(n) su prueba de VIH.
- Prevenir la transmisión del VIH a su(s) pareja(s).
- Acceder a las intervenciones de PTMI.
- Recibir apoyo de su(s) pareja(s) y familia cuando busca tratamiento, atención y apoyo de PTMI y VIH.

Es importante respetar la elección de la mujer con respecto a la sincronización y proceso de revelación. Una mujer puede percibir las desventajas de revelar su diagnóstico. En algunas comunidades, las mujeres que están infectados por VIH y sus familias pueden ser estigmatizadas y discriminadas. (Vea el Módulo 5, *Estigma y discriminación relacionados con la TMI*). Si la mujer ha indicado que su(s) pareja(s) y familia pueden reaccionar negativamente a su estado de VIH, el consejero/a puede ayudar a la mujer a resolver sus y desarrollar sus habilidades que pueda usar para revelar su estado de VIH.

Visitas posteriores de atención prenatal

En la mayoría de los países, a las mujeres embarazadas se les alienta a que asistan a las visitas programadas de atención prenatal a lo largo de su embarazo. Sin embargo, en muchas situaciones de recursos limitados, muchas mujeres embarazadas asisten a atención prenatal una sola vez, normalmente al final del embarazo y no realizan visitas posteriores.

Si las mujeres embarazadas sí realizan las visitas posteriores, los siguientes temas deben abordarse en la primera visita de atención prenatal y reforzarse durante las visitas de atención prenatal posterior:

- Intervenciones para PTMI (Módulo 3, *Intervenciones específicas para prevenir la TMI*)

- Opciones de alimentación de lactantes (Módulo 4, *Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH*)
- Atención y tratamiento de seguimiento para la mujer y su lactante (Módulo 7, *Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH*)
- Apoyo social (Módulo 7: *Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH* y Módulo 8, *Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo*)
- Opciones de planificación familiar (Módulo 2, *Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños*)

| Ejercicio 6.4 Consejería postprueba: Representación de papeles en grupo pequeño | |
|--|---|
| Propósito | Practicar las aptitudes de consejería postprueba por la representación de papeles |
| Duración | 60 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En un grupo pequeño (cerca de seis mujeres), examine la Lista de Verificación de Consejería del Apéndice 6-G. ▪ A cada grupo se le dará dos escenas del Apéndice 6-G, una sobre un resultado VIH-negativo y otra de un resultado VIH-positivo. ▪ Para cada escena, se les pedirá a dos participantes que se sienten frente por frente. A un participante se le preguntará que haga el papel de “paciente” y al otro de “consejero”. ▪ Después de leer la Lista de Verificación de Consejería, los dos representarán los roles de la primera escena. Si el consejero tiene dificultad, otro miembro del equipo puede ayudarlo tocándole el hombro y asumiendo la función del consejero. ▪ Al terminar la representación de papeles, los dos participantes deben pasar 5 minutos revisando la experiencia con el resto de su equipo y preguntándose: ¿“Se quedó algo importante fuera de la sesión”? ▪ Invertir los papeles y seguir intercambiándolos hasta que cada miembro hay ensayado la consejería postprueba (usando ambas escenas, si el tiempo lo permite). ▪ Responda a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo se sintió en su función como consejero? ▪ ¿Cuál fue la parte más difícil de la consejería? ▪ ¿Comprende cómo las aptitudes básicas de comunicación pueden usarse durante las sesiones de consejería? ▪ ¿Qué reacciones positivas experimentó durante la sesión? |

Consejería y prueba para las mujeres con estado desconocido de VIH en el momento del trabajo de parto y parto

En algunos entornos, las mujeres que no se han evaluado durante la atención prenatal o no asistieron a atención prenatal pueden presentarse en el establecimiento de salud en el momento del trabajo de parto con estado desconocido de VIH. Las políticas nacionales y locales pueden proporcionar orientación sobre cómo realizar la consejería y prueba a las

mujeres con estado desconocido de VIH durante el trabajo de parto y parto. Aunque quizá sea difícil ofrecer orientación u obtener consentimiento fundamentado durante el trabajo de parto, se recomienda usar el enfoque opt-out de la prueba (ver Sesión 1) durante el trabajo de parto y proporcionar la consejería postprueba después del parto. En estas circunstancias, las decisiones acerca de la terapia antirretroviral se basarán en las políticas nacionales o locales (ver Módulo 3, *Intervenciones específicas para prevenir la TMI*). En algunos casos, será posible proporcionar profilaxis de ARV a la madre y al lactante, y en otros casos sólo será posible proporcionar profilaxis de ARV al lactante.

Módulo 6: Puntos clave

- La información previa a la prueba, la prueba del VIH y la consejería postprueba deben estar disponibles para todas las mujeres embarazadas en base de “opt-in” u “opt-out” de acuerdo a lo determinado por la política nacional o local.
- El proveedor de asistencia sanitaria debe mantener la confidencialidad del estado de VIH.
- Se promueve la prueba y la consejería de parejas.
- Las pruebas rápidas que dan los resultados el mismo día son el procedimiento recomendado para la mayoría de los entornos de atención prenatal.
- El diagnóstico infantil es complejo pero crucial para el manejo clínico.
 - El diagnóstico ordinario es hecho con la prueba del anticuerpo a los 18 meses.
 - El diagnóstico temprano es posible con la prueba de RCP.
- La consejería postprueba es importante para todas las mujeres:
 - Para las mujeres que son VIH-negativas, se debe recalcar la prevención de la infección por VIH.
 - Para las mujeres infectadas por el VIH, referir al programa de PTMI y demás opciones para el tratamiento, la atención y el apoyo.
- El desarrollo de las habilidades de revelación deben promoverse para todas las mujeres, independientemente de su estado de VIH.

APÉNDICE 6-A Capacitación, funciones y responsabilidades de los consejeros de VIH

| Nivel de consejeros | Funciones y responsabilidades |
|--|---|
| <p>Consejero superior (coordinador, supervisor) Consejero experimentado con capacitación avanzada en la consejería</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar y supervisar otros consejeros ▪ Monitorear a los consejeros ▪ Capacitar a los grupos de consejeros ▪ Aceptar las referencias de casos difíciles o complejos ▪ Facilitar y supervisar ocasionalmente a los clubes de apoyo |
| <p>Consejero profesional Consejero con antecedentes apropiados en enfermería, enseñanza o en un campo relacionado, que participa en el curso de capacitación</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consejería pre y postprueba ▪ Consejería de parejas ▪ Consejería de seguimiento ▪ Apoyo a los consejeros de pares y afines ▪ Identificación y evaluación de los fenómenos adversos o consecuencias a la salud mental y sus indicaciones |
| <p>Consejero de pares El consejero con los mismos antecedentes que la paciente, a menudo una mujer que ha participado en proyectos de PTMI; también incluye consejeros de pares en el lugar de trabajo, consejeros de pares jóvenes, y consejeros infectados por el VIH/SIDA</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de la movilización comunitaria ▪ Educación sobre VIH y consejería preventiva ▪ Seguimiento y consejería de apoyo en los casos sin complicaciones ▪ Integración en las actividades comunitarias de las personas que viven con VIH/SIDA |
| <p>Consejero lego Consejero con capacitación en consejería de la pre y postprueba</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consejería pre y postprueba para los casos comunes ▪ Seguimiento y consejería de apoyo para los casos sin complicaciones |
| <p>Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003 (julio). <i>Orientación sobre la provisión de T y C para las mujeres en la atención prenatal, el parto y situaciones de recursos limitados</i> [Borrador].</p> | |

APÉNDICE 6-B Conversación con los padres acerca de los resultados de la prueba de VIH de su niño

Prepárese para conversar con los padres o guardianes.

- Asegúrese de que tiene el resultado de la prueba del niño para pasársela a los padres
- Programe una cita.

Salude a los padres y establezca buena armonía.

- Pregunte si los padres o guardianes han tenido preguntas desde el análisis de sangre del niño. Responda a las preguntas y permítalos saber que la consejería seguirá estando disponible para ayudarlo a tomar decisiones importantes.

Informe a los padres del resultado de la prueba.

- Preguntar, "¿Están preparados para recibir el resultado de la prueba del VIH de su niño?"
- Diga, en un tono neutral, "el resultado de la prueba del bebé es positivo. Eso significa que el bebé tiene infección por VIH".
- Haga una pausa y espere a que los padres reaccionen antes de seguir. Déle a los padres el tiempo que necesiten para expresar cualquier emoción.
- Si los padres quisieran ver el resultado de la prueba, proporciónela.
- Compruebe que los padres hayan comprendido el significado del resultado. Trate y apoye los sentimientos y las emociones de los padres.
- Explique que el análisis de sangre reveló la presencia del VIH, el virus que causa el SIDA, en el cuerpo del bebé. Examine el procedimiento de prueba con los padres y compruebe con seguridad que él o ella comprenden los resultados de la prueba. Explique la veracidad de la prueba. Deje tiempo para el silencio.
- Tranquilice a la familia dejándoles saber que, aunque no existe cura, hay tratamientos que el niño puede recibir para las infecciones. Recalque que los niños pueden vivir muchos años antes de que se manifiesten enfermedades relacionadas con el SIDA. Hable de los tratamientos con ARV disponibles para el VIH.
- Reconozca que muchas personas pueden interpretar este diagnóstico como una pena de muerte. Prevea las reacciones de aflicción, shock, incredulidad, negación e ira. Ofrezca el apoyo apropiado.

Hable sobre las distintas formas de mantener al niño sano.

- Recalque la necesidad de inmunizaciones.
- Hable de la buena nutrición.
- Al niño debe permitírsele vivir una vida activa y de juego como otros niños siempre que sea posible.
- Examine la importancia de la atención médica inmediata, así como la atención preventiva. Si el bebé tiene menos de 12 meses, recalque la importancia de la profilaxis de NPC; garantice el acceso al cotrimoxazol e instruya a los padres en cómo dar el líquido.
- Refiera al niño a tratamiento y atención de VIH si no lo ofrece su establecimiento.

APÉNDICE 6-B Conversación con los padres acerca de los resultados de la prueba de VIH de su niño

(continuación)

Revise las precauciones universales

- Tranquilice a la familia diciéndoles que el contacto estrecho con miembros de la familia y los cuidados normales al bebé no transmiten el VIH.
- Revise las medidas para cambiar pañales (no se necesitan guantes), los derrames sanguíneos (usar una barrera) y las heridas abiertas (deben estar cubiertas).

Identifique a otros miembros de la familia que pueden estar en riesgo de la infección por VIH.

- Identifique, aconseje y evalúe los hermanos que quizá estén en riesgo. A las familias debe dárseles el tiempo y apoyo necesario.

Identificar un sistema de apoyo.

- Identifique un sistema de apoyo personal de la familia.
- Evalúe el estado psicológico de la madre y otros miembros familiares.
- Derive a la familia a un grupo de apoyo, si están interesados.
- Proporcione a la familia material escrito que pueden llevar a casa, si están interesados.

Revise los temas de la confidencialidad.

- Introduzca los temas relacionados con la revelación.
- Explique cómo la confidencialidad se maneja en el entorno clínico.

Evalúe la comprensión de la familia sobre el diagnóstico, tratamiento y la atención en cada visita.

- Examine y ofrezca información adicional según convenga.

APÉNDICE 6-C Aptitudes básicas de consejería

Sentir empatía

La empatía es la identificación y la comprensión de la situación que vive otra persona, sus sentimientos y motivaciones. Para sentir empatía, trate de ver el mundo a través de los ojos de la otra persona y comprenda cómo se siente. El consejero/a debe escuchar al paciente atentamente y tratar de comprender su situación y sus sentimientos sin juzgarlo. La empatía no debe estar confundida con la lástima.

Escucha activa

El oyente activo presta atención a lo que el paciente dice y hace y escucha de una manera que muestre respeto, interés y empatía. La escucha activa es más que oír lo que paciente dice. Significa prestar mucha atención al contenido del mensaje, así como a los sentimientos y a las preocupaciones que pueden expresarse mediante el movimiento, el tono de voz, la expresión facial y la postura.

Preguntas abiertas e indagación

Las preguntas abiertas proporcionan más información que las preguntas de una sola respuesta. A menudo empiezan con “cómo, qué,” o “por qué”. Tales preguntas alientan al paciente a que exprese sus sentimientos libremente y que comparta información pertinente a la situación. Se indaga para ayudar a los pacientes a expresar sentimientos y a dar información más clara. La indagación suele ser necesaria cuando los consejeros necesitan más información acerca de los sentimientos o la situación de un paciente.

Centrarse

Los pacientes a menudo se ven abrumados por muchos problemas, y pueden tratar de abordarlos todos de forma inmediata. Es importante que el consejero y el paciente permanezcan centrados en las metas de cada sesión de consejería. Los consejeros quizá necesiten volver a centrarse o reorientar las preguntas del paciente para que puedan abordarse posteriormente en la sesión. Si el paciente tiene deseos de hablar de otros temas emocionales o personales, el consejero debe considerar la posibilidad de proporcionar referencias para el apoyo adicional.

Corrección de la información inexacta

Es la responsabilidad del consejero proporcionar a los pacientes información exacta y corregir las ideas erróneas. El consejero debe identificar la información falsa y corregirla rápidamente. Esto debe hacerse con mucha sensibilidad para que el paciente no se sienta incómodo o se muestre a la defensiva. No siempre es necesario dar explicaciones detalladas de los hechos.

APÉNDICE 6-C Aptitudes básicas de consejería *(continuación)*

Características de un buen consejero

- Establecen armonía dando la bienvenida a los pacientes con respeto, presentándose, y explicando sus funciones como consejeros
- Comprenden el tema en cuestión, si se trata de la reducción de riesgos de VIH, las pruebas de VIH, la alimentación del lactante, la planificación familiar o el tratamiento y procedimientos del VIH
- Son sensibles a los factores culturales y psicológicos que pueden afectar a los pacientes durante la toma de decisiones
- No juzgan y tratar a los pacientes con respeto y amabilidad
- Proporcionan información de forma sensible, utilizando un lenguaje que los pacientes entienden
- Animar a los pacientes a hacer preguntas
- Escuchan activamente las inquietudes de pacientes
- Reconocen cuándo es necesario referir a los pacientes a servicios adicionales de ayuda o de apoyo
- Observan y responden a la comunicación no verbal (lenguaje corporal)

APÉNDICE 6-D Proporcionando información previa a la prueba, ejercicio 6.3

Sesión de información: Grupo 1

Introducción

Las sesiones de información en grupo pueden ofrecerse en establecimientos de atención prenatal. En grupo, revise los siguientes temas de uno en uno e decide qué puntos clave deben tratar en una sesión de información en grupo. Use las preguntas y las respuestas de abajo como guía.

- Un resumen del VIH y el SIDA
- Fuentes y prevención de transmisión del VIH
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH
- Transmisión materno-infantil del VIH y prevención

¿Cuál es la diferencia entre el VIH y el SIDA?

El VIH es el virus que causa el SIDA. Alguien puede estar infectado por el VIH y no saberlo. Una persona infectada quizá no se sienta enferma por muchos años. El SIDA es la enfermedad causada por el virus del VIH. Cuando usted contrae el SIDA, el sistema de defensa de su cuerpo ha sido muy debilitado por el virus del VIH.

El VIH y el SIDA no tienen cura, pero existen medicamentos que pueden ayudar a prevenir las infecciones relacionadas. Algunos medicamentos disponibles desaceleran el virus y ayudan a las personas infectadas por VIH a mantenerse saludables por muchos años.

¿Qué pasa en nuestro país? ¿Cuántas personas están infectadas por VIH? ¿Cuántos son los hombres, cuántas son las mujeres o los niños?

Comparta las estadísticas nacionales recientes de la propagación del VIH y su prevalencia en las mujeres que asisten a los consultorios prenatales y de ITS.

¿Cuáles son algunos mitos comunes acerca del VIH?

Comparta las creencias y los mitos comúnmente sostenidos acerca del VIH y el SIDA.

¿Cómo se contagia el VIH?

La manera más común de contraer el VIH es tener relaciones sexuales sin protección con una persona que está infectada. Un bebé puede contraer el VIH de la madre si esta es VIH-positiva durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o la lactancia materna. La infección por VIH también puede transmitirse cuando las personas comparten equipo (agujas/jeringas) para inyectar medicamentos u otras sustancias (vacunas, vitaminas). También puede transmitirse al compartir otros objetos cortantes como las cuchillas o el equipo usado en cualquier procedimiento punzante (colocación de aretes/pendientes o incisiones en la piel) que involucre sangre. El VIH puede transmitirse a una persona que recibe sangre que no ha sido sometida a tamizaje para el VIH.

¿Cuáles son algunas maneras de prevenir la infección por VIH?

- Abstinencia sexual—no tener relaciones sexuales
- Ejercer la fidelidad entre las parejas no infectadas
- Contacto sexual limitado a una pareja que sea VIH-negativa
- Evitar el abuso de drogas
- No compartir las agujas contaminadas

APÉNDICE 6-D Proporcionando información previa a la prueba, ejercicio 6.3 *(continuación)*

¿Qué clases de cosas pueden ponerle a uno en riesgo de VIH?

- Tener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada
- Comportamientos de alto riesgo, incluyendo tener varios compañeros sexuales, tener relaciones sexuales anales
- Uso y abuso de las drogas compartiendo las agujas contaminadas
- No saber si su pareja es VIH-negativa o positiva
- Tener una infección de transmisión sexual (ejemplo: gonorrea o sífilis) puede aumentar entre 2 y 5 veces el riesgo de infección por VIH

¿Cómo se puede de reducir el riesgo de contraer el VIH?

Agregar a las sugerencias del paciente otras opciones para reducir el riesgo del VIH, como:

- No tener relaciones sexuales sin protección con una pareja de alto riesgo.
- Siempre usar los condones, si se tiene varias parejas.
- Conversar con su pareja acerca de las pruebas del VIH.
- Hablar de las inquietudes del VIH con la pareja o amigo.
- Reducir el uso de alcohol y/o de drogas.
- Evitar ir a lugares donde suele participar en comportamientos de alto riesgo.
- Abstenerse del sexo o usar condones hasta que se hayan evaluado usted y su pareja.

¿Cuáles son las elecciones que podrían disminuir sus riesgos?

- Recalque la importancia de hacer pequeños cambios razonables en lugar de establecer metas poco realistas, como no volver a tener relaciones sexuales jamás. Pídales a los pacientes que compartan sus planes con un amigo íntimo o con alguien en quien confían.

¿Cómo llegan a adquirir los bebés el VIH de sus madres infectadas por VIH?

- Si una mujer está infectada por VIH y se embaraza, hay tres maneras en que su bebé puede contraer el VIH: en la matriz durante el embarazo, durante el trabajo de parto y el parto, o durante la lactancia materna.
- Aunque el riesgo de la infección del bebé siempre está presente, una mujer que está infectada por VIH puede dar a luz un bebé VIH-negativo. Dentro de la matriz, la placenta actúa como un filtro entre los sistemas sanguíneos de la madre y el bebé. Esto reduce la probabilidad de que la madre transmita el VIH al bebé en la matriz. Pero a veces el VIH se mezcla en los sistemas sanguíneos de la madre y el bebé. Así que algunos bebés pueden contraer el VIH en la matriz.
- Hay otras dos maneras en que una madre que está infectado por VIH puede pasar el virus a su bebé. La manera más probable es durante el trabajo de parto y parto. Esto es porque el bebé establece contacto directo con la sangre de la madre. Una madre también puede pasarle el VIH a su bebé durante la lactancia materna.
- Es difícil decir si está infectado un bebé recién nacido. Sin embargo, al bebé puede hacerse la prueba para detectar la infección según la política del establecimiento.
- La buena noticia es que hay medicinas que reducen enormemente el riesgo de que una madre transmite el VIH a su hijo durante el parto. Estas medicinas les ofrecen nueva esperanza a las familias.

APÉNDICE 6-D Proporcionando información previa a la prueba, ejercicio 6.3 *(continuación)*

¿Qué es la Prevención de la Transmisión Materno-infantil del VIH, o el programa de PTMI?

Este programa ayuda a disminuir el riesgo de infección por VIH en los bebés nacidos de mujeres infectadas. El programa tiene varias partes:

- Prueba y consejería para ayudar a las mujeres no infectadas a que sigan siendo libres del VIH y proteger a sus familias de la enfermedad, y a las mujeres que están infectadas por VIH que reciben ayuda en la atención especial para reducir la transmisión de VIH a sus bebés
- Medicina—tratamiento antirretroviral—para reducir el riesgo del bebé de contraer el VIH
- Consejería y apoyo a las prácticas de menor riesgo en la alimentación de lactantes
- Referencia a tratamiento, atención y programas de apoyo

Sesión de información: Grupo 2

Introducción

Las sesiones de información en grupo pueden ofrecerse en el entorno de consultorios de atención prenatal. En grupo, revise los siguientes temas uno a uno y decida qué puntos clave deben cubrir durante una sesión de información en grupo. Use las preguntas y las respuestas de abajo de guía.

- Proceso de prueba de VIH
- Beneficios y riesgos de las pruebas de VIH
- Confidencialidad
- Implicaciones de los resultados de la prueba, tanto el positivo como negativo

¿Cómo se realizan las pruebas del VIH?

- La prueba se le ofrece a todas las mujeres embarazadas. Todas tienen el derecho de rechazar las pruebas del VIH.
- La prueba dice si una mujer está infectada por el VIH. En ocasiones muy raras, si una mujer ha tenido un riesgo o exposición reciente, los resultados de la prueba pueden no reflejar esa exposición. Por consiguiente, se recomienda que una mujer que ha estado recientemente en riesgo se pruebe nuevamente a los 3 meses de la exposición.
- Una prueba positiva de VIH significa que la mujer tiene el virus del VIH en la sangre. No significa que tenga el SIDA; no indica cuándo se enfermará. Una prueba negativa del VIH significa que no tiene el VIH en el cuerpo.
- Comparta el proceso de la prueba, ya sea la prueba rápida o el ELISA estándar.

APÉNDICE 6-D Proporcionando información previa a la prueba, ejercicio 6.3 *(continuación)*

¿Cuáles son las ventajas de saber los resultados de la prueba?

- El conocimiento de su estado de VIH puede ayudar a una mujer a tomar decisiones fundamentadas acerca de su embarazo.
- Si está infectada por VIH, el conocimiento de su estado puede ayudarle a acceder a servicios del VIH para sí misma y para prevenir la transmisión del VIH a su bebé.
- El conocimiento de su estado de VIH le permite reducir el riesgo de la infección a otras personas.
- La prueba temprana hace más fácil hacer planes de futuro.
- Si una mujer determina que ella es VIH-negativa, puede aprender cómo permanecer así y mantener a su familia a salvo de la infección por VIH.
- Hay muchos establecimientos de salud preventiva que pueden mejorar la calidad de vida de una mujer y prolongar su vida.
- Cada vez más, están disponibles los medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH. Estos medicamentos reducen el daño que ocasiona el VIH en el cuerpo y prolonga la vida.

¿Cuáles son las desventajas de examinarse para detectar el VIH?

- Una mujer puede notar una pequeña molestia o se le puede producir equimosis durante el proceso de muestreo sanguíneo (un pinchazo en el dedo o sangre tomada del brazo).
- Puede que los programas de prevención, cuidado, tratamiento y apoyo para personas seropositivas no estén disponibles, pero se puede referir a la paciente.
- Existe el riesgo del estigma y la discriminación hacia las personas VIH-positivas.

¿Quién puede recibir información acerca de los resultados de su prueba?

- Los resultados de la prueba son confidenciales y se convierten en parte del historial médico de una mujer. Sólo pueden compartirse con trabajadores de salud que participan en su atención y tratamiento—y sólo si es necesario que lo sepan. Una mujer tiene el derecho a decidir si otra persona puede recibir esta información, y tiene derecho a recibir apoyo en el proceso de revelación.

Sesión de información: Grupo 3

Introducción

Las sesiones de información en grupo pueden ofrecerse en establecimientos de atención prenatal. En grupo, revise los siguientes temas uno a uno y decide qué puntos clave deben cubrir durante una sesión de información en grupo. Use las preguntas y las respuestas de abajo de guía.

- Identificación de los servicios de apoyo del VIH
- Planificación familiar
- Consejería individual para la evaluación de riesgos
- Prueba y consejería para parejas

APÉNDICE 6-D Proporcionando información previa a la prueba, ejercicio 6.3 *(continuación)*

¿Qué tipos de servicios están disponibles en su comunidad para la persona infectada por VIH?

Haga que cada participante piense en los tipos de servicios que pueden necesitar si los resultados de la prueba mostraran que el participante (o la pareja del participante) está infectado por VIH. Los programas de PTMI pueden ayudar a comunicar a las personas con muchos servicios para sí mismas, su lactante o niño, y su familia, como se describe a continuación:

- Apoyo nutricional
- Consejería de parejas
- Tratamiento médico y medicinas para prevenir la transmisión al lactante
- Tratamiento para prevenir las infecciones oportunistas
- Apoyo espiritual, referencia a una organización de carácter religioso
- Grupos de apoyo de parejas
- Clases para aprender las prácticas de menor riesgo para la alimentación de lactantes
- Programas de agua potable

¿Quién puede beneficiarse de las clases de planificación familiar?

- Se anima a las parejas a que asistan juntos a clases cuando sea posible. Se les puede proporcionar información sobre el uso de condones y las prácticas sexuales de menor riesgo para prevenir tanto la propagación de la infección por VIH como los embarazos no intencionados.
- En algunas culturas, donde las relaciones sexuales están limitadas durante el embarazo e inmediatamente después del parto, la información puede proporcionarse para ayudar a las parejas a mantenerse unidos mediante los comportamientos no arriesgados.
- El padre puede aprender a apreciar su función como guardián de la salud y el bienestar de su esposa y familia.

¿Cuándo es mejor referir a alguien a la consejería individual?

- Los consejeros deben evaluar si la referencia a la consejería individual previa a la prueba es necesario basado en las normas nacionales o del establecimiento de salud. En algunos países, se proporciona consejería individual sólo cuando una mujer tiene inquietudes o preguntas. Durante este tiempo, los temas delicados pueden tratarse más abiertamente con la seguridad de que existe confidencialidad completa.
- Cuando la paciente tiene preguntas que no puedan ser respondidas por el personal de PTMI/ APN—como preguntas acerca de ITS y prácticas sexuales no arriesgadas—las preguntas pueden responderse en la sesión de consejería individual y las sugerencias pueden proporcionarse para ayudar a reducir el daño al individuo y a su(s) pareja(s).

¿Qué beneficios tiene la consejería de parejas?

- Cada persona tiene el derecho a conocer la información sobre la infección por el VIH/SIDA y su transmisión.
- Los integrantes de la pareja pueden llegar a comprender los beneficios y los riesgos de la prueba, y el beneficio de conocer su estado al tiempo que se les asegura que la confidencialidad se mantendrá.
- Juntos, pueden trabajar en los temas de planificación familiar, la aceptación de la responsabilidad de la prevención de los embarazos no intencionados y de la propagación de la infección por VIH.
- Juntos, pueden llegar a comprender el valor de su relación para proteger la salud de su familia y hacer planes de futuro.

APÉNDICE 6-E Lista de verificación de consejería postprueba, resultado VIH-negativo

La consejería es una relación y ofrece la oportunidad de establecer una conexión con la paciente, responder a sus preguntas y asegurar que la paciente comprende la información que usted está proporcionando.

- Asegúrese de que tiene el resultado de la prueba del paciente y que se lo dice a la paciente.
- Salude a la paciente.
- Pregunte si la paciente ha tenido alguna pregunta desde que se realizó la prueba. Responda a las preguntas y deje saber a la paciente que la consejería seguirá estando disponible para ayudarla a tomar decisiones importantes.
- Repita la información/consejería dada en la sesión. Deje saber al paciente que lo hace para asegurar que él o ella recuerdan la información importante.
- Indique que el resultado de la prueba de VIH está listo y proporcione los resultados de una manera directa. Dé la información con un tono neutral: “El resultado de su prueba es negativo”.
- Hacer una pausa y esperar a que el paciente responda antes de seguir. Dé tiempo al paciente para expresar cualquier emoción.
- Explore la comprensión del paciente sobre el significado de los resultados.
- Trate y apoye los sentimientos y las emociones del paciente.
- Si hubo una exposición reciente al riesgo, comente la necesidad de repetir la prueba.
- Converse con el paciente acerca de estrategias específicas de reducción de riesgos:
 - Referencia de la pareja para hacer la prueba y, si el resultado es negativo, promover la fidelidad
 - Uso de condones
 - Limitación del número de compañeros sexuales
- Conversar con el paciente nuevamente acerca de la revelación y acerca de la prueba a la pareja.
- Tratar la discordancia.
- Informarle al paciente que la orientación está disponible para su pareja.
- Recalcar la importancia de protegerse de la infección mientras se está embarazada o en lactancia materna y explicar qué hacer para disminuir el riesgo de que su bebé sea infectado por VIH.
- Preguntar si el paciente tiene preguntas o inquietudes. Diga al paciente dónde y a quién dirigirse en el establecimiento si surgiera cualquier inquietud.
- Trate los temas relacionados con el apoyo y las sesiones posteriores de consejería.
- Recuerde a las mujeres y las familias que la consejería o la referencia a la consejería estará disponible durante el embarazo para ayudarles a hacer planes para el futuro y para obtener servicios.

APÉNDICE 6-F Lista de verificación de consejería postprueba, resultado VIH-positivo

La consejería es una relación y brinda la oportunidad de establecer una conexión con la paciente, responder a sus preguntas y asegurar que la paciente comprende la información que usted le está proporcionando.

- Asegúrese de que tiene el resultado de la prueba del paciente y que se lo dice a la paciente.
- Salude a la paciente.
- Pregunte si la paciente ha tenido alguna pregunta desde que se realizó la prueba. Responda a las preguntas y deje saber a la paciente que la consejería seguirá estando disponible para ayudarla a tomar decisiones importantes.
- Repita la información/consejería dada en la sesión. Deje saber al paciente que lo hace para asegurar que él o ella recuerdan la información importante.
- Indique que el resultado de la prueba de VIH está listo y proporcione los resultados de una manera directa. Dé la información con un tono neutral: “El resultado de su prueba es negativo”.
- Hacer una pausa y esperar a que el paciente responda antes de seguir. Dé tiempo al paciente para expresar cualquier emoción.
- Explore la comprensión del paciente sobre el significado de los resultados.
- Normalice los sentimientos y las emociones del paciente.
- Informe al paciente sobre temas esenciales de PTMI. Tratar y apoye las decisiones iniciales acerca de:
 - Tratamiento antirretroviral y profilaxis
 - Opciones de alimentación de lactantes
 - Planes de parto
 - Nutrición adecuada
 - Tratar el tema de Vida Positiva y ofrezca referencia a la paciente a servicios de salud preventiva
 - Atención médica inmediata, profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas
 - Tratamiento de estrés y sistemas de apoyo
- Explicar que los resultados de la prueba de la mujer no indican si su pareja está infectada y que su pareja necesitará hacerse la prueba.
- Tratar la revelación y los temas de apoyo.
- La reducción de riesgos es necesaria para proteger a su(s) pareja(s) y a sí misma de una reinfección:
 - Uso de condones
 - Reducción del riesgo de la infección a otros y el tamizaje y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual
- Identificar las fuentes de esperanza del paciente, como la familia, los amigos, los servicios comunitarios, los apoyos espirituales y las opciones de tratamiento. Refiera a otros servicios cuando sea apropiado.
- Si el paciente ya tiene niños, hable y planifique la realización de la prueba en los niños.
- Pregunte si el paciente tiene preguntas o inquietudes. Diga al paciente dónde y a quién dirigirse en el establecimiento si surgiera cualquier inquietud.
- Recuerde a las mujeres y las familias que la consejería o la referencia a la consejería estará disponible durante el embarazo para ayudarles a hacer planes para el futuro y para obtener servicios necesarios.

APÉNDICE 6-G Juegos de rol para la consejería postprueba, Ejercicio 6,4 y lista de verificación de consejería

Escenas para los resultados negativos de la prueba de VIH

Escena 1 Shonda tiene 17 años y ha estado saliendo con su novio durante un año. Comenzó a tener relaciones sexuales con él sin protección hace tres meses y ahora está embarazada. Sospecha que su novio pueda estar en riesgo de contraer el VIH ya que no ha sido fiel a ella, aunque él lo niega. Durante su primera visita a la atención prenatal, decidió evaluarse, por si a caso estuviera infectada.

Escena 2 Paul y María han estado casados 2 años. Ahora están pensando en empezar su familia. Antes de casarse, Paul experimentó con drogas, incluidas las inyectadas. Aunque nunca ha tenido síntomas del VIH, ambos han decidido realizarse la prueba antes de tener hijos.

Escena 3 Lisa es una estudiante en la escuela de computación y está en su tercer trimestre de embarazo. Aunque está en una relación fiel con el padre de su hijo, en el pasado tuvo compañeros sexuales múltiples y practicó el sexo sin protección. Después de asistir a su primera visita de atención prenatal entendió que pudo estar en riesgo de contraer VIH y, no quiere poner a su pareja o a su bebé en riesgo, por lo que decidió evaluarse.

Escenas para los resultados positivos de la prueba de VIH

Escena 1 Débora está trabajando en una ruta de camiones como una trabajadora sexual y ve muchos hombres cada semana. Ha tratado convencerles para que usen condones pero muchos de ellos se oponen. Está en su 28^{ava} semana de embarazo y es su primera visita al establecimiento de atención prenatal. Está preocupada por la seguridad de su bebé y ha dado su consentimiento para realizarse la prueba del VIH.

Escena 2 Margarita y Esteban han estado casados por seis años y tienen tres niños. Ella está ahora en su segundo trimestre de embarazo y sospechan que puede tener gemelos. El año pasado, la pareja estuvo separada durante aproximadamente cuatro meses. Durante esa época, Steven tuvo relaciones sexuales con alguien que él supo después estaba infectada por VIH. Margaret está consciente de esto y, debido al embarazo, sabe que el bebé está en riesgo de infección por VIH si ella tuviera el VIH. Steven ha rechazado la prueba, pero a ella le practicaron la prueba y él la ha acompañado al consultorio hoy para oír sus resultados.

Escena 3 Cristina trabaja en el departamento de limpieza del establecimiento de atención prenatal. Le cae bien a todo el personal y recientemente descubrió que iba a tener su primer bebé. Antes de trabajar en el consultorio, fue paciente en un programa de rehabilitación de drogas en un pueblo vecino. Nadie en el consultorio lo sabe. Sabe, que debido a comportamientos anteriores, necesita hacerse la prueba del VIH. Se acercó a uno de los trabajadores de salud y pidió su ayuda para hacerse la prueba. Le preocupa que el resto del personal pueda tener conocimiento de esto y desea que los resultados de la prueba sólo los sepan ella y el trabajador de salud.

APÉNDICE 6-G Lista de verificación de la consejería

| Lista de verificación de la consejería Según observe la representación de roles de sus colegas, indique las técnicas utilizadas marcando la casilla apropiada. | | |
|--|--|--------------------------|
| Aptitudes y técnicas | Estrategias específicas, afirmaciones, comportamientos | <input type="checkbox"/> |
| Establecimiento de una relación | ▪ Saluda al paciente; estrecha las manos si fuera apropiado | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Ofrece asiento al paciente | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Se inclina hacia delante al conversar | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Hace contacto visual (cuando sea apropiado) | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Muestra interés en el paciente | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> |
| Escucha | ▪ Mira al paciente | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ La comunicación no verbal indica que presta atención al que habla | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Establece contacto visual para mostrar atención e interés (cuando sea apropiado) | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ La expresión facial indica afecto e interés por el paciente | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Usa palabras cortas para alentar al paciente, como sí, bien, etc. | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ El consejero se asegura que comprende lo que el paciente está diciendo | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Ocasionalmente resume las afirmaciones del paciente | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> |
| Empatía | ▪ Comenta sobre los retos que enfrenta el paciente, así como sus fortalezas | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Repite las afirmaciones del paciente para indicar que le entiende | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> |
| Cuestionamiento | ▪ Limita el uso de preguntas cerradas | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Utiliza preguntas abiertas para conseguir información más exhaustiva del paciente | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ El estilo de las preguntas refleja interés y atención, no interroga | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Hace preguntas pertinentes | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Otro (especificar): | <input type="checkbox"/> |
| Clarificación | ▪ Verifica si ha comprendido lo que el paciente ha dicho | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Usa frases como: ¿“Está diciendo que...”? o “Corríjame si estoy equivocado...” | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Otro (especificar): | <input type="checkbox"/> |
| Provisión de información técnica (en el consejería previo a la prueba, los procedimientos de prueba, los resultados de la prueba, consejería postprueba) | ▪ Proporcionó información sobre el VIH | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Proporcionó información sobre el proceso de prueba y los resultados | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Trató la confidencialidad | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Explicó el significado de los resultados de la prueba | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Para los pacientes VIH-negativos, proporcionó información sobre cómo mantenerse negativo | <input type="checkbox"/> |
| | ▪ Para los pacientes VIH-positivos, proporcionó información sobre el significado del resultado y la PTMI | <input type="checkbox"/> |



Módulo 7 Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo para madres y familias con infección por VIH

- SESIÓN 1** Vinculaciones con tratamiento local, atención y servicios de apoyo a madres y familias
- SESIÓN 2** Tratamiento, atención y apoyo de la madre con infección por VIH
- SESIÓN 3** Tratamiento, atención y apoyo del lactante y el niño pequeño expuesto al VIH

Después de completar el módulo, el participante podrá:

- Explicar el tratamiento, la atención y las necesidades de apoyo de las madres con infección por VIH y sus lactantes expuestos al virus.
- Identificar los recursos de apoyo locales para las madres, los niños y sus familias.
- Desarrollar y fortalecer las vinculaciones al tratamiento, atención y servicios de apoyo a las mujeres y los niños con infección por, o expuestos al, VIH.

Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional

Sesión 1

- Lista de los organismos locales que prestan servicios de apoyo clínico y social a las madres y familias con VIH

Sesión 2

- Normas para la atención postparto de la madre seropositiva
- Normas para la prevención y tratamiento de infecciones oportunistas como la NPC y la TB
- Normas nacionales para la atención y tratamiento del VIH para adultos, incluido el tratamiento con ARV
- Otras normas nacionales para el tratamiento de los síntomas y cuidados paliativos, apoyo nutricional, y el apoyo social y psicosocial (si no está incluido más arriba)

Sesión 3

- Normas para las visitas de seguimiento y esquema de vacunación para el lactante o niño expuesto al VIH
- Normas clínicas para la atención y tratamiento (incluido tratamiento con ARV) de los lactantes y niños expuestos a, o infectados por, el VIH



La Guía de Bolsillo contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 Vinculaciones al tratamiento, atención y servicios de apoyo locales para madres y familias

El tratamiento de seguimiento, la atención y el apoyo que las mujeres que están infectadas por VIH reciben después del parto, y la atención de sus niños y las familias, puede fortalecerse si se establecen vinculaciones con los servicios integrales de salud de la comunidad que incluyen tratamiento y atención de VIH/SIDA, el apoyo social y la defensa de los pacientes. Es importante que el tratamiento y la atención se extiendan más allá de la profilaxis de PTMI para las mujeres, los lactantes y los miembros de la familia en riesgo de, o que estén infectadas por, el VIH.

Las vinculaciones pueden fomentarse en muchos aspectos:

- Los promotores del programa pueden establecer vinculaciones al integrar los servicios de PTMI a los servicios existentes de salud maternoinfantil (SMI).
- Los clínicos y los trabajadores de salud pueden ampliar sus prácticas incluyendo las referencias necesarias y, posteriormente, dar seguimiento para asegurarse de que las familias tengan un acceso fácil a los servicios vinculados.
- Los trabajadores comunitarios, incluidos los consejeros legos, pueden ayudar a las mujeres a obtener tratamiento, atención y servicios de apoyo.

Vinculaciones entre el SMI y los servicios de VIH

- Los servicios de SMI son los puntos de acceso para PTMI y para el tratamiento, la atención y el apoyo de las mujeres que están infectadas por VIH, sus lactantes y otros miembros de la familia.
- PTMI se integra en los servicios de SMI mediante capacitación (construcción de capacidad humana) y la elaboración de programas.
- El cuidado a, y el tratamiento de, las familias afectadas por VIH es una responsabilidad compartida.
- Todos los niños nacidos de mujeres que están infectadas por VIH requieren seguimiento y atención apropiada.
- Debe alentarse a que los trabajadores de SMI en la comunidad proporcionen información a estas familias sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como atención y servicios de apoyo.
- Los especialistas en VIH que se preocupan por la atención a las mujeres y los niños pueden proporcionar consulta, tratamiento antirretroviral y ayudar a realizar seguimiento de la infección.

Vinculaciones con otros programas de salud para necesidades especiales

- Algunos programas tienen objetivos específicos de salud, como la planificación familiar, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), o la ayuda con el abuso de sustancias.
- Los programas específicos de ciertas enfermedades, como los de las personas con tuberculosis (TB), pueden beneficiar a las mujeres que están infectadas por VIH. La tuberculosis, que es sumamente prevalente en ciertos países, es una de las causas principales de mortalidad en las personas infectadas por el VIH. (Vea el Apéndice 7-A.)
- Los programas de apoyo nutricional a las madres y los niños son especialmente importantes para las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS).

Vinculaciones a las organizaciones de servicio del SIDA a nivel comunitario

Las vinculaciones a las organizaciones comunitarias pueden proporcionar los recursos para ayudar a las mujeres que están infectadas por VIH y sus familias hacer frente al aislamiento, el estigma social y las presiones emocionales que a menudo acompañan un diagnóstico de VIH. También pueden proporcionar a las mujeres infectadas por el VIH una forma de tomar parte trabajos voluntarios o remunerados relacionados con el VIH.

- Las organizaciones no gubernamentales (ONG), las organizaciones de carácter religioso (OBF) y organismos similares a menudo proporcionan tratamiento, atención y servicios de apoyo para las madres que están infectadas por VIH y sus familiares.
- Las vinculaciones entre los programas de salud y otras organizaciones comunitarias y de carácter religioso pueden mejorar la asistencia al enfermo.
- Las organizaciones de carácter religioso y los curanderos tradicionales pueden ofrecer otra fuente importante de apoyo social y comunitario.
- Muchos organismos comunitarios también pueden proporcionar educación, consejería, y prueba sobre la prevención del VIH y la actividad sexual de menor riesgo.
- Las vinculaciones a los programas para prevenir y tratar la malaria o la TB, o los programas que ofrecen a las mujeres apoyo nutricional les ayudan a ganar acceso a otros servicios necesarios.
- Las relaciones entre las clínicas y los programas comunitarios pueden ofrecer conexiones con la consejería, educación de pares y grupos de apoyo, y redes para PVVS.
- Las organizaciones de PVVS son una de las fuentes más importantes de apoyo a las madres diagnosticadas la infección por VIH en los programas de PTMI y para sus familias.
- Las organizaciones comunitarias a menudo ayudan a PVVS con necesidades específicas como vivienda, transporte, asistencia alimentaria, asistencia y consejo jurídico, y actividades generadoras de ingresos.

Construcción de equipos comunitarios para compartir responsabilidades

- Formalizan las conexiones entre los programas de SMI, los sistemas de salud y programas comunitarios, siempre que sea posible.
- Conforme las personas que trabajan en los organismos comunitarios y los establecimientos de salud aprenden más acerca de los servicios disponibles fuera de su propio entorno, las personas que viven con el VIH/SIDA pueden tener acceso a una mayor variedad de servicios.

Ejercicio 7.1 Vinculaciones comunitarias: Discusión en grupo pequeño

| | |
|----------------------|--|
| Propósito | Identificar la variedad de servicios localmente disponibles para PVVS. Promover la formación de redes y vinculaciones interinstitucionales. Facilitar la referencia de clientes a los servicios comunitarios. |
| Duración | 60 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none">▪ Los participantes se dividirán en varios grupos pequeños según su ubicación o afiliación geográfica con un establecimiento en cuestión.▪ Cada grupo asignará a alguien para apuntar la información y otra persona para actuar como portavoz del grupo cuando se comparta la información más adelante. |

Ejercicio 7.1 Vinculaciones comunitarias: Discusión en grupo pequeño

- Utilice copias del Apéndice 7-B para ayudar a identificar los recursos comunitarios localmente disponibles y apuntarlos después en el papel.
- En la columna izquierda, bajo cada categoría de recurso, intente responder a las siguientes preguntas:
 - ¿Puede enumerar un recurso bajo cada título?
 - ¿Es consciente de la dirección, la ubicación y las horas de operación de cada servicio?
 - Para cada recurso enumerado, ¿conoce una persona que sirva de contacto para redes y referencias?
 - ¿Faltan recursos en la lista?
 - ¿Se le ocurren otros recursos que no estén incluidos?
 - ¿Está en contacto con miembros clave de la comunidad clave con pueda asociarse para ampliar su lista de recursos?
- Tendrá 35 minutos para completar este ejercicio.
- Cuando haya terminado, cada grupo compartirá sus resultados con todos los participantes.

SESIÓN 2 Tratamiento, atención y apoyo de la madre con infección por VIH

Atención postparto de la madre con infección por VIH

Los trabajadores de salud deben asegurar que las mujeres que están infectadas por el VIH y han dado a luz en los establecimientos de salud vayan a sus citas postparto o puedan ser visitadas en casa.

Las mujeres que han dado a luz en casa deben evaluarse 1 semana después del nacimiento y nuevamente a las 6 semanas.

Incluya los siguientes procedimientos durante las visitas:

Evaluación de la recuperación física

- Revisar la curación de la herida.
- Monitorear la involución uterina.
- Confirmar la finalización de la hemorragia postparto.

Apoyo en alimentación de lactantes

(También ver Módulo 4, *Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH.*)

- Evaluar el progreso de la alimentación del lactante.
- Ayudar a la madre a que ejecute con seguridad la opción de alimentación elegida.
- Evaluar el apoyo familiar ante la opción de alimentación del lactante.
- Trabajar con la madre para desarrollar un plan que aborde los retos futuros.

Atención sexual y reproductiva

(También ver Módulo 2, *Resumen de la prevención del VIH en madres, lactantes y niños pequeños.*)

- Trate el uso de los condones como protección dual (contra ITS, incluido el VIH, y para planificación familiar).
- Apoye el método anticonceptivo que haya escogido la madre.
- Trate la importancia de la actividad sexual de menor riesgo para prevenir la propagación del VIH y otro ITS.
- Asesore a la madre sobre el tratamiento inicial de ITS, incluido el reconocimiento de síntomas y dónde ir para la evaluación y el tratamiento de las mismas.
- Responder cualquier pregunta que pueda tener la mujer acerca de los comportamientos de actividad sexual de menor riesgo.

Servicios relacionados para el tratamiento, la atención y el apoyo del VIH

El período postparto es un momento ideal para conectar a la mujer que está infectada por VIH con servicios de atención integral que apoyarán su salud, ayudarán a prevenir las complicaciones y mejorarán su capacidad de vivir con el VIH.

Una variedad de servicios relacionados debe darse directamente o mediante referencia, incluidos los mencionados a continuación:

- Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas
- Tratamiento con ARV cuándo esté indicado y disponible
- Tratamiento de los síntomas y cuidados paliativos
- Apoyo nutricional
- Apoyo social y psicosocial
- Apoyo de carácter religioso
- Asistencia domiciliaria



Referir a la Guía de bolsillo

Prevención y tratamiento de infecciones oportunistas

Las infecciones son una complicación grave del VIH. La prevención de infecciones oportunistas y demás ayudará a la mujer a permanecer más sana y preservar su sistema inmunitario.

Prevención y tratamiento de la malaria

Recomiende el uso de mosquitero tratado con insecticida en la cama para prevenir la malaria en las áreas donde sea endémico. Ofrezca tratamiento para la malaria y profilaxis según las normas nacionales.

Profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jiroveci*

OMS recomienda el uso del cotrimoxazol para ayudar a prevenir la neumonía *Pneumocystis jiroveci* (NPC) en los adultos que cumplan cualquiera de varios criterios enumerados en el Apéndice 7-C. El cotrimoxazol también puede reducir el riesgo de otras infecciones bacterianas y toxoplasmosis.

Profilaxis, tamizaje y tratamiento para la TB

Un 40% de personas que están infectadas por VIH contraerá TB en su vida. Refiérase a los protocolos del país con respecto a la profilaxis, el tamizaje y tratamiento de la TB, en particular en las áreas de prevalencia alta. (Vea el Apéndice 7-A para las recomendaciones.)

Inmunizaciones

Las recomendaciones para las inmunizaciones deben seguir las normas nacionales y de la OMS para los adultos que están infectadas por VIH.

Tratamiento antirretroviral

Aunque la profilaxis de ARV durante el embarazo reduce el riesgo de TMI, no le proporciona beneficio a largo plazo a la madre. Cuando se indica, (es decir, cuando la paciente satisface criterios clínicos para comenzar un tratamiento antirretroviral) se necesita tratamiento antirretroviral para suprimir la replicación vírica y promover una mejor calidad de vida.

Tratamiento antirretroviral

El tratamiento de apoyo con antirretrovirales para las mujeres que están infectadas con VIH se está volviendo más accesible. Las mujeres que inicialmente tienen seguimiento en PTMI deberían estar vinculadas a los servicios de tratamiento para ellas y sus familias (PTMI-Plus). Las políticas y guías nacionales e internacionales ofrecen apoyo para este proceso, que incluye criterios para el inicio del tratamiento. Vea el Apéndice 3-B para las recomendaciones de OMS.

La combinación de medicamentos ARV para reducir la carga viral de VIH lo más que se pueda—y el mayor tiempo posible—es un estándar en el tratamiento del VIH. Una combinación de tres o más ARV, conocido como Terapia Altamente Activa de Antirretrovirales (TAAR), disminuye la replicación del VIH.

Las ventajas son:

- Mejor estado de salud
- Tasas reducidas de TMI
- Hospitalizaciones reducidas relacionadas con el VIH
- Reducción de número de defunciones por el SIDA

Un alto nivel de adherencia al tratamiento ARV y los regímenes de atención por parte de los pacientes puede reducir la fármacoresistencia y asegurar una mayor eficacia. Las estrategias creativas para ayudar a los pacientes a lograr una adherencia óptima son componentes esenciales de los programas exitosos de tratamiento del VIH/SIDA. Considere los siguientes métodos:

- Proporcionar educación y establecer disposición de los pacientes antes de iniciar el tratamiento.
- Reconocer que justo después del parto, las mujeres requerirán apoyo adicional.
- Considerar el uso de herramientas de adherencia prácticas como las cajas de pastillas, y las instrucciones escritas.
- Explorar las pautas alimenticias diarias de las pacientes, el calendario de trabajo y el tiempo de reposo para encontrar el mejor momento para tomar los medicamentos.
- Desarrollar estrategias culturalmente apropiadas para superar las barreras y apoyar la adherencia cuando sea posible.

Tratamiento de los síntomas y cuidados paliativos

Las PVVS están sujetas a los síntomas del VIH que pueden limitar su participación en actividades familiares y comunitarias. Las intervenciones de salud que se centran en el control de los síntomas y el alivio del malestar pueden mejorar la calidad de vida de la mujer. El manejo sencillo de los síntomas comunes del VIH, como la náusea, los vómitos, la fatiga y los problemas cutáneos pueden aliviar el malestar. La evaluación y el manejo de los temas más complejos como el dolor, la pérdida de peso y el desgaste, que son el resultado de la progresión de la enfermedad, pueden mejorar la comodidad, el funcionamiento diario y el bienestar emocional.

Los cuidados paliativos son atenciones centrales para los pacientes y la familia que:

- Da acceso a información y respeta la elección de las personas
- Optimiza la calidad de vida
- Prevé, previene y trata el sufrimiento
- Aborda las necesidades físicas, emotivas, sociales y espirituales

Consejería, atención y apoyo nutricional

A menudo, las personas con infección por VIH o con SIDA tienen síntomas que dificultan la preparación y consumo de alimentos. El Apéndice 7-D enumera algunos de los síntomas de la infección por el VIH/SIDA y las maneras en las cuales las personas pueden reducir o superar esos síntomas mientras mantienen una nutrición adecuada.

Las mujeres que reciben medicamentos relacionados con el VIH requieren orientación en prácticas alimenticias y necesidades nutricionales específicas, para controlar con éxito los efectos colaterales y evitar complicaciones relacionadas con la nutrición. La consejería prenatal sobre las prácticas de alimentación de lactantes de menor riesgo y

el apoyo postnatal al tipo de alimentación que escoja la mujer puede asegurar una nutrición adecuada y el crecimiento y desarrollo apropiado de su niño.

Las PVVS son especialmente vulnerables a las infecciones bacterianas porque sus sistemas inmunitarios se han debilitado. Al aconsejarlos, enfatice la importancia de la limpieza durante la preparación y el almacenamiento de alimentos.

La nutrición adecuada, el ejercicio, el descanso, la buena higiene y la abstinencia de hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el abuso del alcohol y de las drogas apoyan la salud general y mejoran la función inmunitaria.

Apoyo social y psicosocial

Dado que las personas con VIH sufren de estigma en muchas comunidades (Ver Módulo 5, *Estigma y discriminación relacionados con la TMI*), las mujeres que están infectadas por VIH a menudo son reacias a revelar su estado de VIH a su pareja, familia o amigos. Es más, una mujer que ha conocido su estado de VIH durante las pruebas prenatales quizá siga adaptándose a su diagnóstico. La vigilancia regular de la salud mental y el apoyo psicosocial son necesarios en las etapas críticas de la infección. Los siguientes servicios deben ofrecerse directamente o mediante la referencia:

- Ayudar a la mujer a aceptar su diagnóstico y considerar las opciones de revelación
- Dar apoyo psicosocial a la madre y al lactante que está expuesto al VIH cuando el estado de VIH del lactante es incierto y cuando se tiene un diagnóstico positivo
- Obtener apoyo comunitario, incluidas las referencias a programas comunitarios y religiosos
- Consejería de pares y apoyo de los organismos de salud o las ONG
- Apoyo y consejería para ayudar a las mujeres VIH-positivas y a sus parejas con el tema de la revelación del estado de VIH

Apoyo de carácter religioso

El involucramiento religioso proporciona a las madres que están infectadas por VIH un apoyo espiritual y psicosocial. También puede proporcionarles un sentido importante de pertenencia a una comunidad más grande que les ofrece atención compasiva. En muchos programas, las organizaciones de carácter religioso proporcionan también tratamiento, atención y servicios de apoyo integrales.

Apoyo domiciliario

En muchas situaciones de recursos limitados, la asistencia domiciliaria presta servicios a PVVS cuando los servicios hospitalarios y ambulatorios son costosos o no son accesibles. Las ventajas de la asistencia domiciliaria para los pacientes y las familias, y para las comunidades y el sistema de atención en salud incluyen:

- La atención se presta en un entorno familiar propicio que permite la participación continua en los asuntos familiares
- Los gastos médicos se reducen
- La comunidad local participa en el cuidado de PVVS, lo cual puede ayudar a contrarrestar los mitos y concepciones erróneas
- La carga sobre el sistema de atención en salud se alivia

Los trabajadores de salud pueden ofrecer apoyo y referencias psicosociales a los recursos comunitarios. Las organizaciones de atención al SIDA en la comunidad pueden prestar apoyo social mediante la consejería de grupos de pares, los clubes o las referencias a otros servicios.

| Ejercicio 7.2 Problemas que se presentan en la visita postparto: Estudio de casos | |
|--|---|
| Propósito | Preparar a los participantes para manejar problemas comunes que pueden traer las madres durante las visitas postparto |
| Duración | 30 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En su grupo, lea el estudio de casos que aparece más abajo. ▪ Seleccione un miembro del grupo que apunte los temas clave que se traten. ▪ En su grupo, enumere cada tema que el trabajador de salud necesita abordar y trate durante 15 minutos las estrategias para resolver los problemas que aparecen en sus listas. Pida al tomador de notas que apunte los temas clave. ▪ Cuando hayan terminado, cada grupo presentará los temas y las estrategias clave al grupo general. |

Estudio de casos

Bea es una mujer de 24 años de edad a la que se le diagnosticó el VIH durante su embarazo reciente. Ella y su lactante recibieron la medicación apropiada para prevenir la TMI, según recomendaba el programa de país. Ha regresado para realizar su visita de seguimiento a las 6 semanas.

Bea ha decidido amamantar de forma exclusiva. Siente, sin embargo, que el bebé siempre está hambriento y está preguntándose si su leche materna es suficiente; también ha estado dándole vitaminas suplementarias. Bea y su esposo, que también está infectado por VIH, quisieran reanudar las relaciones sexuales. Le han dicho que no necesitará usar protección porque la lactancia materna elimina la posibilidad de quedar embarazada.

Durante el examen, Bea parece estar respondiendo bien. Tiene una fisura (grieta) de 0,3 cm en la base del pezón derecho. No se observa ninguna zona enrojecida o calor o señal de infección. Bea dice que se ha estado sintiendo más cansada de lo usual y que tiene la mitad de energía de lo normal, pero no tiene otras quejas físicas. Desea saber si empezar a tomarse medicina del VIH puede ayudarla a sentirse mejor.

El esposo de Bea está sentado en la sala de espera. Está desempleado actualmente. Mientras Bea se está vistiendo, él dice, "siempre he cuidado bien a mi familia, pero ahora, sin ingresos, no veo cómo vamos a salir adelante. Siento que Dios me está castigando, por haber infectado a mi esposa con el VIH".

¿Cuáles son los temas importantes para Bea y su esposo?

SESIÓN 3 Tratamiento, atención y apoyo del lactante y el niño pequeño expuestos al VIH

Las intervenciones de PTMI reducen, pero no eliminan, el riesgo de transmisión de VIH de la madre al lactante. La atención regular de seguimiento es crítica para un lactante nacido de una madre con VIH/SIDA o de estado desconocido del virus. Esto incluye a lactantes que han recibido profilaxis de ARV, porque la exposición al VIH aumenta el riesgo de que el lactante enferme o no se desarrolle plenamente, tenga el lactante VIH o no.

El Módulo 6, *Prueba y consejería de VIH para PTMI* contiene información sobre las pruebas y el diagnóstico del VIH en lactantes y niños pequeños. La sincronización de la prueba y los métodos usados varían según las prácticas de alimentación de lactantes y la disponibilidad de pruebas específicas.

Visitas regulares para la evaluación y promoción de la salud

Para asegurar que los lactantes reciban atención esencial, nutrición adecuada, y apoyo en la alimentación, al recién nacido se le debe evaluar en el establecimiento de salud o en casa. El calendario para las visitas de atención de salud debe seguir la política nacional o realizarse como se sugiere a continuación:

- Si el lactante nació en casa, se recomienda firmemente que se realice una evaluación en el momento del parto, seguida de una visita a los 7 días para vigilar el progreso de la alimentación. Se tomarán en cuenta consideraciones especiales cuando el lactante está recibiendo profilaxis de los ARV. (Vea el Módulo 3, y el Apéndice 3-A)
- Se recomienda que las visitas posteriores se programen para coincidir con el calendario de inmunizaciones recomendado por el país. La OMS recomienda realizar las visitas posteriores del siguiente modo:
 - A las 6, 10 y 14 semanas de edad
 - Una vez al mes de las 14 semanas al 1^{er} año
 - Cada 3 meses entre las edades de 1 a 2 años

En cualquier momento que el niño se enferme o cuando la madre sospeche que hay un problema, se recomienda la búsqueda de la intervención médica lo antes posible.

Inmunización

Los lactantes nacidos de madres seropositivas deben ser inmunizados según las normas nacionales o locales. Refiérase a las recomendaciones de inmunizaciones de la OMS (Apéndice 7-F).

Nutrición y apoyo en la alimentación de lactantes

Según trató el Módulo 4, *Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH*, en cada visita, los trabajadores deben evaluar y apoyar la decisión que haya tomado la madre acerca de la alimentación del lactante. Las discusiones sobre su alimentación son especialmente importantes en los primeros meses de vida y al introducirse nuevos alimentos.

Los lactantes que no crecen requieren atención especial. Los trabajadores deben evaluar las prácticas de alimentación y presentar la dieta para los lactantes mayores de 6 meses y proporcionar una consejería apropiada que tome en cuenta los alimentos localmente disponibles, las circunstancias familiares y las costumbres de alimentación. Las infecciones subyacentes deben ser tratadas de inmediato o descartadas como causa de la falta de crecimiento.

Cada visita con el trabajador de salud debe incluir lo siguiente:

- Evaluar las enfermedades comunes y administrar apropiadamente según se indica en las Normas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Identificar síntomas o condiciones no específicas que podrían estar relacionados con la infección por VIH usando los algoritmos de AIEPI adaptados por el VIH, si existen.
- Proporcionar la prueba de VIH según se indica en el Módulo 6, *Prueba y consejería de VIH para PTMI*.
- Proporcionar profilaxis de NPC basada en las normas de la OMS (Apéndice 7-C) o las políticas nacionales.
- Promover la salud y prevención de la enfermedad.
 - Vigilar el crecimiento y evaluar las causas de la falta de crecimiento, si se observan
 - Comprobar el estado de vacunación e inmunizar según se indica (Apéndice 7-E)
 - Proporcionar profilaxis de NPC
 - Tratar la infección por helmintos si la carga de parásitos en el ambiente es alta o según recomiendan las normas de AIEPI
 - Someter a tamizaje, proporcionando profilaxis o tratar la TB si está indicado
- Prevención y tratamiento de la malaria, según está indicado en base a la política o normas nacionales.
- Tratar la anemia, según está indicado en la política o normas nacionales.
- Aconsejar a los proveedores de salud sobre la alimentación del lactante, la nutrición, el tratamiento con ARV cuándo esté indicado y sobre cualquier otra atención según sea apropiado.
- Asegurar que la madre tenga acceso a la planificación familiar y al apoyo de su propia salud,

Dado que la salud de la madre y el niño está tan estrechamente relacionada, la evaluación de la salud materna y la nutrición debe ser concurrente con la evaluación del lactante y deben realizarse las referencias apropiadas para la atención materna durante los chequeos infantiles.

Prevención de la infección de NPC

La NPC es una principal causa de muerte en los lactantes con VIH. Cada lactante nacido de una madre con infección por VIH debe recibir cotrimoxazol para prevenir NPC, empezando a las 6 semanas y continuando pasados los 6 meses de edad como mínimo, a menos que un análisis vírico muestra que el lactante no tiene ninguna infección por VIH. La profilaxis de NPC debe continuar en los lactantes expuestos al VIH hasta que cumplan el 1 año de edad o la prueba virológica muestra que el lactante no tiene la infección (ver Apéndice 7-C).

La profilaxis de ARV reduce, pero no elimina, la TMI. Por consiguiente, deben identificarse los servicios o desarrollar los mismos para proporcionar atención de seguimiento y diagnóstico del VIH a los lactantes de madres VIH-positivas, ofreciéndoles un tratamiento apropiado cuando esté indicado. Los lactantes que amamantan de madres infectadas por VIH están en mayor riesgo de adquirir el VIH después del nacimiento; se cree que el riesgo mayor de transmisión ocurre en los primeros meses de vida. El Módulo 6, *Prueba y consejería de VIH para PTMI*, trata la evaluación en laboratorio de los lactantes expuestos al VIH.

Cuadro clínico y evaluación de un lactante nacido de una madre infectada por VIH

Un lactante nacido de una madre que está infectada por VIH y presenta síntomas de la enfermedad debe ser evaluado con las normas de AIEPI adaptadas para las áreas con alta prevalencia de infección por VIH.

Los signos y síntomas más comúnmente asociados con la infección por VIH en los lactantes son el bajo peso y/o la falta de crecimiento; la neumonía, incluida la NPC; la candidiasis oral (candidiasis bucal); la linfadenopatía; el edema de la glándula parotídea; las infecciones recurrentes de oído; la diarrea persistente, y la TB (cuadro 7.1). Los trabajadores de salud deben enseñar a las madres y demás cuidadores que reconozcan los signos tempranos de esas condiciones para que busquen atención temprana para el niño.

Las intervenciones para aliviar los síntomas, como la rehidratación oral para la diarrea aguda, intervenciones nutricionales para promover el aumento de peso, la profilaxis de NPC y el tamizaje para la TB, son estrategias importantes para mejorar la salud de los lactantes que están infectados por el VIH.

| Cuadro 7.1. Afecciones o signos clínicos de la infección por VIH en un niño expuesto al virus | |
|---|--|
| Especificidad de la infección por VIH | Signos y afecciones |
| Común en los niños que están infectados por VIH; también lo presentan los niños enfermos, no infectados por VIH | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otitis media crónica, recurrente con descarga ▪ Diarrea persistente o recurrente ▪ Falta de desarrollo ▪ Tuberculosis |
| Común en los niños que están infectados por VIH; poco común en los niños no infectados | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecciones bacterianas graves, particularmente si son recurrentes ▪ Candidiasis bucal oral persistente o recurrente ▪ Parotiditis crónica (a menudo indoloro) ▪ Linfadenopatía no inguinal persistente generalizada en dos o más sitios ▪ Hepatoesplenomegalia ▪ Fiebre persistente o recurrente ▪ Disfunción neurológica ▪ Herpes Zoster (culebrilla), un solo dermatomo ▪ Dermatitis generalizada persistente no receptiva al tratamiento |
| Específico a la infección por VIH | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neumonía <i>pneumocistis carinii</i> ▪ Candidiasis esofágica ▪ Neumonitis intersticial linfoide ▪ Zoster herpético (culebrilla) con participación multidermatomal ▪ Sarcoma de Kaposi |

Atención del lactante con infección por VIH documentada

La sospecha o confirmación del diagnóstico del VIH en un lactante o niño es dura para los padres. Los trabajadores deben tratar el diagnóstico de forma compasiva y confidencial, y deben ofrecer a los padres la información acerca de los servicios disponibles para su hijo (Vea el Módulo 6, *Prueba y consejería de VIH para PTMI*, y el Apéndice 6-B).

Integración de la atención a lactantes infectadas por VIH en la atención continua empleando la fórmula AIEPI

Varios países han adaptado las normas, incluidas aquellas esbozadas en AIEPI, para incluir el reconocimiento de las necesidades especiales de los niños VIH-positivos y para ayudar a los trabajadores de salud a evaluar y proporcionar una gestión mejor cuando hay sospecha o confirmación del VIH. Adherirse a las normas puede ayudar a integrar la atención de los niños con infección por VIH sintomática en los servicios de SMI.

Tratamiento antirretroviral

Donde esté disponible el tratamiento con ARV, los trabajadores de salud deben vigilar a los lactantes y a los niños (considerando los resultados del laboratorio, cuando estén disponibles) en busca de los síntomas de infección por VIH para identificar a los candidatos para el tratamiento con ARV y referirlos al tratamiento y atención apropiados de VIH.

Antes de empezar el tratamiento, los trabajadores de salud necesitan evaluar las creencias familiares sobre los medicamentos y el tratamiento, su disposición para empezar el tratamiento, y su capacidad de seguir un régimen de dosificación. Las decisiones sobre el tratamiento siguen las políticas y las normas nacionales e internacionales.

Cuando los análisis de células de CD4 están disponibles, el uso del porcentaje de células de CD4 se recomienda para la toma de decisiones en relación al tratamiento con ARV, en lugar del recuento de células de CD4 absoluta, porque el anterior varía menos con la edad.

Para los lactantes menores de 18 meses de edad que son seropositivos, la OMS recomienda iniciar la terapia de ARV en las siguientes circunstancias:

- Si al lactante se le ha probado virológicamente la infección (usando VIH ADN o RCP, o análisis de ARN de VIH, o el inmune complejo del antígeno p24) disociado y tiene:
- La enfermedad del VIH de estadio III pediátrico de la OMS (es decir, SIDA clínico) independientemente del % de CD4; ó
- La enfermedad del VIH de estadio II pediátrico de la OMS, con consideración de CD4<20% para ayudar en la toma de decisiones; ó
- El estadio I pediátrico de la OMS (es decir, asintomático) y CD4<20% (los niños asintomáticos, es decir, el Estadio I de la OMS, sólo deben ser tratados cuando hay acceso a los análisis de CD4).

Si las pruebas virales para confirmar el estado de infección por VIH no están disponibles pero los ensayos de CD4 si lo están, la OMS recomienda que el tratamiento con ARV puede iniciarse en los lactantes que son seropositivos y tienen el estadio II o III de la OMS de la enfermedad y un porcentaje de CD4 menor al 20%. En tales casos, la prueba de anticuerpos del VIH debe repetirse a la edad de 18 meses para confirmar definitivamente que los niños están infectados por VIH; La terapia de ARV sólo debe continuarse en los lactantes con infección confirmada.

Para los niños mayores de 18 meses o más que son seropositivos, la OMS recomienda iniciar la terapia de ARV en las siguientes circunstancias:

- La enfermedad del VIH de estadio III pediátrico de la OMS (SIDA clínico), independientemente del % de CD4; ó
- La enfermedad de estadio II pediátrico de la OMS, con consideración de <15% de CD4 para ayudar en la toma de decisiones; o
- El estadio I pediátrico de la OMS (asintomático) y CD5<15%.

Los lactantes amamantados están en riesgo de VIH durante todo el período de lactancia materna. Una prueba negativa virológica o de anticuerpo a una edad concreta no excluye la posibilidad de que la infección ocurra posteriormente si sigue la lactancia materna.

| Ejercicio 7.3 Cuadro clínico del VIH en los lactantes | |
|--|---|
| Propósito | Familiarizar a los participantes con los signos y condiciones comunes en los lactantes infectados por el VIH |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comente sobre el signo más común de la infección por VIH en un lactante o un niño; el facilitador enumerará las respuestas en el rotafolio. ▪ Identifique qué sistemas u órganos corporales pueden estar involucrados en la presentación temprana de la infección por VIH; el facilitador enumerará las respuestas en el rotafolio. ▪ El grupo grande se dividirá en tres grupos más pequeños. Cada grupo pequeño recibirá una tarjeta rotulada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema GI ▪ Sistema pulmonar ▪ Función inmunitaria ▪ Enumerar en la tarjeta cualquier síntoma que apunte a la infección por VIH que estén relacionados con el título de la tarjeta. Determine si el síntoma es VIH-específico y dé sus recomendaciones para la atención, incluida la profilaxis. ▪ Seleccione un representante para presentar el trabajo del grupo al grupo general. |

Módulo 7: Puntos clave

- Se proporciona un proceso continuo de atención mediante las vinculaciones entre PTMI, SMI y el tratamiento, la atención y los servicios de apoyo de VIH disponibles, incluidos aquellos ofrecidos por la ONG y los grupos de OBF en la comunidad.
- Las vinculaciones a las ONG y OBF pueden ayudar las familias que viven con VIH/SIDA a acceder al apoyo social y la asistencia con necesidades específicas como la vivienda, el transporte, los alimentos y las actividades generadoras de ingresos.
- La atención postparto incluye la evaluación clínica, el apoyo en la alimentación de lactantes, la planificación familiar, y la referencia a servicios de tratamiento y atención relacionados con el VIH.
- Los lactantes expuestos al VIH requieren atención de seguimiento para vigilar su crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones y la profilaxis para infecciones. También requieren una prueba para determinar su estado de VIH.
- Las normas AIEPI pueden ayudar a los trabajadores de salud a integrar la atención para niños expuestos al VIH o infectados por el virus a los servicios de SMI en curso.
- Los programas PTMI-Plus proporcionan vinculaciones al tratamiento antirretroviral para las madres que están infectadas por VIH, sus niños y otros miembros de la familia.
- La sincronización de la prueba y el diagnóstico de la infección por VIH en los lactantes y los niños pequeños varía según las prácticas de alimentación y las pruebas disponibles.

APÉNDICE 7-A Tuberculosis (TB)

Antecedentes

La infección por VIH aumenta la susceptibilidad a la TB, promueve la progresión de la infección reciente y latente de *Mycobacterium tuberculosis* a la tuberculosis activa, aumenta el riesgo de la recurrencia y complica el curso clínico de la enfermedad. La TB se cita como la principal causa de muerte entre las personas que están infectadas por VIH; un 40% de los PVVS contraen la TB en el curso de su vida.

En el África Subsahariana, hasta el 70% de pacientes con tuberculosis pulmonar están infectadas por VIH. La prevención de TB, el tamizaje, la atención y el tratamiento están convirtiéndose en inquietudes prioritarias en los pacientes que están infectadas por VIH; la prevención, el tamizaje, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA son las inquietudes prioritarias en los pacientes con TB.

Detección de casos

La tos es el síntoma más común de la tuberculosis pulmonar. Todos los pacientes enviados a un servicio de salud, independientemente de su estado VIH-I, con una tos que dura entre 2-3 semanas deben someterse a tamizaje para la TB. Otros síntomas de TB incluyen:

- Fiebre
- Hemoptisis
- Pérdida de peso
- Dolor del tórax
- Fatiga

Vacuna de BCG

El Bacilo de Calmette-Guerin (BCG) es una vacuna atenuada viva administrada intradérmicamente para proteger a los niños pequeños contra la tuberculosis grave. La dosis usual es 0,05 ml en los recién nacidos y los lactantes menores de 3 meses de edad, y 0,1 ml en niños mayores.

La política de la OMS con respecto a esta vacuna declara que la BCG no debe administrarse a niños con infección por VIH sintomática (es decir, SIDA). En los niños asintomáticos, la decisión de administrar la BCG debe basarse en el riesgo local de la tuberculosis:

- Donde el riesgo de la tuberculosis es alto, la BCG se recomienda al nacer o cuanto antes posteriormente, de conformidad con las políticas ordinarias para la inmunización de los niños que no están infectadas por VIH;
- *En las áreas donde el riesgo de la tuberculosis es baja pero la BCG se recomienda como una vacunación ordinaria, la BCG no debe administrarse a los individuos que se sabe o sospecha están infectados por el VIH.*

Tratamiento

Los protocolos para tratar la tuberculosis tanto activa como latente están estandarizados. En cada país, se proporciona orientación sobre el tamizaje, el tratamiento y el monitoreo del paciente con TB. La profilaxis contra la TB debe formar parte de un paquete de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA. Esta profilaxis se recomienda para los individuos que están infectadas por VIH y dan positivo a la infección de TB, y en aquellos en los que ha sido descartada la TB activa.

APÉNDICE 7-A Tuberculosis (TB) *(continuación)*

La profilaxis también puede considerarse para los individuos que están infectadas por VIH y que viven en una comunidad con una alta prevalencia de TB, donde la prueba cutánea no está disponible. Entre seis y nueve meses de isoniazida (INH) es el régimen recomendado para el tratamiento preventivo de la infección de TB latente.

Los pacientes que están infectadas por VIH y que tienen tuberculosis activa también deben recibir terapia de cotrimoxazol para prevenir las infecciones bacterianas y parasitarias secundarias.

Cuando se seleccionan los medicamentos para tratar la TB, las mujeres que toman anticonceptivos orales, las mujeres embarazadas y pacientes que tienen VIH y están recibiendo tratamiento ARV requieren una consideración especial. Con un manejo clínico cuidadoso, sin embargo, las pacientes con TB y con VIH pueden recibir tratamiento simultáneo para ambos. Las normas revisadas de la OMS (2003), "Llevar a escala el acceso a terapia antirretroviral en situaciones de recursos limitados: Normas de tratamiento para un enfoque de salud pública," proporcionan información actualizada sobre la terapia de los ARV para la categoría especial de pacientes quienes están recibiendo tratamiento concomitante de TB.

En los entornos de atención primaria y programas de PTMI los trabajadores de salud pueden desempeñar una función activa en el tamizaje de TB, así como en el tratamiento o la referencia a tratamiento y monitoreo de los pacientes con TB y VIH.

Adaptado de la OMS. 2004. Llevar a escala el acceso a terapia antirretroviral en situaciones de recursos limitados: Normas de tratamiento para un enfoque de salud pública. OMS: Ginebra. Recuperado el 30 de julio de 2004, de <http://www.who.int/vih/bar/mtct/en/arvdrugguidelines.pdf>

APÉNDICE 7-B Información sobre recursos comunitarios: Hoja de trabajo

Use este formulario para enumerar la información de contacto de organismos que prestan servicios a las familias que viven con VIH/SIDA.

| RECURSOS COMUNITARIOS QUE APOYAN EL PROGRAMA DE PTMI | | |
|--|---------|-------------|
| Categoría del recurso | Tenemos | Necesitamos |
| Prueba voluntaria y orientación para las parejas | | |
| | | |
| Atención de salud (ITS, salud reproductiva, tratamiento de TB, etc.) | | |
| | | |
| Atención de infección por el VIH/SIDA y tratamiento con ARV | | |
| Apoyo nutricional | | |
| | | |
| Grupo de apoyo o club | | |
| | | |
| Servicio comunitario del SIDA y organizaciones de carácter religioso | | |
| | | |

APÉNDICE 7-C Profilaxis de neumonía *Pneumocystis jiroveci* en adultos y lactantes

Nota: Las recomendaciones revisadas para la atención del VIH en situaciones de recursos limitados se están desarrollando actualmente. Una vez que estén finalizados, el contenido de esta sección se actualizará para reflejar las nuevas recomendaciones.

| Categoría | Recomendación para los adultos |
|--|--|
| Selección de clientes y duración de la profilaxis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas las personas con el VIH sintomático (Estadio II, III, IV de la OMS) ▪ En individuos asintomáticos con recuentos de CD4 debajo de 500/mm³ o recuento equivalente de linfocitos totales ▪ El cotrimoxazol debe tomarse de por vida o hasta que los ARV estén disponibles y la terapia resulta en un recuento de CD4 de 500/mm³ o más |
| Régimen medicamentoso | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis recomendada: cotrimoxazol 960 mg una vez al día (1 comprimido doble o 2 comprimidos simples diarios) |
| Preparación | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Más comúnmente, comprimido oral |
| Fenómenos adversos que requieren interrupción y sustitución | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacciones cutáneas graves, como la erupción fija por medicamentos o el síndrome de Stevens-Johnson; insuficiencia renal o hepática; toxicidad hematológica grave |
| Categoría | Recomendación para los lactantes expuestos al VIH |
| Selección de clientes y duración de la profilaxis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactantes que han estado expuestos al VIH, comenzando a las 6 semanas y continuando durante al menos 6 meses, preferentemente hasta que la infección por VIH pueda descartarse ▪ Lactantes menores de 12 meses de edad, que están infectadas por VIH, independientemente de los síntomas o recuento de CD4 ▪ Lactantes mayores de 12 meses de edad, que estén en los establecimientos de atención primaria y programas de PTMI, si presentan síntomas; si el SIDA se diagnostica; si el CD4 está por debajo del 15% (cuando está disponible la información); o diagnóstico previo de NPC |
| Régimen medicamentoso | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trimetoprima (TMP) 150 mg/m² y el sulfametoxazol (SMX) 750 mg/m² una vez al día |
| Preparativos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspensión oral: TMP 8 mg/mL y SMX 40 mg/mL ▪ Si la suspensión no está disponible, pueden usarse los comprimidos triturados |
| Fenómenos adversos que requieren interrupción y sustitución | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La reacción cutánea grave como la erupción fija por medicamentos o el síndrome de Stevens-Johnson, la insuficiencia renal o hepática; toxicidad hematológica grave |
| <p>PARA UNA EXPLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL VIH, VER EL APÉNDICE 1-A. Adaptado de: Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. <i>Una guía de referencia sobre la atención, el tratamiento y el apoyo relacionados con el VIH en mujeres infectadas por VIH y sus hijos en situaciones de recursos limitados.</i> OMS: Ginebra [Borrador].</p> | |

APÉNDICE 7-D Sugerencias para maximizar el consumo de alimentos para las PVVS

| Síntoma | Estrategia sugerida |
|------------------------------|--|
| Fiebre y pérdida del apetito | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beber líquidos altos en energía y proteínas, jugos de fruta. ▪ Coma porciones pequeñas a lo largo del día, o alimentos blandos que más le gusten con un aroma y textura agradables. ▪ Coma meriendas nutritivas siempre que sea posible. ▪ Beba líquidos a menudo. |
| Boca y garganta dolorida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar cítricos, tomates, los alimentos picantes. ▪ Evite alimentos muy dulces. ▪ Beba líquidos altos en energía y proteínas con una pajilla, si la hay ▪ Coma los alimentos a temperatura ambiente o más fríos. ▪ Coma alimentos espesos, suaves, como el budín, potaje, el puré de papa, la zanahoria triturada u otras hortalizas y frutas no ácidas. |
| Náusea y vómitos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coma meriendas pequeñas a lo largo del día y evite comidas grandes. ▪ Coma tostadas y otros alimentos sosos, secos. ▪ Evite alimentos que tengan un aroma fuerte. ▪ Beber jugos de fruta diluidos, otros líquidos, sopas. ▪ Comer alimentos hervidos sencillos, como los potajes, la papa, el frijol. |
| Intestinos flojos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comer plátanos, frutas trituradas, arroz blando, potajes. ▪ Coma porciones más pequeñas, más a menudo. ▪ Elimine los productos lácteos para ver si son la causa. ▪ Reduzca los alimentos altos en grasa. ▪ Evite alimentos con fibra insoluble. ▪ Beba líquidos a menudo. |
| Mal absorción de grasa | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elimine los aceites, la mantequilla, la margarina y alimentos que los contengan o estén preparados con ellos ▪ Coma sólo carnes magras. ▪ Coma fruta, hortalizas, otros alimentos bajos en grasa. |
| Diarrea Grave | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beba líquidos con frecuencia. ▪ Beba solución de rehidratación oral. ▪ Beba jugos diluidos. ▪ Coma bananos, frutas trituradas, arroz blando, potajes. |
| Fatiga y letargia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer que alguien le cocine los alimentos por adelantado para ahorrar energía y tiempo en preparación. ▪ Coma frutas frescas que no requieran preparación. ▪ Coma los refrigerios a menudo a lo largo del día. ▪ Beba líquidos de alta energía y alta proteína. ▪ Deje tiempo cada día para comer. |

Bosques, MN: 1999. Las recomendaciones alimenticias para el paciente con infección por el VIH/SIDA. En: *aspectos nutricionales de la infección por VIH*, ed. T. Molinero y SL. Gorbach, Arnold Press, London. pp 191–203.

APÉNDICE 7-E Recomendaciones de inmunizaciones de la OMS¹

| Edad del lactante | Vacuna |
|---|------------------------|
| Nacimiento | BCG *, VOP-0 |
| 6 semanas | DPT-1, VOP-1 |
| 10 semanas | DPT-2, VOP-2 |
| 14 semanas | DPT-3, VOP-3 |
| 9 meses ² | Sarampión ² |
| <p>Clave: BCG = Bacilo Calmette-Guerin VOP = la vacuna antipoliomielítica oral DPT = Difteria, tos ferina, y tétanos</p> | |
| <p>¹ Las inmunizaciones adicionales, para la fiebre amarilla u otras enfermedades, por ejemplo, pueden estar incluidas en las recomendaciones nacionales que representan la prevalencia local de enfermedades.</p> <p>² Una dosis adicional, temprana de la vacuna contra el sarampión debe dársele a la edad de 6 meses si reúne las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La morbilidad y la mortalidad de sarampión antes de los 9 meses de edad representan más del 15% de casos y muertes. ▪ Hay un brote de sarampión. ▪ El lactante tiene un alto riesgo de muerte debida a sarampión. Esto incluye a lactantes: <ul style="list-style-type: none"> Con infección por VIH documentada Que vivan en campamentos de refugiados Ingresados en el hospital o afectados por los desastres <p>* La BCG—no dar en países de baja prevalencia a lactantes o niños que están infectados por VIH; en los países de alta prevalencia, dar a todos los niños excepto aquellos con síntomas de la infección por el VIH/SIDA.</p> | |

Todos los niños que han estado expuestos al VIH deben ser inmunizados plenamente conforme a su edad. Dado que la mayoría de los niños que están infectados por VIH no tienen supresión inmunológica grave durante el primer año de vida, la inmunización debe ocurrir lo antes posible tras la edad recomendada para optimizar la respuesta inmunitaria.

BCG y fiebre amarilla. Los niños con infección por VIH sintomática comprobada no deben recibir vacunas contra la BCG y la fiebre amarilla. Sin embargo, dado que muchos de los lactantes que están infectados por VIH son asintomáticos al nacer, que es cuando se inmuniza contra la BCG, y no se sabrá su estado de VIH, se les debe inmunizar contra la BCG.

Vacuna oral antipoliomielítica. Si el niño padece diarrea e iba a recibir la VOP, la dosis debe administrarse según estaba programado. Sin embargo, la dosis no debe anotarse, y una dosis adicional de VOP debe administrarse tras finalizar la diarrea.

APÉNDICE 7-E Recomendaciones de inmunizaciones de la OMS¹ (continuación)

Difteria, la tos ferina, el tétanos. Los niños que tienen convulsiones recurrentes o enfermedades activas del sistema nervioso central o que han tenido shock o convulsiones en los siguientes 3 días después de recibir una vacunación de DPT no deben recibir vacunación de DPT posterior. Para estos niños, sustituya la formulación de DT (difteria–tétanos); pueden administrarse todas las otras inmunizaciones.

Vacuna contra la hepatitis B. La OMS recomienda que la vacuna contra la hepatitis B esté incluida en los esquemas de vacunación de la niñez normal para todos los niños en todos los países. Administre la vacuna contra la hepatitis B según cualquiera de los siguientes calendarios:

- **Opción 1:** Administrar la vacuna contra la hepatitis B a las 6, 10 y 14 semanas (3 dosis), para coincidir con el régimen de DPT. La desventaja de esta opción es que no protege contra la infección de la hepatitis B perinatal.
- **Opción 2:** Dar la vacuna contra la hepatitis B al nacer, a las 6 y 14 semanas (3 dosis); las dos últimas dosis coinciden con la 1^{era} y 3^{era} dosis del régimen de DPT.
- **Opción 3:** Dar la vacuna contra la hepatitis B al nacer, a las 6, 10 y 14 semanas (4 dosis); las tres últimas dosis coinciden con el régimen de DPT.

Las opciones 2 ó 3 se prefieren para los países con alta prevalencia del VIH materno y con una tasa alta de transmisión de hepatitis B perinatal. El régimen de 3 dosis (Opción 2) es menos costoso, pero la administración puede ser más complicada, ya que el esquema de vacunación difiere de las visitas del bebé a los 6, 10, y 14 semanas. Por otra parte, aunque el régimen de 4 dosis (Opción 3) quizá sea más fácil de administrar en la práctica, es más costoso y los temas de suministro de vacunas pueden hacerlo no factible.

Haemophilus influenzae tipo b. Vacune a las 6, 10 y 14 semanas. En algunas áreas se recomienda un refuerzo a los 12 a 18 meses, si está disponible.

Fuentes: Adaptado de la OMS, del Departamento de Vacunas y de Productos Biológicos. 2001. *La introducción de la vacuna contra la hepatitis B en la inmunización de la niñez. Normas de manejo, incluida la información para los trabajadores de salud y los padres.* Recuperada el 30 de julio de 2004, de www.who.int/vacunas-documentos/DocsPDF01/www613.pdf

La OMS, Departamento de Vacunas y de Productos Biológicos. 2000. *La introducción de la vacuna de Haemophilus influenzae tipo b en los programas de vacunación: Las normas de manejo, incluida la información para los trabajadores de salud y los padres.* Recuperado el 30 de julio de 2004, de <http://www.who.int/vacunas-documentos/DocsPDF99/www9940.pdf>



Módulo 8 Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo

- SESIÓN 1** Precauciones universales y creación de un entorno laboral seguro
- SESIÓN 2** Manejo y descontaminación del equipo y los materiales
- SESIÓN 3** Manejo de la exposición ocupacional al VIH
- SESIÓN 4** Atención de apoyo al prestador de asistencia
-

Después de completar el módulo, los participantes podrán:

- Describir las estrategias para prevenir la transmisión de VIH en el entorno de salud.
- Definir las precauciones universales (PU) en el contexto de la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH.
- Identificar los pasos y los principios clave en la descontaminación del equipo y los materiales.
- Evaluar el riesgo ocupacional e identificar las estrategias de reducción de riesgo en los entornos de salud materno-infantil (SMI).
- Describir el manejo de la exposición ocupacional al VIH.
- Identificar las medidas para reducir al mínimo el estrés y apoyar a los trabajadores de salud y a los prestadores de asistencia.

| Políticas relevantes para incluir en el currículo nacional |
|---|
| <p>Sesión 1</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Guías nacionales, políticas y estándares de procedimientos sobre las precauciones universales en los entornos MI/AP <p>Sesión 2</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Guías nacionales, políticas y estándares de procedimientos sobre el manejo y la descontaminación del equipo y los materiales si no se incluyeron en la sesión 1 <p>Sesión 3</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Política Nacional de la profilaxis posterior a la exposición (PPE) |



La Guía de bolsillo contiene un resumen de cada sesión en este módulo.

SESIÓN 1 Precauciones universales y creación de un ambiente de trabajo seguro

Conceptos básicos en la prevención de infección por VIH

La infección por VIH puede transmitirse a través del contacto con la sangre o los fluidos orgánicos, ya sea por contacto directo con una herida abierta o mediante la lesión por pinchazo de aguja.

La sangre es el líquido primario conocido que se asocia con transmisión de VIH en el entorno de atención de salud; cantidades pequeñas de sangre quizá estén presente en otros fluidos orgánicos.

La transmisión de VIH a los trabajadores de salud casi siempre se asocia con lesiones por pinchazo de aguja durante la atención de un paciente infectado por el VIH. En la práctica, la transmisión ocurre al administrar

- Inyecciones intravenosas
- Donaciones de sangre
- Diálisis
- Transfusiones

La transmisión de la infección por VIH *de un paciente a otro* puede prevenirse al desinfectar o esterilizar el equipo y los dispositivos usados en los procedimientos percutáneos.

La transmisión de agentes infecciosos en el entorno de atención de salud puede prevenirse al practicar las medidas de control de infecciones, incluidas las establecidas como precauciones universales, las prácticas ambientales y la educación continua de los empleados en la prevención de infecciones.

Los agentes patógenos hematógenos son los virus, las bacterias u otras enfermedades causadas por microorganismos llevados en la sangre. Hay muchos agentes patógenos hematógenos diferentes como el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C, la espiroqueta de la sífilis, las bacterias de brucelosis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este módulo de adiestramiento se centrará en el VIH.

Precauciones universales

Las precauciones universales son las prácticas diseñadas para proteger a los trabajadores de salud y a los pacientes ante la exposición de los agentes patógenos hematógenos.

No es factible o eficaz en función de los costos examinar a *todos los* pacientes para *todos* los agentes patógenos antes de prestar cuidados. Por consiguiente, el nivel de las precauciones empleado debe basarse en la naturaleza del procedimiento involucrado, no en el estado real o supuesto del VIH del paciente.

Definición

Precauciones universales: Un conjunto de prácticas sencillas, eficaces, diseñadas para proteger a los trabajadores de salud y los pacientes de la infección ante una variedad de agentes patógenos incluidos los virus transmitidos por la sangre. Estas prácticas se usan cuando se cuida a todos los pacientes independientemente del diagnóstico.

Creación de un entorno laboral seguro

La creación de un entorno laboral seguro incluye el empleo de precauciones universales, administrar el ambiente de trabajo y educar de forma continua a los empleados sobre la prevención de infecciones.

En la práctica, las acciones para ejecutar las precauciones universales incluyen lo siguiente:

- Lavado de manos antes y después del contacto directo con pacientes
- Desinfección o esterilización de todos los dispositivos y equipo usados durante los procedimientos invasores
- Evitar el reencapuchado de agujas; especialmente el reencapuchado hecho con las dos manos
- Uso de agujas o escalpelos para un sólo paciente
- Eliminación segura de agujas (hipodérmicas y de sutura) y los objetos punzocortantes (escalpelos, lancetas, máquinas de afeitar y tijeras) en cajas de seguridad a prueba de escapes
- Uso de guantes cuando haya contacto con fluidos orgánicos, piel o mucosas no intactas
- Uso de mascarillas, protección ocular y batas (o delantales plásticos) cuando la sangre u otros fluidos orgánicos puedan salpicar
- Aplicación del apósito a prueba de agua para cubrir todos los cortes y abrasiones
- Limpiar con cuidado y prontitud los derrames que incluyen sangre u otros fluidos orgánicos
- Uso de sistemas para la recolección y eliminación segura de desechos

Administración del entorno laboral

Asegure que las precauciones universales se ejecuten, se vigilen y se evalúen periódicamente.

- Establezca y ejecute las políticas y los procedimientos para informar y tratar la exposición ocupacional a la infección por VIH.
- Logre y mantenga los niveles de seguridad apropiados para el personal.
- Implemente medidas de apoyo que reduzcan el estrés, el aislamiento y la fatiga/adelgazamiento (por ej., asegurar la disponibilidad de equipo de protección).
- Reconozca y trate las necesidades multifacéticas de los trabajadores de salud que están infectados por VIH.
- Proporcione ropa protectora y equipo, incluidos los guantes, delantales plásticos, batas, anteojos protectores y otros dispositivos protectores
- Proporcione y use los desinfectantes apropiados para limpiar los derrames que incluyen sangre y otros fluidos orgánicos.
- Aumente la disponibilidad y acceso del personal a envases para objetos punzocortantes resistentes a la punción.

Educación continúa para los empleados sobre la prevención de infecciones

- Oriente a todo el personal, incluidos los consejeros de parejas, sobre las políticas locales de control de infecciones.
- Asegure que todos los trabajadores que están expuestos habitualmente a la sangre y los fluidos orgánicos (por ej., médicos, comadronas, enfermeras y

personal de mantenimiento) reciban capacitación preliminar y continua en el manejo seguro del equipo y los materiales.

- Requiera que los supervisores observen y evalúen regularmente las prácticas de seguridad y remedien las deficiencias según sea necesario.

| Ejercicio 8.1 Reducir el riesgo de transmisiones del VIH en los entornos de SMI: Estudio de caso | |
|---|---|
| Propósito | Examinar la implementación de precauciones universales según se describe en esta sesión, centrándose en los entornos de alto riesgo. |
| Duración | 20 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea el estudio de caso que viene a continuación. Al leer en un voluntario cada párrafo en voz alta, considere sus respuestas a las preguntas. ▪ Examine los puntos clave escritos en el rotafolio. ▪ Formule observaciones sobre cómo tratan estas situaciones en su establecimiento de salud. ▪ Comparta los retos y los obstáculos a los que se enfrenta al aplicar las precauciones universales en su lugar de trabajo. |

Estudio de caso

Margarita llega a la unidad de trabajo de parto y parto de su hospital local. Le entregan una tarjeta pequeña que la identifica como alguien que ha recibido atención prenatal en el consultorio vecino. Esta tarjeta se codifica para informarle a usted de que ella está infectada por VIH. Ella explica que ahora sus contracciones son constantes y ocurren en intervalos de cuatro minutos. Usted le realiza un examen cervical y calcula que a Margarita le quedan al menos 2 horas más de trabajo de parto hasta el parto. En este momento, le administra profilácticamente nevirapina.

- ¿El protocolo clínico requiere a los trabajadores de salud usar guantes al atender a los pacientes que están infectados por VIH? Según las precauciones universales, ¿se aplicarían los mismos requisitos sobre el uso de guantes para todo trabajo de parto y pacientes de parto, independientemente del estado de VIH?
- En su establecimiento, ¿tienen suministro suficiente de guantes disponibles en diferentes tamaños?
- ¿Qué sabemos acerca de la relación entre la TMI y los exámenes cervicales para las mujeres embarazadas infectadas por VIH?

Han transcurrido varias horas desde que Margarita rompió aguas (rotura de membranas). Está exhausta. Después de comprobar su partograma se toma una decisión sobre el uso de oxitocina para acortar su trabajo.

- ¿Por qué es importante acortar el tiempo entre la rotura de las membranas y el parto para una mujer que está infectada por VIH?

Margarita está ahora plenamente dilatada y preparada para el parto. Según sale la cabeza, usted usa gasa para liberar cuidadosamente la boca y los orificios nasales del lactante de líquidos. Luego, con un empujón final, el bebe sale completamente. Usted entrega al recién nacido a un asistente que tiene guantes puestos, para que lo limpie, lo seque y siga con la atención neonatal. Luego la placenta es expulsada.

- Enumere la ropa protectora que es apropiada para el trabajo de parto y parto.
- Considere la necesidad del desecho adecuado de los objetos punzocortantes usados en el trabajo de parto y parto. ¿Tiene su establecimiento envases cómodamente ubicados para el desecho de los objetos punzocortantes?

- En su establecimiento, ¿cuáles son las políticas para eliminar los materiales de desechos? ¿Qué debe hacerse con la placenta y otros materiales contaminados?

Margarita fue su parto número 12 en las últimas 24 horas. Usted necesita llegar a casa y atender a su familia pero su reemplazo todavía no ha llegado. Pregunte a su supervisor si puede ubicar a otra persona para ocupar su lugar.

- ¿Por qué es importante que usted no continúe y siga trabajando esa noche?
- En su establecimiento, ¿tiene alguien que le ayude a encontrar un sustituto si fuera necesario?

SESIÓN 2 Manejo y descontaminación del equipo y los materiales

Manejo y desecho de los objetos punzocortantes

La transmisión de VIH en trabajadores de salud suele ser el resultado de la punción de la piel con agujas u objetos punzocortantes contaminados. Estas lesiones ocurren cuando los objetos punzocortantes se vuelven a tapar, se limpian o se desechan de forma indebida.

Recomendaciones para el uso del equipo de inyección estéril

- Use una jeringa y aguja estéril para cada inyección y para reconstituir cada unidad de medicación. Si las jeringas y las agujas de uso único no están disponibles, use equipo diseñado para la esterilización por vapor.
- Use las jeringas desechables y las agujas nuevas, de calidad controlada.
- Evite volver a tapar y manipular manualmente las agujas. Si necesita volver a tapar las agujas, utilice la técnica de la cuchara con la ayuda de una sola mano.
- Recoja las jeringas y agujas usadas en el lugar de uso en un envase de objetos punzocortantes y a prueba de escapes, que puede sellarse antes de llenarlo completamente.
- Destruya completamente o entierre las agujas y las jeringas para que las personas no puedan tener acceso a ellas y para prevenir la contaminación de aguas.

Cuando es necesario volver a tapar, use el método de la cuchara con la ayuda de una sola mano:

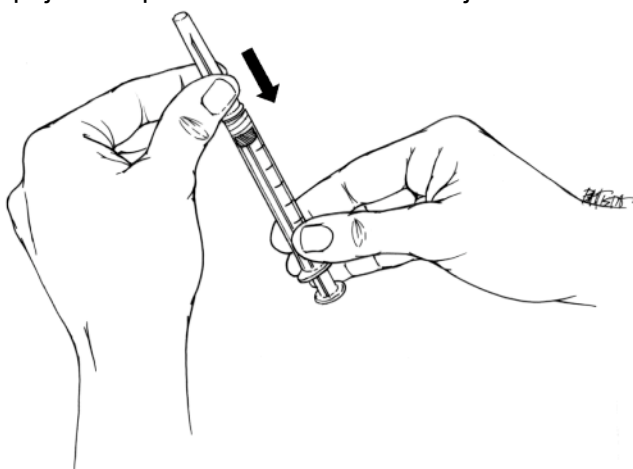
- Coloque la tapa de la aguja en una superficie firme y llana.
- Con la mano que sostiene la jeringa, utilice la aguja para “cucharear” la tapa, según está manifestado en el Paso 1, de la Figura 8.1.
- Con la tapa que cubre la punta de la aguja, vuelva la jeringa a la posición vertical para que la aguja y la jeringa estén apuntando hacia el techo.
- Use el índice y el pulgar de su otra mano para aferrar la tapa justo por encima de su lado abierto y empuje la tapa firmemente hacia abajo sobre el núcleo (el lugar donde la aguja se encaja en la jeringa debajo de la tapa) (Paso 2, Figura 8.1).

Figura 8.1 Método para volver a tapar con una sola mano:

Paso 1: Cucharear la tapa.



Paso 2: Empujar la tapa firmemente hacia abajo



Consejos para el manejo cuidadoso de los objetos punzocortantes

- Siempre apunte la punta del filo lejos de usted o de otros.
- Entregue los bisturís u otros objetos punzocortantes con la punta final lejos del personal; o coloque los objetos punzocortantes en una mesa o superficie llana (un receptor) donde luego puedan ser recogidos por la persona receptora.
- Recoja los objetos punzocortantes de uno en uno y no dé a otras personas varios instrumentos o agujas afiladas a la vez.

Envases de objetos punzocortantes

El uso de los envases de desecho de objetos punzocortantes ayuda a prevenir las lesiones con los objetos punzocortantes desechables. Los envases deben equiparse con una cubierta y deben ser a prueba de punción, a prueba de derrame y resistentes a manipulaciones indebidas (es decir, difíciles de abrir o romper). Si los envases plásticos o metálicos no están disponibles o son demasiado costosos, utilice recipientes hechos de cartón grueso (cajas de seguridad de cartón) que reúnen las especificaciones de la OMS. *Si las cajas de seguridad de cartón no están disponibles, muchos objetos fácilmente disponibles pueden sustituir los envases de objetos punzocortantes:*

- Metal con una tapa
- Botella plástica gruesa
- Caja plástica pesada
- Caja de cartón pesado

Recomendaciones para el uso seguro de los envases de objetos punzocortantes

- Todos los envases de objetos punzocortantes deben estar claramente rotulados con “OBJETOS PUNZOCORTANTES” y/o tener instrucciones claras sobre el uso y desecho del envase.
- El lugar de los envases de objetos punzocortantes debe estar lejos de las áreas de alto tránsito y lo más cercano posible a donde se usan estos objetos.
- La colocación del envase debe ser práctica (idealmente dentro del alcance de brazo) pero discreta. No coloque los envases cerca de los interruptores de luz, los ventiladores aéreos o los controles del termostato, lugares que las personas pueden tocar accidentalmente.
- Adhiera los envases a las paredes u otras superficies si fuera posible. Coloque los envases a una altura conveniente para que el personal pueda usarlos y reemplazarlos fácilmente.
- Nunca reutilice o recicle los envases de objetos punzocortantes.
- Marque los envases claramente para que las personas no los usen inadvertidamente como cubos de basura.
- Selle y cierre los envases cuándo estén a $\frac{3}{4}$ de su capacidad total. No llene la caja de seguridad más allá de $\frac{3}{4}$ del total.
- Evite agitar el envase para reacomodar el contenido y dejar espacio para más objetos punzocortantes.

El lavado de manos

Las siguientes estrategias se recomiendan firmemente para la reducción de la transmisión de los agentes patógenos, hematógenos y otros agentes infecciosos a los pacientes y personal en los establecimientos de salud

- Enjabone y moje las manos, frótelas bajo el agua durante al menos 15 segundos.
- Frote las manos con toallas con alcohol (o jabón antimicrobiano) y agua para la descontaminación o antisepsia manual rutinaria.

| Recomendaciones de higiene manual | |
|-----------------------------------|--|
| Lavado antes de: | <ul style="list-style-type: none">▪ Ponerse los guantes▪ Examinar a un paciente▪ Realizar cualquier procedimiento que incluya el contacto con sangre o humores orgánicos▪ Manejar elementos contaminados como la vestimenta e instrumentos usados▪ Comer |
| Lavado después de: | <ul style="list-style-type: none">▪ Quitarse los guantes▪ Examinar a un paciente▪ Realizar cualquier procedimiento que incluya el contacto con sangre o humores orgánicos▪ Manejar elementos contaminados como la vestimenta e instrumentos usados▪ Entrar en contacto con humores orgánicos, mucosas, piel o vestimentas de heridas▪ Manejar instrumentos sucios y otros elementos▪ Usar el inodoro |

Lavado de manos

El lavado de manos con jabón común y agua es uno de los métodos más eficaces para prevenir la transmisión de los agentes patógenos hematógenos y limita la propagación de infecciones.

Equipo de protección personal

El equipo de protección personal protege tanto a pacientes y como al personal. Use el siguiente equipo cuando sea posible:

- Guantes
- Delantales
- Anteojos
- Calzado

Cuando los recursos para adquisición del equipo de protección son limitados, los guantes deben priorizarse sobre cualquier otro equipo de protección.

Guantes

El uso de guantes para cada paciente ayuda a prevenir la transmisión de infecciones de persona a persona. La protección con guantes se recomienda cuando:

- Hay posibilidades razonables de tener contacto manual con sangre, otros fluidos orgánicos, mucosas o piel rota o cortada
- Se realiza un procedimiento invasor
- Se manejan elementos contaminados

Consejos para uso eficaz de guantes

- Use guantes de tamaño correcto.
- Use cremas solubles en agua o humectantes para las manos para evitar las manos secas, resquebradas y agrietadas. Evite lociones o cremas para manos con base de aceite ya que dañarán el látex o goma de los guantes quirúrgicos y de examinación.
- No use anillos porque pueden servir de criadero para las bacterias, levaduras y otros microorganismos que causan enfermedades.
- Mantenga las uñas cortas (menos de 3 mm (1/8 pulgadas) más allá de las yemas de los dedos). Las uñas largas pueden proporcionar un criadero a las bacterias, levaduras y otros microorganismos que causan enfermedades. Las uñas largas tienen también más probabilidad de puncionar los guantes.
- Almacene los guantes en un lugar donde estén protegidos de temperaturas extremas, que también pueden dañarlos.

Delantales

Los delantales de goma o plástico proporcionan una barrera protectora a prueba de agua en la parte frontal del trabajador de salud.

Anteojos

Los anteojos, como los de plásticos, los lentes de seguridad, los protectores faciales, o los visores, protegen los ojos de las salpicaduras accidentales de sangre u otros fluidos orgánicos.

Calzado

Las botas de goma o zapatos de cuero proporcionan una protección extra a los pies contra la lesión por los objetos punzocortantes o los elementos pesados que pueden caer accidentalmente. Deben mantenerse limpios. Cuando sea posible, evite usar las sandalias, chanclas o zapatos hechos de materiales blandos.

Estrategias para situaciones de recursos limitados

Las medidas universales de precaución son difíciles de practicar cuando los suministros son escasos y el equipo de protección no está disponible. Uso de recursos mediante *Costo-eficacia* ayuda a priorizar la compra y el uso de los suministros, por ejemplo, si los guantes son escasos, usarlos para el parto y sutura, en vez de usarlos para las inyecciones y hechura normal de camas.

La manera más importante de *reducir la exposición ocupacional del VIH* es disminuir el contacto con la sangre. Los establecimientos deben desarrollar y usar los procedimientos de seguridad que les permiten prestar la asistencia al enfermo en forma eficaz sin comprometer la seguridad personal.

Descontaminación del equipo

El método usado para neutralizar o extraer los agentes nocivos del equipo contaminado o los suministros deben basarse en:

- El riesgo de la infección asociada al instrumento o unidad de equipo
- El proceso de descontaminación que puede tolerar el objeto

Definiciones

Descontaminación: El primer paso en hacer seguro el manejo del equipo. Esto requiere una inmersión de 10 minutos en una solución de cloro de 0.5%.¹ Este paso importante mata tanto la hepatitis B como el VIH.

Limpieza: La limpieza eficaz con jabón y agua caliente es esencial antes de la desinfección o esterilización:

- Extrae una alta proporción de los microorganismos
- Extrae contaminantes como el polvo, la tierra, las sales y la materia orgánica que los protege

Desinfección: Un procedimiento químico que elimina la mayoría de los microorganismos patógenos reconocidos. No destruye todas las formas microbianas (por ej., esporas bacterianas).

Esterilización: Destruye todos los microorganismos.

Desinfección y esterilización

Información detallada para ayudar a los procedimientos a descontaminar los materiales de desechos infecciosos y el equipo se encuentra en el Apéndice 8-A. Los procedimientos corrientes para la descontaminación del equipo incluyen:

- Usar guantes pesados.
- Desmantelar todo el equipo antes de limpiar.

¹ Si está creando una solución de cloro al 0.5% con lejía líquida de uso doméstico, cuya una concentración es de 3.5%, mezcle una dilución de lejía al 1:7 con agua. Una dilución al 1:7 es igual a 1 parte de cloro por 6 partes de agua. Una "parte" puede ser usada para cualquier medida (por ej., onza, gramo, taza, litro o botella). Para más información, referirse a <http://www.engenderhealth.org/ip/instrum/inm7.html>.

- Limpiar con jabón y agua caliente antes de la desinfección o esterilización.
- Usar ropa protectora adicional como los delantales, las batas, los anteojos protectores y las mascarillas cuando hay riesgo de ser salpicado con humor orgánico.
- Enjuagar el equipo a fondo después de la desinfección química.

Prácticas seguras de trabajo

La planificación y el manejo adecuados de los suministros y otros recursos son esenciales para reducir los riesgos ocupacionales de la infección por VIH. Para reducir los riesgos ocupacionales se debe:

- Evaluar los riesgos en el entorno de trabajo.
- Explorar diferentes estrategias para satisfacer las necesidades de recursos.
- Desarrollar normas y protocolos que aborden la seguridad, la reducción de riesgos, la profilaxis posterior a la exposición (PPE), el seguimiento y los primeros auxilios.
- Mantener un volumen de trabajo óptimo.
- Implementar medidas institucionales para prevenir o reducir el estrés del trabajador de salud.
- Orientar al personal nuevo sobre los procedimientos de control de infecciones.
- Proporcionar al personal educación continua y supervisión.

Reducir el riesgo en ambientes obstétricos

El potencial de exposición a la sangre y los fluidos orgánicos contaminados por el VIH es mayor durante el trabajo de parto y parto. El Módulo 3, *Intervenciones específicas para prevenir la TMI*, incluye recomendaciones para las prácticas obstétricas más seguras diseñadas para reducir al mínimo este riesgo.

En los entornos de trabajo de parto y parto, los trabajadores de salud deben:

- Prestar atención apropiada y sensible a todas las mujeres, independientemente de su estado de VIH.
- Trabajar de una manera que reafirme la seguridad y reduzca el riesgo de la exposición ocupacional para sí mismos y sus colegas.

Consejos para la reducción del riesgo en la exposición ocupacional en el entorno de obstetricia

- Cubra la piel rota o las heridas abiertas con apósitos a prueba de agua.
- Use guantes desechables apropiados cuando exista exposición a la sangre o los fluidos orgánicos.
- Use un delantal plástico impermeable durante el parto.
- Pase todos los instrumentos afilados a un receptor, en lugar de mano-a-mano.
- Use guantes largos de látex durante la extracción manual de una placenta.
- Modifique la práctica quirúrgica para evitar el uso de los dedos durante la colocación de agujas usando los porta agujas
- Los trabajadores con dermatitis no deben trabajar en obstetricia.
- Cuando la episiotomía es necesaria, use una aguja de tamaño apropiado (calibre 21, 4 cm. curvo) y el porta agujas durante la reparación.
- Cuando sea posible, use guantes para todas las operaciones.
- Cuando sea posible, use un protector de ojos durante la cesárea y la sutura de la episiotomía.
- Si la sangre salpica sobre la piel, lave de inmediato el área con jabón y agua. Si se salpica en el ojo, lave el ojo sólo con agua.
- Elimine los residuos sólidos (por ejemplo, apósitos con sangre y placentas) de forma segura según los procedimientos locales.

Ejercicio 8.2 Lista de recursos para promover un entorno seguro: Discusión en grupo

| | |
|----------------------|---|
| Propósito | Comparar y contrastar la disponibilidad de los recursos de seguridad, las prácticas y los materiales en nuestros programas. |
| Duración | 15 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase la lista de recursos mencionada abajo sobre la promoción de un ambiente seguro. ▪ Comparta en la plenaria de grupo el uso de cada categoría de recursos en su establecimiento de salud. Comparta las ideas innovadoras que se han desarrollado en su establecimiento de salud para abordar la escasez de los recursos. ▪ Examine los puntos clave escrito en el rotafolio. ▪ Comente sobre los retos y los obstáculos a los que se enfrenta en su lugar de trabajo. |

Ejercicio 8.2 Lista de recursos para promover un entorno seguro

Equipo de protección personal

- Guantes—diversos tamaños
- Delantales
- Anteojos
- Calzado
- Apósitos a prueba de agua

Ejercicio 8.2 Lista de recursos para promover un entorno seguro

Materiales

- Agentes de limpieza y desinfección
- Equipo para la esterilización
- Envases de desechos de objetos punzocortantes
- Envases de desechos a prueba de agua para los elementos contaminados
- Toallitas a base de alcohol para frotarse las manos o jabón antimicrobiano

Normas de seguridad

- Políticas sobre el uso de precauciones universales
- Procedimientos para la eliminación de desechos infecciosos o tóxicos
- Procedimientos para la esterilización del equipo
- Políticas sobre el manejo y desecho de los objetos punzocortantes
- Protocolos para el manejo de la profilaxis posterior a la exposición (PPE), incluidos ARV e inmunización contra hepatitis B
- Procedimientos para reducir al mínimo la exposición a la infección en los entornos de alto riesgo, como el trabajo de parto y parto

Educación

- Orientación para el nuevo empleado sobre los procedimientos de control de infecciones
- Capacitación continua para desarrollar habilidades en el manejo seguro del equipo
- Vigilancia y evaluación de las prácticas de seguridad para mejorar la ejecución y deficiencias del remedio

SESIÓN 3 Manejo de la exposición ocupacional a la infección por VIH

Profilaxis posterior a la exposición

Cualquiera de las siguientes exposiciones podría poner a un trabajador de salud en riesgo de la infección por VIH si la exposición involucra sangre, tejido u otros fluidos orgánicos que contienen sangre visible:

- Lesión percutánea (por ej., un pinchazo de aguja o corte con un objeto agudo)
- Contacto de mucosas, membranas o piel no intacta (por ej., la piel expuesta que está reseca, herida o afectada por dermatitis)

Después de la exposición ocupacional por VIH, un tratamiento a corto plazo de ARV (por ejemplo, un mes) puede usarse para reducir la probabilidad de infección. A esto se le denomina la profilaxis posterior a la exposición (PPE) y es una parte clave de la estrategia integral de precauciones universales para reducir la exposición del personal a agentes infecciosos en el lugar de trabajo.

En los establecimientos de salud el riesgo ocupacional de verse infectado por VIH debido a un pinchazo de aguja es bajo (menos del 1%). La mayoría de los casos incluyen lesiones de agujas u objetos punzocortantes que se han usado en un paciente infectado por VIH. Se cree que el riesgo de transmisión de VIH por la exposición a líquidos o tejidos infectados es inferior al riesgo de exposición a la sangre infectada.

El riesgo de la exposición por pinchazos de aguja y el contacto con sangre y fluidos orgánicos existe en los entornos donde:

- No se siguen las precauciones universales ni los procedimientos seguros con agujas
- Son inadecuados o no ejecutados sistemáticamente los protocolos de eliminación de desechos
- El equipo de protección es escaso
- Las tasas de infección por VIH en la población de pacientes es alta

Para reducir al mínimo la necesidad de PPE, se necesitan estrategias nacionales para educar y capacitar a los socios clave sobre la eliminación de desechos en el entorno de salud.

Beneficios de hacer disponible la PPE a los trabajadores de salud:

- Promueve la permanencia del personal que está preocupado por el riesgo de la exposición al VIH en el lugar de trabajo
- Aumenta la voluntad y motivación del personal para trabajar con personas infectadas por el VIH
- Reduce la infección por VIH adquirida en el entorno laboral en los trabajadores de salud

Un protocolo integral de PPE esboza los métodos para la prevención de la exposición ocupacional al VIH y otros agentes patógenos hematógenos incluyendo:

- Resumen del sistema para la supervisión y el monitoreo de la ejecución de las precauciones universales
- Trato de las prácticas seguras para la eliminación de los desechos infecciosos

- Planteamiento de estrategias para asegurar que existe suministro suficiente de materiales protectores (con ejemplos de sustitutos potenciales para estos materiales si fuera necesario).

Un protocolo ilustrativo de PPE se encuentra en el Apéndice 8-B.

El protocolo de PPE debe:

- Establecer normas para la PPE en el entorno de salud.
- Ser utilizado para capacitar al personal y los gerentes en intervalos planificados
- Asegurar que el consejero del VIH, la prueba y los medicamentos de ARV estén disponibles para la PPE.
- Asegurar una prueba del VIH al inicio y después de completar la PPE.
- Asegurar la prueba de anticuerpos del VIH si ocurre una enfermedad compatible con un síndrome retroviral agudo.
- Como parte de la consejería, alentar a las personas expuestas a que tomen precauciones para prevenir la transmisión secundaria durante el período de seguimiento.
- Evaluar a las personas expuestas que toman PPE en un plazo de 72 horas después de la exposición y vigilar la posible toxicidad del medicamento durante al menos 2 semanas.
- Mantener un registro de las exposiciones ocupacionales.
- Enseñar a los trabajadores de salud a notificar todos los accidentes ocupacionales para que queden registrados en el archivo de incidentes laborales.

Normas para la provisión de PPE

Los trabajadores de atención de salud deben informar sobre la exposición ocupacional al VIH inmediatamente después de que ocurra. La prueba temprana rápida al paciente en cuestión (el paciente involucrado en el incidente) puede ayudar a determinar la necesidad de PPE—y puede evitar el uso innecesario de ARV, que puede tener efectos colaterales adversos. Si fuera necesario, la PPE debe empezarse cuanto antes después de la exposición, idealmente en un plazo de 2 horas.

El personal que está en riesgo de exposición ocupacional a los agentes patógenos hematógenos necesita ser educado acerca de los principios del manejo de PPE durante la orientación del trabajo, y de una manera continua. Actualmente, no hay ningún régimen aprobado de PPE; sin embargo, la farmacoterapia dual o triple se recomienda y se considera más eficaz que un único agente.

La selección de medicamentos para PPE depende de los siguientes factores:

- Tipo de lesión y dispositivo de transmisión
- Carga viral del VIH y antecedentes de tratamiento
- ARV disponibles en el establecimiento

Importancia del tratamiento con ARV para la profilaxis posterior a la exposición en el lugar

Debido a la necesidad de comenzar PPE cuanto antes después de la exposición (idealmente, dentro de 2 horas), un mínimo de dos dosis de tratamiento con ARV deben estar disponibles y accesibles en el establecimiento en todo momento.

Debe proporcionarse tratamiento con ARV según dicte el protocolo nacional o institucional. Si fuera posible, se recomienda la consulta con un especialista en VIH, en particular cuando puede tratarse de una exposición fármacorresistente al VIH.

Es importante que los trabajadores de salud tengan acceso rápido al suministro de un mes del tratamiento con ARV una vez iniciada la PPE. Se recomienda un tratamiento mínimo de 2 semanas y un máximo de 4 semanas.

Algunos trabajadores de salud que toman PPE presentan síntomas adversos incluidos la náusea, el malestar general, la cefalea y la anorexia. Las trabajadoras embarazadas o las mujeres en edad fértil que quizá estén embarazadas pueden recibir PPE, pero deben evitar el medicamento efavirenz, que tiene efectos perjudiciales sobre el feto. Los programas de PTMI deben apoyar a los trabajadores mientras están tomando la PPE y ayudar a controlar cualquier efecto colateral.

| Ejercicio 8.3 Estudio de casos de PPE: Discusión en grupo pequeño | |
|--|--|
| Propósito | Examinar la ejecución de los protocolos PPE |
| Duración | 30 minutos |
| Instrucciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examine el estudio de casos que sigue a continuación. ▪ En su grupo, escriba en papel los pasos necesarios para ejecutar un protocolo de PPE. ▪ Comparta cada paso en el proceso con la plenaria de grupo de acuerdo con lo solicitado por el facilitador. |

Estudio de caso

La enfermera Andrews está trabajando en la unidad de trabajo de parto y parto. Cuando se extrae una aguja intravenosa del brazo de un paciente durante el trabajo de parto, la enfermera Andrews se punciona el dedo accidentalmente.

Después de esta exposición ocupacional, ¿qué es lo primero que debe hacer la enfermera Andrews?

Enumere cada paso posterior según el protocolo.

SESIÓN 4 Atención de apoyo para el prestador de asistencia

Fatiga laboral

Los trabajadores de salud que prestan atención a mujeres embarazadas infectadas por VIH (o de estado de VIH desconocido) y sus lactantes son vulnerables a la fatiga laboral (estar “quedamos”).

El síndrome de fatiga laboral proviene de la exposición prolongada al estrés intenso en el trabajo y se caracteriza por:

- Agotamiento emocional: sentimientos de impotencia, depresión, ira e impaciencia
- Despersonalización: separación del trabajo y adoptar una visión cada vez más cínica de los pacientes y colaboradores
- Productividad reducida: debido a un sentido real o percibido de que sus esfuerzos no son valiosos y no parecen tener una repercusión.

| Signos y síntomas de la fatiga laboral | |
|---|---|
| Conductual <ul style="list-style-type: none">▪ Cambios frecuentes en el estado de ánimo▪ Comer demasiado o poco▪ Aumentar el consumo de alcohol y/o tabaco▪ Volverse “proclive a accidentes” Cognitivo <ul style="list-style-type: none">▪ Incapaz de tomar decisiones▪ Volverse olvidadizo, concentración deficiente▪ Sensible a la crítica | Reconocimiento médico <ul style="list-style-type: none">▪ Hipertensión▪ Palpitaciones, temblores▪ Sensación de sequedad en la boca, transpiración▪ Trastornos gástricos Ocupacional <ul style="list-style-type: none">▪ Ausentarse por días▪ Discusiones con colaboradores▪ Trabajar más horas pero menos productivas▪ Baja energía, mostrarse menos motivado |

Factores de riesgo institucionales o laborales relacionados con la fatiga laboral

- Sobrecarga de trabajo, sin o con poco descanso
- Muchas horas de trabajo
- Asignación de trabajos mal estructurados (trabajador incapaz de usar sus aptitudes eficazmente)
- Liderazgo inadecuado para el apoyo
- Falta de capacitación y habilidad específica para su trabajo

Factores de riesgo personales ante la fatiga laboral incluyen:

- Metas y expectativas de trabajo poco realistas
- Autoestima baja
- Ansiedad
- Preocupación por los pacientes con una enfermedad mortal

Estrategias personales para prevenir o disminuir la fatiga laboral:

Buscar el apoyo de los demás, cuidarse a uno mismo y realizar actividades reparadoras, como la lectura y hacer ejercicio puede reducir o minimizar la fatiga laboral.

Consejos para el manejo de la fatiga laboral

- Encuentre o establezca un grupo de apoyo de pares.
- Busque a un mentor—alguien que puede apoyarle, escucharle y guiarle de forma confidencial.
- Lea libros o escuche cintas que proporcionen estrategias para hacer frente al estrés.
- Tome un curso para aprender un tema pertinente a su trabajo (o tomar un curso de perfeccionamiento sobre un estudio anterior).
- Haga descansos estructurados durante las horas de trabajo.
- Dedique tiempo para sí mismo y su familia.
- Haga ejercicio, coma adecuadamente y descanse lo suficiente.

Ejercicio 8.4 Fatiga laboral en programas de PTMI: Discusión en plenaria

| | |
|----------------------|--|
| Propósito | Examinar los factores que contribuyen a estar quemado y desarrollar estrategias de prevención creativa |
| Duración | 45 minutos |
| Instrucciones | Participe en la discusión sobre los factores que contribuyen a la fatiga laboral en el entorno de PTMI, así como las estrategias creativas para prevenirla. El facilitador puede hacer preguntas durante la discusión de grupo sobre las políticas y las prácticas en sus establecimientos que pueden, a la larga, afectar su dedicación al trabajo. El facilitador también puede preguntar sobre las técnicas de reducción de estrés que usted encuentra eficaces, así como aquellas que facilitarían su trabajo. |

Módulo 8: Puntos clave

- Aplicar las precauciones universales a todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico.
- Los componentes clave de las precauciones universales incluyen:
 - El lavado de manos
 - Manejo y desecho seguro de los objetos punzocortantes
 - Uso del equipo de protección personal
 - Descontaminación del equipo
 - Desecho seguro de materiales infecciosos
 - Prácticas ambientales seguras
- Las lesiones por pinchazo de aguja de los pacientes que están infectados por VIH son la fuente más común de transmisión de VIH en el lugar de trabajo.
- La limpieza, desinfección y esterilización de todos los instrumentos usados en los procedimientos invasores reducen el riesgo de la transmisión de infecciones de un paciente a otro.
- Durante el trabajo de parto y parto, la atención segura reduce el riesgo de la exposición ocupacional.
- El tratamiento a corto plazo con ARV reduce el riesgo de la infección por VIH después de la exposición ocupacional.
- La fatiga laboral está relacionada con el estrés prolongado e intenso en el trabajo, pero puede manejarse y reducir al mínimo los efectos con apoyo individual y organizacional.

APÉNDICE 8-A Normas para la limpieza, esterilización y desecho de los materiales infecciosos

| Nivel del riesgo | Elementos | Método de descontaminación |
|--------------------------------------|---|---|
| Riesgo alto o crítico | Equipo e instrumentos que penetran la piel o cuerpo | <p>La esterilización es un proceso que destruye todos los microorganismos, incluido el VIH. Use los siguientes métodos:</p> <p>El uso del vapor bajo presión es el método preferido.</p> <p>Use el gas del óxido de etileno u otro proceso de temperatura baja para el equipo sensible al calor.</p> <p>Use los esterilizantes químicos con pre-limpieza adecuada y siga los protocolos adecuados.</p> |
| Riesgo moderado o semicrítico | Equipo e instrumentos que tocan la piel o mucosas no intactas | <p>Esterilice con calor o vapor.</p> <p>Use la desinfección de alto nivel. Este método destruye todos los microorganismos con la excepción de altos números de esporas bacterianas. Use los siguientes métodos:</p> <p>Hierva durante 20 minutos, o más tiempo si se encuentra sobre el nivel del mar.</p> <p>Realice la desinfección química con glutaraldehído, peróxido de hidrógeno estabilizado, el cloro, o el ácido peracético, seguido de un enjuague estéril de agua o un agua de grifo y el enjuague de alcohol; secarse con aire comprimido, cuando sea posible.</p> <p>Nota: Los desinfectantes de nivel intermedio para ciertos elementos semicríticos no matan todos los virus, los hongos, o las esporas bacterianas.</p> |
| Riesgo bajo o no crítico | Equipo e instrumentos que tocan la piel intacta | <p>Realice la desinfección de bajo nivel con solución detergente germicida diluida, alcohol isopropílico o dilución de cloro doméstico a 1:500.</p> |

Cuando sea posible, el equipo crítico y los instrumentos de alto riesgo deben ser preenvasados, desechables y diseñados para un uso único.

Limpieza

La limpieza extrae todo el material extraño (tierra, fluidos orgánicos y lubricantes) de los objetos al lavar o fregar el objeto usando agua y detergentes o jabones. Los detergentes y el agua caliente son generalmente adecuados para la limpieza corriente de los pisos, las camas, los inodoros, las paredes y las sábanas protectoras de goma.

APÉNDICE 8-A Normas para la limpieza, esterilización y desecho de los materiales infecciosos

(continuación)

Para limpiar un derrame de fluidos orgánicos:

- Use guantes de goma resistentes y extraiga el fluido orgánico con un material absorbente
- Deposite el material en un envase a prueba de escapes.

Observe lo siguiente cuando maneje la ropa blanca sucia:

- Use guantes, pero evite en lo posible el manejo con las manos.
- No separe o enjuague en las áreas de atención al enfermo.
- Lleve las cantidades grandes de ropa ensuciada por fluido orgánico en bolsas a prueba de escapes.
- Doble la ropa sucia para que la suciedad quede por dentro.

Desecho seguro de materiales infecciosos

La finalidad de la eliminación de desechos es:

- Proteger de lesiones a las personas que manejan los elementos de desechos y
- Prevenir la propagación de la infección a los trabajadores de salud y la comunidad local.

Para eliminar los residuos sólidos contaminados con sangre, fluidos orgánicos, especímenes de laboratorio, o tejido corporal:

- Colocarlo en envases a prueba de escapes y quemar, o
- Enterrar en una fosa de 2.5 metros (cerca de 8 pies) de profundidad, a una distancia mínima de 30 metros (cerca de 98 pies) de una fuente de agua.

Para eliminar los líquidos, como la sangre o los fluidos orgánicos, vierta el líquido por un sumidero conectado a un colector o letrina de fosa adecuadamente tratados.

Recomendaciones sobre el desecho de los objetos punzocortantes

Los elementos punzocortantes desechables como las agujas hipodérmicas, requieren manejo especial porque son los elementos con mayor probabilidad de lesionar a los trabajadores de salud. Si estos elementos se eliminan en el vertedero municipal son un peligro para la comunidad.

Observe lo siguiente para eliminar con seguridad los envases de objetos punzocortantes:

- Use guantes altamente resistentes.
- Cuando el envase de objetos punzocortantes esté a tres cuartos de su capacidad, selle completamente la abertura del envase usando una tapa, un taco o cinta.
- Asegúrese de que ningún elemento agudo quede fuera del envase.
- Elimine el envase de objetos punzocortantes quemándolo, encapsulándolo, o enterrándolo.
- Quítese los guantes altamente resistentes.
- Lávese las manos y séquelas con una tela limpia o al aire.

APÉNDICE 8-A Normas para la limpieza, esterilización y desecho de los materiales infecciosos

(continuación)

Quemar envases de desechos

Quemar a alta temperatura destruye los desechos y mata los microorganismos. Este método reduce el volumen de desechos a granel y asegura que los elementos no sean desenterrados y reutilizados.

Encapsular los envases de desechos

Se recomienda encapsular como la manera más fácil de eliminar de forma segura los objetos punzocortantes. Para utilizar este método, recoja objetos en envases resistentes a la punción y el derrame. Cuando el nivel del envase esté a tres cuartos de su capacidad total, vierta algún material como el cemento (mortero), la espuma plástica o la arcilla en el envase hasta llenarlo del todo. Cuando el material se haya endurecido, selle el envase y deséchelo en un vertedero, almacénelo o entiérrelo.

Enterrar desechos

En los establecimientos de salud con recursos limitados, el entierro seguro de los desechos en, o cerca del, establecimiento quizá sea la única opción disponible para la eliminación de desechos. Siga las siguientes precauciones para limitar los riesgos a la salud:

- Restrinja el acceso al lugar de desecho. Construya una cerca alrededor del sitio para mantener lejos a los animales y a los niños.
- Cubra el lugar de entierro con un material de baja permeabilidad (por ejemplo, arcilla o cemento), si está disponible.
- Seleccione un sitio a una distancia mínima de 30 metros (cerca de 98 pies) de cualquier fuente de agua para prevenir su contaminación.
- Asegure que el sitio tenga drenaje adecuado, esté ubicado cuesta abajo de cualquier pozo, esté libre de agua estancada y no esté en un área arenosa.
- El fondo de la fosa de entierro debe estar al menos 1.5 metros por encima del nivel de las aguas subterráneas durante la estación húmeda.

Este apéndice incluye material original y material adaptado de las siguientes fuentes:

- Tietjen, Bossemeyer, McIntosh. *Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. JHPIEGO Corporation, Baltimore, March 2003.
http://www.reproline.jhu.edu/english/4morerh/4ip/IP_manual/ipmanual.htm
- International Council of Nurses, World Health Organization (WHO) and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. *Fact Sheet 11 HIV and the workplace and Universal Precautions (Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives)*, http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/English/fact-sheet-11/index.html
- World Health Organization (WHO) and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 1999. *HIV in Pregnancy: A Review*. Pp 39–42. Retrieved 3 June 2004, from http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_99_15/rhr99-15.pdf

APÉNDICE 8-B Manejo de la exposición ocupacional al VIH: Un ejemplo de protocolo

Pasos inmediatos

Cualquier trabajador de salud accidentalmente expuesto a sangre o fluidos orgánicos debe adoptar las siguientes medidas:

- Lavar con agua y jabón la herida y los sitios de la piel expuestos a la sangre y los fluidos orgánicos.
- Para las lesiones percutáneas (aquellas que rompen la piel) donde ocurre el sangrado, permitir el sangrado durante unos pocos segundos antes de lavarse con agua y jabón.
- Lavar con agua las mucosas expuestas a la sangre y los fluidos orgánicos.
- El uso tópico de los antisépticos es optativo.
- No aplicar los agentes cáusticos, como el decolorante, sobre la herida o inyectar antisépticos o desinfectantes en la herida.
- Avisar de inmediato al supervisor, o a la persona a cargo, del tipo de exposición y la acción tomada.

Una vez informado, el supervisor debe tomar las siguientes medidas:

- Evaluar la exposición para determinar el riesgo de transmisión.
- Informar al paciente acerca de la exposición y solicitar el permiso para la prueba del VIH.
- Informar al trabajador de salud acerca de la exposición y solicitar el permiso para practicarle la prueba del VIH.
- Realizar la prueba rápida en ambos siguiendo los procedimientos indicados. Si la prueba rápida no está disponible, envíe ambas muestras al laboratorio designado más cercano para realizar las pruebas.
- Prepare de inmediato una visita para el trabajador de salud al médico más cercano especializado en este tipo de lesiones.
- Dé apoyo inmediato e información sobre la profilaxis posterior a la exposición (PPE) al trabajador de salud.
- Registre la exposición en el archivo del establecimiento o en el formulario apropiado y remita la información al individuo o departamento asignado para el manejo de tales exposiciones.
- Mantenga la confidencialidad de todos los registros relacionados.

PPE

- En todos los casos de exposición accidental, inicie PPE en un plazo de 2 horas tras la exposición, se conozca o no el estado de VIH del paciente.
- Descontinúe PPE cuando haya confirmado que la prueba de VIH del paciente es negativa.
- Si el paciente está infectado por VIH (con un resultado de prueba positivo), siga la PPE.
- Debe proporcionarse terapia de ARV según el protocolo nacional o del establecimiento. Se recomienda un mínimo de dos semanas y un máximo de cuatro semanas de tratamiento. Cuando sea posible, se recomienda la consulta con un especialista en VIH, en particular cuando exista la posibilidad de una exposición al VIH fármacorresistente.

APÉNDICE 8-B Manejo de la exposición ocupacional al VIH: Un ejemplo de protocolo *(continuación)*

- Si la prueba del VIH inicial del trabajador de salud es positiva, aconseje a la persona sobre su resultado y haga la referencia apropiada a un programa de tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA.
- Mantener disponible y accesible un mínimo de dos dosis del régimen aprobado de ARV de PPE en su establecimiento en todo momento.
- Si la prueba del VIH inicial del trabajador de salud es negativa, repetir la prueba del VIH en los siguientes intervalos posteriores a la exposición: 6 semanas, 3 meses y 6 meses.
- El trabajador de salud debe recibir atención de seguimiento durante 6 meses.
- Si el trabajador de salud se convierte de negativo a positivo, algo poco probable, haga la referencia apropiada a un programa de tratamiento, atención y apoyo de VIH/SIDA.

Consejería posterior a la exposición para el trabajador de salud

- Al trabajador de salud se le debe aconsejar que se abstenga de las relaciones sexuales o use condones durante 6 meses después que la exposición o hasta que reciba el tercer resultado negativo de la prueba.
- El trabajador de salud no debe donar sangre, plasma, órganos, tejidos o semen durante los 6 meses después de la exposición o hasta recibir la tercera prueba negativa.
- La lactancia materna debe ser desalentada durante este período.
- Proporcione apoyo de consejería al trabajador de salud y, si se solicita, al cónyuge o pareja sexual del trabajador de salud, para ayudarles a manejar las implicaciones y el estrés relacionados con la exposición al virus.

Fuente: Adaptado de CDC. 2001. Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 50(No. RR-11): 1-42. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5011.pdf> and World Health Organization. Post-exposure prophylaxis Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/index.html>



Módulo 9 Monitoreo de Programas de PTMI

| | |
|-----------------|--|
| SESIÓN 1 | Introducción al ciclo del programa |
| SESIÓN 2 | Indicadores de PTMI mundiales, nacionales y de los establecimientos de salud |
| SESIÓN 3 | Monitoreo de programas de PTMI a nivel de los establecimientos de salud |

Después de completar este módulo, el participante podrá:

- Describir el ciclo del programa de PTMI
- Discutir los propósitos de los indicadores mundiales y nacionales de PTMI
- Comprender la función del trabajador de salud al vigilar un programa de PTMI

Este módulo está diseñado para proporcionar información introductoria y aptitudes para vigilar los programas de PTMI. Algunos trabajadores de salud pueden beneficiarse de capacitación adicional en el monitoreo y la evaluación de programas de PTMI.

| Políticas relevantes para incluir en el Currículo Nacional |
|--|
| Sesión 2 <ul style="list-style-type: none">▪ Indicadores nacionales para los programas de PTMI▪ Indicadores de servicios de atención en salud para programas de PTMI Apéndices <ul style="list-style-type: none">▪ Colección total de formularios usados en el programa de PTMI |

SESIÓN 1 Introducción al ciclo del programa

La planificación y la ejecución de un programa de PTMI forma parte de un ciclo de programa largo en el que trabajadores de salud desempeñan una función importante. Un programa con éxito de PTMI requiere la ejecución de cada paso del ciclo del programa.

Ciclo del programa

El *ciclo del programa* es el proceso de evaluar una situación dada, y luego, como respuesta, diseñar, implementar, monitorear y evaluar un programa de salud pública.

Observe los paralelismos entre el ciclo del programa y el manejo de casos clínicos. El proceso de cinco pasos en el ciclo de un programa de PTMI nacional es similar al proceso de cinco pasos que un trabajador de salud sigue cuando cuida a un paciente. El trabajador de salud:

- Evalúa la salud del paciente tomando su historia clínica, realiza la exploración física, y hace el diagnóstico
- Diseña un plan de tratamiento para el paciente
- Implementa el plan de tratamiento
- Monitorea el progreso del paciente
- Evalúa el éxito del plan de tratamiento usando las pruebas de laboratorio, la reevaluación y reporte del mismo paciente

Evaluación

El primer paso del ciclo del programa será analizar el problema para evaluar las necesidades. En este caso, la evaluación de necesidades indicaría que las mujeres están infectadas por VIH y que los lactantes están muriendo a causa de la infección. Quizá también indique dónde está el problema más grande (por ejemplo, zonas urbanas o rurales) y la mejor manera de empezar a abordarlo.

Planificación

El próximo paso es planificar el programa específico de PTMI para tratamiento, atención y apoyo que responderá a las necesidades identificadas en la evaluación. Dentro de la planificación se incluirá la toma de decisiones sobre cómo ofrecerán las instalaciones de atención de salud servicios de PTMI en la primera fase del programa; cómo ampliar y aumentar a escala el programa; cuántos y qué personal debe capacitarse; y qué tipo de equipos, suministros y espacio físico se necesita.

La planificación también requiere normas para el desarrollo del programa (por ej., normas nacionales de PTMI), un presupuesto y un plan de gestión de programas.

Las metas y objetivos del programa de PTMI también se desarrollan durante la planificación. Por ejemplo, el programa puede orientarse a proporcionar información de preprueba al 100% de pacientes nuevos de atención prenatal (APN) y a proporcionar pruebas de VIH al 95% de los nuevos pacientes. Aunque puede que estas metas no sean realizables de forma inmediata, el establecimiento de metas para mejorar las tasas de cobertura en un plazo específico puede ayudar al equipo a alcanzar los objetivos y/o metas del programa.

Ejecución

El tercer paso es la ejecución de los servicios de PTMI de acuerdo a las decisiones tomadas en la fase de planificación. La ejecución incluye al personal de capacitación,

los procedimientos estándar para los trabajadores de salud y la integración del programa a los servicios de SMI ya establecidos. A menudo, hay una fase piloto durante la cual se introduce un programa nuevo en un establecimiento de salud. Durante la fase piloto, los problemas iniciales pueden identificarse y resolverse antes de que el programa se ponga en práctica plenamente.

Monitoreo

El próximo paso en el ciclo del programa, el monitoreo del programa de PTMI, incluye hacer preguntas acerca de los servicios y el proceso de implementación. Las preguntas acerca del desempeño del programa pueden incluir: ¿A cuántos pacientes está llegando el programa? ¿A qué porcentaje de pacientes de atención prenatal se les hace la prueba del VIH? ¿Qué porcentaje de madres infectadas por VIH y que dan a luz en los servicios de PTMI están recibiendo ARV para PTMI?

Evaluación

El paso final está en evaluar el programa de PTMI haciendo preguntas acerca de la repercusión del programa. Tales preguntas podrían incluir: ¿Cuáles son las barreras a la captación total del programa? ¿A cuántos lactantes impidió el programa contraer la infección por VIH? ¿Cómo puede mejorarse el programa para alcanzar sus objetivos y metas de forma más rápida?

Para medir el éxito del programa, es importante comparar los resultados con las metas planteadas inicialmente.

Los pasos del ciclo del programa se dan como parte de un proceso en curso. Los resultados de la evaluación deben conducir a una nueva planificación y ejecución. Este enfoque proporciona una perspectiva amplia sobre el monitoreo y evaluación eficaces, y mejora la factibilidad de los planes y la sostenibilidad de los proyectos.

SESIÓN 2 Indicadores de PTMI mundiales, nacionales y de los establecimientos de salud

¿Qué es un indicador?

Los indicadores son las medidas resumidas para describir una situación. Los indicadores proporcionan información sobre el estado de las actividades relacionadas con cada paso del ciclo del programa. El apéndice 9-A proporciona ejemplos de los indicadores de desempeño de PTMI.

Indicadores para los programas de PTMI

Indicadores mundiales

Por lo general, los indicadores mundiales se limitan al paso final del ciclo del programa y a unos pocos resultados clave. Se basan en los indicadores nacionales. Los indicadores mundiales:

- Reflejan, en unos pocos números resumidos, la situación mundial actual con respecto a los esfuerzos de PTMI
- Proporcionan una imagen de cómo los países, por término medio, están abordando la PTMI
- Ayudan a los donantes a entender cómo evaluar los resultados del gasto anterior y priorizar el financiamiento futuro

Un ejemplo de un indicador mundial de PTMI: Porcentaje de mujeres embarazadas que son VIH positivas y recibieron un curso completo de profilaxis de ARV para reducir el riesgo de TMI.

Indicadores nacionales

Los indicadores nacionales generalmente abordan varios pasos del ciclo del programa. Se calculan en base a la información proporcionada a nivel local. Los indicadores nacionales:

- Reflejan las metas, los objetivos y actividades del programa nacional contra la infección por el VIH/SIDA
- Evalúan la eficacia de la respuesta nacional a la PTMI
- Incluyen los indicadores de PTMI mundiales de la OMS

Un ejemplo de un indicador nacional: Porcentaje de mujeres embarazadas en el país que tuvieron al menos una visita de atención prenatal y que han recibido el resultado de la prueba del VIH y la consejería de postprueba.

Indicadores de las instalaciones de atención de salud

Los indicadores de instalaciones de atención de salud—información recogida en dichos centros—son esenciales para el monitoreo y evaluación, y para proporcionar servicios de atención de salud de calidad a los pacientes. Los indicadores nacionales y mundiales se informan en base a los indicadores de instalaciones de atención de salud.

Los indicadores de instalaciones de atención de salud:

- Ayudan a establecer las metas y medir el progreso en llegar a todas las mujeres y lactantes que necesitan servicios de PTMI
- Ayudan a identificar el progreso, los problemas y retos

- Ayudan a encontrar soluciones a los problemas de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de atención

Un ejemplo de un indicador de instalaciones de atención de salud: Porcentaje de las mujeres que recibieron información sobre la preprueba de VIH durante la atención prenatal y que aceptaron la prueba del VIH.

| Ejercicio 9.1 Entender los requerimientos de indicadores: Discusión de grupo pequeño | |
|---|---|
| Propósito | <p>Tratar la información necesaria para medir y seguir un indicador específico, y cómo recopilar y recabar los datos.</p> <p>Comprender la importancia que tienen las definiciones compartidas de la terminología en la obtención de datos.</p> <p>Para ver el monitoreo desde una perspectiva nacional.</p> |
| Duración | 25 minutos |
| Instrucciones | <p>En su grupo, finja ser un miembro del equipo de monitoreo de PTMI nacional que aconseja al MS sobre los indicadores de monitoreo de PTMI. Haga hincapié en el porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron la profilaxis de ARV recomendadas en las normas nacionales, y, luego, evalúe las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuál es la definición del indicador? (¿Qué mide?) ▪ ¿Qué información se necesita para comprender plenamente este indicador? (tal como conocer el protocolo de PTMI, medicamentos/drogas usadas para la profilaxis de los ARV, etc.) ▪ ¿Por qué es importante el indicador? ▪ ¿Qué servicio de información de atención en salud se usa para calcular este indicador? ▪ Pida a un miembro del grupo que apunte las respuestas en un rotafolio y las presente en la plenaria de grupo general. |

SESIÓN 3 Monitoreo de Programas de PTMI a Nivel de los Establecimientos de Salud

¿Qué es el monitoreo?

El monitoreo es el seguimiento regular de elementos clave del programa.

El monitoreo del programa de PTMI ayudará a:

- Evaluar el desempeño del programa
- Detectar y corregir los problemas de desempeño
- Hacer más eficaz el uso de los recursos del programa de PTMI

Dado que los datos de monitoreo proporcionan gran parte de la información necesaria para el seguimiento del desempeño del programa y hacer cambios programáticos, esta sesión se centra en el monitoreo de los datos que se recopilan sistemáticamente mediante el registro en el establecimiento de salud.

¿Qué es la evaluación?

La evaluación mide los cambios en una situación como resultado de una intervención.

Una *evaluación formal* del programa de PTMI demuestra en qué medida el programa ha contribuido a los cambios en los indicadores. Las evaluaciones formales deben realizarse intermitentemente para tratar de examinar cómo el programa de PTMI está causando estos cambios.

¿Qué es un sistema de monitoreo?

Un sistema de monitoreo es un grupo de componentes usados para el seguimiento de las actividades del programa. El monitoreo de programas de PTMI debe incluir todas las actividades encaminadas a proporcionar el paquete mínimo de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil, entre ellas:

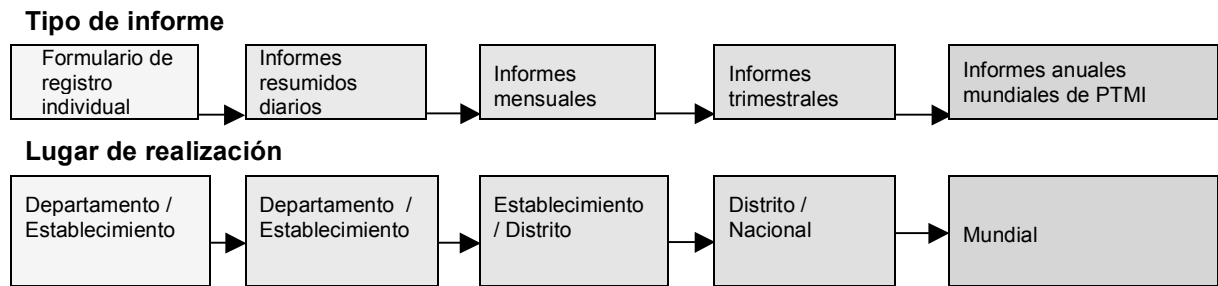
- Pruebas y consejería de VIH para las mujeres embarazadas
- Tratamiento con ARV y profilaxis para prevenir la TMI
- Orientación y apoyo a las prácticas seguras de alimentación para lactantes
- Consejería o referencia de los pacientes a la planificación familiar

De manera característica, los datos sobre estas actividades se registran en el establecimiento de salud, se recaban a un nivel de distrito y se remiten al nivel nacional para la agregación, como queda ilustrado en la figura 9.1.



La *Guía de bolsillo* contiene un resumen de la Sesión 3.

Figura 9.1 Flujo de los datos de registro



Características de un sistema de monitoreo de programas de PTMI

Un sistema de monitoreo de PTMI incluye:

- Definiciones claras de indicadores
- Herramientas estándar, fuente de datos y metodologías
- Normas y protocolos claros

Los ejemplos de normas y protocolos pueden abordar lo siguiente: ¿Qué calidad de datos deben ejecutarse para garantizar los procedimientos? ¿Con qué frecuencia y a quién se enviará la información? ¿Cómo se usarán y se difundirán los informes?

En condiciones ideales, los funcionarios registrarán los servicios de PTMI prestados en la atención prenatal y en los registros ordinarios del pabellón de maternidad como parte de la recopilación normal de datos de SMI. Los informes resumidos de forma periódica proporcionan la información del registro para la gestión y notificación local de programas.

Ver el apéndice 9-B, Columnas ilustrativas de PTMI, para agregar a los registros de SMI ordinarios y ejemplos de formularios de resumen mensual de PTMI.

En cada establecimiento de salud donde se prestan los servicios de PTMI, es importante designar el personal y esbozar sus responsabilidades en el proceso de monitoreo. Las funciones claras y las responsabilidades deben definirse para el personal involucrado en:

- Recopilación de datos
- Análisis
- Notificación
- Difusión
- Uso de datos

Uso de la información de monitoreo para la toma de decisiones relacionada con la intervención

El monitoreo de la información debe examinarse periódicamente para evaluar el desempeño del programa y mejorar los procedimientos del mismo. El monitoreo de la información se usa para la toma de decisiones acerca del programa de PTMI a nivel local, nacional y mundial.

Considere un ejemplo de toma de decisiones basado en un indicador a nivel de establecimiento de salud:

Porcentaje de las mujeres que dan a luz en un centro de PTMI y que conocen su estado de VIH.

Si los encargados de tomar decisiones en las instalaciones de atención de salud que ofrecen servicios de PTMI ven que un bajo porcentaje de las mujeres conocen su estado del VIH, primero deben tratar de comprender las causas antes de hacer cualquier recomendación para remediar la situación. Quizá deberían investigar lo siguiente:

- De las mujeres que no conocen su estado del VIH en el momento del parto, ¿qué porcentaje asistió a APN?
- ¿Está alcanzando el consultorio de APN sus metas de pruebas de VIH?
- ¿Se ofrecen las pruebas y la consejería de VIH durante el parto a las mujeres, según el protocolo?

Dependiendo de las respuestas a estas tres preguntas o similares, las intervenciones o recomendaciones posibles quizá incluyan:

- Mejorar la extensión a las mujeres embarazadas para aumentar la asistencia de atención prenatal
- Modificar los procedimientos de atención prenatal para aumentar la prueba y la cobertura de la consejería
- Incrementar los recursos humanos en el pabellón de maternidad con el fin de aumentar las tasas de las pruebas del VIH durante el parto

| Ejercicio 9.2 Uso de los indicadores: grupo pequeño de discusión | |
|---|---|
| Propósito | Interpretar los datos de monitoreo de un servicio de PTMI y considerar las recomendaciones para mejorar el desempeño. |
| Duración | 15 minutos |
| Instrucciones | <p>Para este ejercicio, ustedes son administradores y clínicos de alto nivel que trabajan en un PTMI de alto volumen de pacientes en las afueras de la capital nacional. El director ejecutivo del consultorio le convoca a una reunión para que le ayude a interpretar los datos anuales de monitoreo de PTMI. Comienza la reunión escribiendo lo siguiente en un rotafolio de la sala de reuniones:</p> <p><i>Número y porcentaje de mujeres embarazadas que reciben profilaxis de ARV</i></p> <p>El director ejecutivo informa que el MS ha descubierto que, a nivel nacional, sólo un 25% de mujeres embarazadas infectadas por VIH recibieron profilaxis de ARV en el 2003. Escribe “25%” en el rotafolio para recalcar su punto. El director ejecutivo continúa, diciendo que su servicio de atención en salud se encuentra entre los que administran la profilaxis de ARV a porcentaje más bajo— con sólo el 18% de mujeres embarazadas infectadas por VIH que reciben profilaxis de ARV; escribe “18%” en el rotafolio. El director explica al grupo que determinen de "mis mejores y más brillantes clínicos y administradores del Consultorio de PTMI" por qué los números son tan bajos. Espera la respuesta del grupo.</p> <p>Con su grupo pequeño, trate los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuál es su interpretación de los datos de monitoreo, es decir, por qué piensa usted que pocas mujeres reciben profilaxis de ARV? ▪ Identifique cualquier información adicional necesaria para |

Ejercicio 9.2 Uso de los indicadores: grupo pequeño de discusión

| | |
|--|--|
| | <p>comprender mejor los datos.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Elija la interpretación más verosímil que produjo su grupo. Determine un conjunto de recomendaciones que su plantilla puede seguir para abordar la brecha entre las normas y la práctica. |
|--|--|

¿Cómo pueden los trabajadores de salud asegurar que los datos recogidos son útiles?

Asegurar la óptima utilización de los datos para la toma de decisiones y el manejo eficaz del programa de PTMI requiere datos exactos y oportunos. La exactitud de la información es también crítica para la prestación de servicios de atención en salud de calidad.

La utilidad de la información de un sistema de monitoreo depende de la calidad de la información recopilada en los registros del consultorio o en los formularios de pacientes.

A los trabajadores de salud que se encargan del registro de los servicios de PTMI y de la información sanitaria de los pacientes se les recomienda firmemente adherirse a los siguientes procedimientos:

- *Comprender los datos que se recopilan.* Antes de que usted registre la información, asegúrese de que entiende los datos solicitados.
- *Registre los datos cada vez.* Registre en el formulario apropiado cada vez que usted realiza un procedimiento, ve un paciente VI- positivo, prescribe un medicamento de ARV, recibe un resultado de pruebas, proporciona una referencia o se ocupa de otra actividad de PTMI.
- *Registre todos los datos.* Asegúrese que ha proporcionado toda la información solicitada en el formulario de monitoreo. Incluso puede que sea necesario anotar cuando usted *no* prestó un servicio.
- *Registre los datos de la misma manera cada vez.* Use las mismas definiciones, las mismas reglas y las mismas pruebas para revelar la misma información con el transcurso del tiempo. A veces, sin embargo no será posible, sobre todo cuando las pruebas y definiciones cambien como resultado de nuevos tratamientos y tecnologías. Cuando no sea posible registrar los datos de la misma manera, haga una nota que describa el cambio.

Los trabajadores de salud deben saber quién es responsable de las actividades de monitoreo, registrar los datos de manera confiable y con exactitud, y cómo y cuándo reportar la información e indicadores.

Los trabajadores de salud pueden contribuir a hacer el proceso de monitoreo general lo más exacto y confiable posible al aportar sugerencias acerca de:

- Cómo trabaja el sistema
- Métodos útiles para compartir la información
- Si las herramientas de monitoreo son fáciles de completar de forma exacta y confiable

| Ejercicio 9.3 Completar los formularios locales de PTMI | |
|--|--|
| Propósito | Comprender el uso de los formularios locales de PTMI. |
| Duración | 15 minutos |
| Instrucciones | Mientras los facilitadores revisan los formularios locales de PTMI, participe en la discusión sobre la información que necesita para cumplimentar estos formularios, y maneras de obtener estos datos. |

Módulo 9: Puntos clave

- Los pasos del ciclo del programa incluyen:
 - Estimación
 - Planificación
 - Ejecución
 - Monitoreo
 - Evaluación
- Los indicadores mundiales, nacionales y a nivel de instalaciones de salud miden el progreso hacia las metas de los programas.
- El monitoreo es el seguimiento rutinario de la información del programa.
- Los registros e informes exactos del establecimiento de salud ofrecen información esencial para el monitoreo de programas de PTMI.

APÉNDICE 9-A Ejemplos de indicadores de desempeño de PTMI

Indicadores mundiales y nacionales¹ de PTMI

- Existencia de normas nacionales para la prevención de la infección por VIH en los lactantes y los niños pequeños, y la atención de los lactantes y los niños pequeños conforme a las normas internacionales o comúnmente acordadas
- Porcentaje de lugares públicos, misioneros y laborales que ofrecen el paquete de servicios para la prevención de la infección por VIH en los lactantes y los niños pequeños en los 12 meses precedentes
- Porcentaje de mujeres embarazadas que han realizado al menos una visita de atención prenatal y que han recibido un resultado de prueba del VIH y consejería postprueba
- Porcentaje de mujeres infectadas por VIH que están recibiendo un curso completo de profilaxis de ARV para reducir TMI conforme a un protocolo de tratamiento nacional aprobado en los 12 meses precedentes
- Porcentaje de lactantes que son VIH-positivos nacidos de mujeres infectadas por VIH

¹ Fuente: ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud, 2004. *Guía nacional para el monitoreo y la evaluación de los programas para la prevención del VIH en los lactantes y los niños pequeños*. Recuperado el 6 de junio de 2004, de: http://www.who.int/VIH/bar/prev_care/en/nationalguideyoungchildren.pdf

Indicadores ilustrativos de PTMI en los establecimientos de salud

- Porcentaje de mujeres que comienzan la atención prenatal que reciben consejería previa a la prueba
- Porcentaje de mujeres que comienzan la atención prenatal que reciben pruebas del VIH
- Porcentaje de mujeres que están infectadas por VIH y que reciben los resultados de la prueba y consejería postprueba
- Porcentaje de mujeres que son VIH-negativas y reciben los resultados de la prueba y consejería postprueba
- Número de parejas masculinas que se han hecho la prueba de VIH
- Número de mujeres que asisten a APN y reciben ARV para PTMI
- Porcentaje de mujeres con estado desconocido del VIH en el momento del parto
- Porcentaje de mujeres con estado desconocido del VIH que tuvieron su prueba durante o después del parto
- Porcentaje de mujeres que están infectadas por VIH que tomaron un ciclo completo de ARV para PTMI
- Porcentaje de lactantes que están expuestos al VIH y reciben ARV
- Porcentaje de mujeres infectadas por VIH que piensan implementar la alimentación de reemplazo.

APÉNDICE 9-B Columnas ilustrativas de PTMI para añadir a estándares de atención prenatal y áreas de registros de maternidad

Registro de atención prenatal

| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | | | (6) | (7) | (8) |
|-------------------------------------|----------|---|------------------------|--------------------------------|---|---|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Fecha comienzo de atención prenatal | No. Reg. | Fecha de la consejería previa a la prueba | Fecha de la prueba VIH | Resultado de la prueba del VIH | | | Fecha de la consejería post-prueba | ARV administrados | Fecha de inicio de los ARV |
| (dd/mm/aa) | | (dd/mm/aa) | (dd/mm/aa) | P | N | D | (dd/mm/aa) | (NVP, AZT, AZT+NVP, TARGA) | (dd/mm/aa) |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Registro de pareja de atención prenatal

| (1) | (2) | (3) | (4) | | | (5) |
|----------|--|------------------------|--------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| No. Reg. | Fecha de consejería previa a la prueba | Fecha de la prueba VIH | Resultado de la prueba del VIH | | | Fecha de la consejería postprueba |
| | (dd/mm/aa) | (dd/mm/aa) | P | N | D | (dd/mm/aa) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Registro de maternidad

| (1) | (2) | (3) | | | (4) | | (5) | (6) | | | (7) | (8) | (9) | | (10) | |
|------------|----------|--|---|---|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------------------|---|---------------------------|------|--|
| Fecha | No. Reg. | Estado del VIH en la atención prenatal | | | Resultados de pruebas del VIH después del parto | | Los ARV que tomó la mujer durante el embarazo | Semanas que la mujer tomó los ARV durante el embarazo | | | Los ARV que tomó la mujer durante el trabajo de parto | Fecha en que el lactante recibió NVP | ARV que se le dio al lactante con el alta | Alimentación del lactante | | |
| (dd/mm/aa) | | P | N | D | P | N | (AZT, AZT+3TC, TARGA) | < 2 | 2-4 | >4 | (NVP, AZT, AZT+NVP, TARGA) | (dd/mm/aa) | (AZT) | B | R | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Fuente: CDC *Prevención de transmisión del VIH de madre a hijo- Sistema de monitoreo (PTMI-MS)* , Proyecto de junio de 2004
P = positivo, N = negativo, D = Desconocido

APÉNDICE 9-B Columnas ilustrativas de PTMI para añadir a estándares de atención prenatal y áreas de registros de maternidad *(continuación)*

Muestra de la hoja de sumario mensual de PTMI

| | | |
|------------------------|--|------------------------|
| Establecimiento: _____ | Nivel del establecimiento: _____ | Mes del informe: _____ |
| Distrito: _____ | Fecha de cumplimentación del formulario: _____ | Año de informe: _____ |
| Región: _____ | | |

Atención Prenatal: Consejería y pruebas

| Todas las mujeres que asistieron a atención prenatal durante el mes del informe. | Número |
|--|--------|
| APN 01. Número inicial de atención prenatal este mes..... | _____ |
| APN 02. No recibieron consejería preprueba | _____ |
| APN 03. Recibieron consejería preprueba..... | _____ |
| APN 04. No se hizo la prueba de VIH..... | _____ |
| APN 05. Sí se hizo la prueba VIH | _____ |
| APN 06. Resultado VIH-negativo..... | _____ |
| APN 06,1. Consejería postprueba | _____ |
| APN 06,2. No tuvo consejería postprueba | _____ |
| APN 07. Resultado VIH-positivo..... | _____ |
| APN 07,1. Consejería postprueba | _____ |
| APN 07,2. No tuvo consejería postprueba | _____ |
| APN 08. Realizó prueba pero resultado desconocido/perdido | _____ |

Atención prenatal: Evaluación de las parejas

Estos números no siempre se relacionan directamente con el número de las mujeres que comenzaron la atención prenatal este mes.

| | |
|--|-------|
| APN 09. Número de parejas sexuales a las que se les realizó la prueba de VIH.. | _____ |
| APN 09,1. Resultado VIH-negativo..... | _____ |
| APN 09,2. Resultado VIH-positivo..... | _____ |
| APN 09,3. Realizó prueba pero resultado desconocido/perdido | _____ |

Atención prenatal: Cobertura de los antirretrovirales

Numeradores de mujeres que comenzaron en el medicamento durante el mes del informe. Estos números no se relacionan directamente con los números de la sección de Atención prenatal: Consejería y pruebas

| | |
|---|-------|
| APN 10. Comenzó, o se le dio NVP | _____ |
| APN 11. Comenzó, o se le dio AZT..... | _____ |
| APN 12 Comenzó, o ya está tomando TARGA | _____ |

Fuente: CDC *Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH- Sistema de Monitoreo (PTMI-MS)*, borrador de 2004

APÉNDICE 9-B Columnas ilustrativas de PTMI para añadir a estándares de atención prenatal y áreas de registros de maternidad *(continuación)*

Muestra de hoja de sumario mensual de PTMI de maternidad (L y P)

| | | |
|------------------------|--|------------------------|
| Establecimiento: _____ | Nivel del establecimiento: _____ | Mes del informe: _____ |
| Distrito: _____ | Fecha de cumplimentación del formulario: _____ | Año de informe: _____ |
| Región: _____ | | |

| | Número |
|--|---------------|
| MAT 01. Número de mujeres que dieron a luz..... | _____ |
| MAT 02. Número de mujeres que se hicieron la prueba del VIH en APN..... | _____ |
| MAT 02,1. Número de mujeres con prueba VIH-negativa conocida de APN | _____ |
| MAT 02,2. Número de mujeres con prueba VIH-positiva conocida de APN..... | _____ |
| MAT 03. Número de mujeres con estado desconocido del VIH en momento del parto..... | _____ |
| MAT 04. Número de mujeres a las que se realizó la prueba del VIH después del parto..... | _____ |
| MAT 04,1. Número VIH-negativo..... | _____ |
| MAT04,2. Número VIH-positivo..... | _____ |

La siguiente sección abarca a todas las mujeres VIH-positivas identificadas que dieron a luz a nacidos vivos.

| | |
|--|-------|
| MAT 05. Todas las mujeres VIH-positivas (MAT 02.2. + MAT04.2) | _____ |
| MAT 06. Número que tomó AZT en APN..... | _____ |
| MAT06,1. Tomó AZT <2 semanas..... | _____ |
| MAT 06,2. Tomó AZT 2-4 semanas..... | _____ |
| MAT 06,3 Tomó AZT >4 semanas..... | _____ |
| MAT 07. Número que tomó nevirapina (NVP) | _____ |
| MAT 08. Número que tomó sólo NVP | _____ |
| MAT 09. Número que tomó terapia antirretroviral altamente activa TARGA..... | _____ |
| MAT09,1. Tomó TARGA <2 semanas..... | _____ |
| MAT 09,2. Tomó TARGA 2-4 semanas..... | _____ |
| MAT 09,3 Tomó TARGA >4 semanas..... | _____ |
| MAT 10. Número de lactantes que recibieron NVP..... | _____ |
| MAT 11. Número de lactantes dados de alta con ARV | _____ |
| MAT 12. Número con intención de utilizar la lactancia materna..... | _____ |
| MAT 13. Número con intención de utilizar la lactancia de reemplazo | _____ |

Fuente: CDC *Prevención de Transmisión Madre a hijo- Sistema de Monitoreo (PTMI-MS)*, proyecto de 2004



Visita de campo (optativo)



Tiempo total: medio día

Meta de la visita de campo

La meta de la visita de campo es reforzar el aprendizaje proveyéndoles a los participantes una experiencia de observación en un entorno de establecimientos de PTMI, como un consultorio de atención prenatal, establecimiento de trabajo de parto y parto, o de seguimiento.

Tiempo y objetivos de la visita de campo

La visita de campo puede tener lugar en cualquier momento después del *Módulo 6: Prueba y consejería de VIH para PTMI*. Si fuera necesario, se puede realizar la semana después del curso de capacitación. La sincronización de la visita y las personas con quienes se reunirán los participantes se basa en los objetivos de aprendizaje. Los objetivos pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Observar una sesión de información sobre el VIH
- Observar una sesión de consejería en VIH
- Observar la prueba rápida
- Observar la provisión de asesoramiento y apoyo relacionados con el tratamiento/profilaxis de ARV
- Observar la provisión de orientación y apoyo en referencia a la alimentación del lactante
- Observar el uso de las precauciones universales en el entorno de trabajo de parto y parto.
- Adquirir una comprensión del manejo de la exposición ocupacional al VIH, incluida la profilaxis post-exposición
- Tratar el monitoreo de programas de PTMI
- Observar la provisión de apoyo a un paciente infectado por VIH
- Observar la referencia y seguimiento de los pacientes a servicios de tratamiento, atención y apoyo

Guía de la visita de campo

Esta guía se desarrolló como un recurso para la visita a un establecimiento de salud que presta servicios de PTMI. Las siguientes preguntas pueden ser dirigidas a los trabajadores de salud, los supervisores del lugar y los directores del programa, pero las preguntas deben examinarse de antemano considerando el contexto local. Además de escuchar, los participantes en la visita de campo también ganarán la información al observar el arreglo del establecimiento, las actitudes del personal cuando interactúan con pacientes, el volumen de pacientes y la atmósfera general.

Atención prenatal (APN)

- ¿Cuántos pacientes de atención prenatal vienen aquí por mes?
- ¿Cuántos nuevos pacientes de atención prenatal vienen aquí por mes?
- ¿Cuál es el flujo característico de las actividades durante la primera visita de una mujer a atención prenatal?
- ¿A quiénes ve?
- ¿Qué actividades ocurren?
- ¿Dónde va ella?

Pruebas y consejería del VIH

- ¿A los pacientes se les ofrecen habitualmente pruebas del VIH? ¿Se les permite aceptar o rechazar la prueba (opt-in, opt-out)?
- ¿Cuál de los siguientes servicios de preprueba se les proporciona?
 - Educación en grupo
 - Consejería previa a la prueba individual
 - Consejería previa a la prueba de parejas
 - Consejería de seguimiento del VIH para las mujeres que rechazan la prueba
- ¿Cuál es el proceso de pruebas del VIH (para adultos y lactantes)?
 - Tipo de prueba
 - Algoritmo de la prueba
 - Dónde se realizan las pruebas
 - Personal que realiza la prueba
 - Número promedio de pruebas por semana
 - Describa los procedimientos para proporcionar los resultados de la prueba de VIH

Tratamiento/profilaxis de ARV para PTMI

- ¿Qué regímenes se proporcionan?
- ¿Cuáles son los principales mensajes de la consejería y las recomendaciones acerca del tratamiento/profilaxis de ARV para PTMI?
- ¿Cuál es el proceso para proporcionar ARV a las mujeres infectadas por VIH y a sus lactantes?

Trabajo de parto, parto y atención postparto

- ¿Cuántos bebés nacen por mes?
- ¿Aproximadamente qué porcentaje de mujeres dan a luz en casa?
- ¿Aproximadamente de qué porcentaje de mujeres que dan a luz se conoce su estado del VIH?

Alimentación del lactante

- ¿Cuáles son los principales mensajes proveídos sobre la alimentación de lactantes?
- ¿Se proporciona leche artificial?
- ¿Cuándo se proporciona orientación sobre alimentación de lactantes?
- ¿Cómo se presta apoyo a las elecciones de alimentación de lactantes de las mujeres?

Estigma y discriminación relacionados con TMI

- ¿Cuáles son los sistemas o los pasos usados para proteger la confidencialidad?
- ¿Cuáles son los sistemas o los pasos usados para reducir el estigma y la discriminación en el establecimiento?
- ¿Cuáles son las inquietudes comunes acerca de, y las experiencias relacionadas con, el estigma y la discriminación comentadas por los pacientes?

Vinculaciones a la atención clínica y apoyo social a madres y familias

- ¿Cuáles son las vinculaciones a otros programas u organizaciones que proveen los siguientes servicios?
 - Asistencia domiciliaria
 - Servicios psicosociales a las personas que viven con VIH/SIDA
 - Planificación familiar
 - Tratamiento con ARV
 - Apoyo de alimentación a lactantes
 - Consejería y pruebas del VIH
- ¿Cuáles son los mecanismos usados para las referencias de seguimiento?

Seguridad y atención de apoyo en el lugar de trabajo

- ¿Cómo reciben los consejeros apoyo emocional para compartir sus experiencias y aliviar el síndrome de desgaste o de estar “quemado”?
- ¿Cómo describiría las actitudes del personal hacia el programa de PTMI, el nivel de satisfacción, de apoyo y el volumen de trabajo?
- ¿Cómo describiría la adecuación de suministros y equipo para seguir los procedimientos de control de infecciones?
- ¿Qué hace este establecimiento para eliminar desechos y elementos potencialmente contaminados que no se reutilizan (ej. las vendas, las jeringas, etc.)? .
- ¿Cuál es el método usado en este establecimiento para esterilizar el equipo?

Monitoreo de programas de PTMI

- ¿Cuál es el proceso de recopilación de datos e información de PTMI?
- ¿Puede mostrarme las herramientas que usa para los servicios de PTMI?
- ¿Cuáles son las medidas usadas para asegurar que se recoge y reporta información de calidad?
- ¿Puede decirme cómo se usa la información recopilada en el programa de PTMI para mejorar el programa?



Glosario

| | |
|--|--|
| Adherencia medicamentosa | Tomar la medicina tal y como fue recomendada por el trabajador de salud sin saltarse ninguna dosis. |
| Agente patógeno | Microorganismos, como virus o bacterias, que son llevados por la sangre y que causan enfermedades. |
| Alimentación complementaria | Cualquier alimento, manufacturado o de preparación local, usado como un complemento a la lactancia materna o al sustituto de ésta. En general, los alimentos complementarios no deberían de comenzarse antes de la edad de 6 meses. |
| Alimentación con taza | Alimentarse o beber de una taza abierta indistintamente de su contenido. |
| Alimentación de reemplazo (sustituto) | Es el proceso de alimentación para lactantes que no reciben leche materna en la dieta y que les proporciona los nutrientes que necesitan hasta que tengan edad para poder comer lo mismo que el resto de la familia. Durante los primeros seis meses, esta debe ser con leche adecuada para sustituir la leche materna, como la leche artificial comercial preparada en casa con suplementos de micronutrientes. Después de los seis meses, el sustituto de la leche materna debe ser complementado con otros alimentos. |
| Anemia | Una condición en la que hay una disminución del nivel sanguíneo de las células rojas, hemoglobina, o del volumen total. |
| Antibiótico | Medicamento que mata a los organismos que causan infecciones. |
| Anticuerpo | Suero proteínico especializado producido por los linfocitos B en respuesta a la exposición de una proteína extranjera (antígeno). |
| Antígeno | Sustancia que puede desencadenar una respuesta inmunológica causada por la producción de anticuerpos como parte de la defensa del organismo a una infección o enfermedad. |

| | |
|--|--|
| APN | Ver Atención Prenatal. |
| ARN PCR | La reacción en cadena de la polimerasa, también es llamada prueba de carga viral, detecta y mide la cantidad de virus en la sangre. |
| ARV | Ver Medicamentos Antirretrovirales, Profilaxis Antirretroviral, Tratamiento Antirretrovial. |
| Atención domiciliaria | Provisión del tratamiento y atención en el hogar de la persona que vive con VIH/SIDA. |
| Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) | Un acercamiento al manejo de la salud del niño, desarrollada por OMS y UNICEF, que se centra en el bienestar integral del niño. AIEPI aboga por la reducción de la muerte, enfermedad y discapacidad y promueve el mejoramiento del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años. |
| Atención postnatal | Atención a la madre y al niño durante las 6 semanas seguidas al nacimiento. La atención postnatal es vital para asegurar que la madre y el recién nacido permanezcan sanos y debe incluir prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones o enfermedades. Normas y apoyo en la alimentación del lactante y la nutrición materna, planificación familiar, inmunizaciones al niño y lo relativo a las necesidades de servicios que se proveen para la continuidad de la atención. |
| Atención Prenatal (APN) | Atención a la mujer embarazada y a su recién nacido o feto antes del parto. |
| Bacteria | Tipo de germen que causa infección. |
| Carga viral | La cantidad de VIH en la sangre medido por PCR ARN del VIH. |
| Célula | La unidad básica de la materia viviente. |
| Células CD4 | Células linfocitos T en el sistema inmunológico involucradas en la protección contra infecciones. Cuando se multiplica activamente el VIH, este infecta y destruye las células CD4. |
| Ciclo del Programa | Proceso de estimación de una situación, luego su planificación, implementación, monitoreo y evaluación como respuesta a los programas de salud pública. |
| Citomegalovirus (CMV) | Virus que infecta los sistemas del cuerpo. Algunos de los signos y síntomas incluyen: neumonía, retinitis, diarrea y otros problemas. |
| CMA | Ver Complejo Mycobacterium Avium. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| CMV | Citomegalovirus |
| Comisión Alimentaria Codex | Creada en 1963 por la Organización de Alimentos y Agricultura (FAO) y la OMS para desarrollar estándares, normas y otra información, incluyendo guías prácticas, bajo el Programa Conjunto de FAO/OMS de Estándares de Alimentos. El propósito principal de este Programa es el de proteger la salud de los consumidores y asegurar prácticas de comercio justo en el campo de los alimentos, y promover la coordinación de todos los estándares de trabajo en alimentos asumidos por organismos gubernamentales internacionales y no gubernamentales. |
| Compromiso inmunológico | Cuando el sistema inmunológico es dañado o debilitado como resultado de la medición de CD4. Ver también inmunosupresión. |
| Consejería | Diálogo confidencial entre individuos y su trabajador de salud. El término Consejería se puede referir a la discusión entre trabajadores de salud y clientes/pacientes relacionada con la prueba del VIH para ayudar a los pacientes a examinar sus riesgos de adquirir o transmitir la infección VIH |
| Conteo CD4 | Prueba que mide el número de células CD4 en la sangre, reflejando el estado del sistema inmunológico. Un conteo normal en un adulto sano es de 600-1200 células/ mm ³ . Cuando el conteo de CD4 de un adulto está por debajo de 200 células/ mm ³ existe un alto riesgo de infecciones oportunistas. |
| Corioamnionitis | Inflamación de las membranas que cubren al feto. |
| Criptococo | Organismo fúngico que infecta el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) causando la meningitis criptocócica. Algunos de los síntomas son fiebre, dolor de cabeza, vómitos, y pérdida de apetito. Una enfermedad oportunista seria en personas que viven con VIH/SIDA. |
| Criptosporidium | Un organismo que infecta el intestino. Algunos de los síntomas son: diarrea, dolor y pérdida de peso. |
| Desgaste (síndrome) | Condición caracterizada por la pérdida de más del 10% de la masa corporal y una inexplicable diarrea crónica (duración mayor de un mes) o debilitamiento crónico e inexplicable, fiebre prolongada (duración de más de un mes). |
| Deshidratación | Pérdida de líquidos de los tejidos del cuerpo. |

| | |
|---|---|
| Desinfección | Eliminación de la mayoría o de todos los microorganismos como bacterias, esporas, por medio de la aplicación de sustancias químicas o por pasteurización húmeda (75ª por 30 minutos después de la limpieza con detergentes). |
| Desmedro | Pérdida de peso gradual o deterioro en el aumento de peso en relación al crecimiento esperado, según indica la tabla de crecimiento infantil. |
| Diarrea | Movimientos intestinales líquidos y frecuentes causados por bacterias, parásitos y el uso de medicamentos. Las personas con el VIH comúnmente desarrollan diarrea, que los puede llevar a un desgaste. |
| Discriminación | Un acto o comportamiento basado en prejuicios. La discriminación es un modo que expresa, ya sea a propósito o inadvertidamente, pensamientos estigmatizantes. |
| Efecto colateral | Acción o efecto no intencionado de un medicamento o tratamiento |
| ELISA | Vea Prueba Enzimática de Vinculación Inmunoabsorbente. |
| Encefalopatía | Degeneración del cerebro que causa una disminución funcional en las actividades cotidianas y progresa en semanas o meses. |
| Enfermedad aguda | Una enfermedad, como la neumonía, que comienza súbitamente y usualmente es de corta duración. Muchas de las enfermedades agudas pueden ser curadas con tratamiento médico. |
| Enfermedad crónica | Cualquier condición persistente que puede ser manejada pero no curada con tratamiento. |
| Enfermedad de transmisión sexual/Infección (ETS/ITS) | Enfermedades que resultan por tener contacto sexual íntimo, incluido sexo (vaginal, oral o anal) con alguien que ya tenga la enfermedad. Hay muchos tipos de ETS incluyendo herpes, VIH y sífilis. Todas las ETS son prevenibles. |
| Enzima | Una proteína que ayuda a promover las reacciones bioquímicas pero que no es afectada por estas. |
| Epidemia | Una enfermedad que afecta o tiende a afectar desproporcionadamente a un gran grupo de individuos en una población, comunidad o región al mismo tiempo. |

Esofagitis

Una infección o inflamación del esófago.

| | |
|-----------------------|---|
| Especificidad | La habilidad de una prueba para excluir a los individuos que no tienen determinada enfermedad o trastorno. Por ejemplo, una prueba de VIH puede tener el 90% de especificidad. Si se examinaran a 100 personas sanas con tal método, sólo 90 de esas 100 personas se encontrarían negativos o libres de enfermedad por esa prueba. Las otras 10 personas tampoco tendrían la enfermedad, pero los resultados de la prueba indicarían que sí. Para ese 10% el hallazgo “positivo” es un falso positivo. Cuando es necesario confirmar un diagnóstico que requiere terapia, la especificidad de la prueba es uno de los indicadores requeridos. Mientras más específica sea una prueba, menos resultados “falsos positivos” dará. |
| Esplenomegalia | Baso inflamado o agrandado. |
| Esterilización | Eliminación o muerte completa de todos los microorganismos por la aplicación de vapor bajo presión, calor seco o gas óxido de etileno u otro, o por lavado con líquido químico por períodos prolongados. |
| Estigma | Se refiere a todas las actitudes no favorables y creencias dirigidas a personas que viven con VIH/ SIDA (PVVS) o hacia aquellos que se perciben como infectados, así como a sus parejas o seres queridos, socios cercanos, grupos sociales y comunidades |
| ETS/ITS | Ver enfermedad de transmisión sexual/infección. |
| Evaluación | Medición de los cambios de una situación como resultado de una intervención. Una <i>evaluación formal</i> del programa de PTMI puede demostrar cuánto ha contribuido a los cambios de los indicadores. |
| Germen | Organismo, incluyendo las bacterias, virus y hongos, que pueden causar infecciones. |
| Hematocrito | Porcentaje de células rojas en la sangre. |
| Hematología | Relativo a sangre. |
| Hemoglobina | Proteína encontrada en las células rojas que transporta oxígeno. |
| Hepático | Relativo al hígado. |
| Hepatitis | Inflamación del hígado que puede ser causada por una infección bacteriana o viral, infestación parasitaria, alcohol, medicamentos, toxinas o transfusiones de sangre incompatible. |

| | |
|--|--|
| Hepatomegalia | Hígado agrandado y dolorido. |
| Herpes | Virus que causa úlceras en la boca, genitales o en cualquier otra parte del cuerpo. |
| Hongo | Un germen que cause infección, incluyendo las infecciones por levaduras como el tordo. Las infecciones por hongos ocurren comúnmente en aquellos con sistemas inmunológicos débiles, incluyendo SIDA. |
| Implementación | Paso específico que se realiza para alcanzar una meta específica. La fase de implementación ocurre tras haberse establecido metas y estrategias. |
| Indicador | Medida usada que proporciona información del estado de las actividades relacionadas a cada uno de las etapas del ciclo del programa de PTMI. |
| Indicadores | Medidas utilizadas para describir una situación. Proveen información del estado de las actividades relacionadas con cada una de las etapas del ciclo del programa PTMI. |
| Indicadores de resultado | Evidencian los resultados de un programa; por ejemplo, el número de personas capacitadas. |
| Infección | Invasión y crecimiento de gérmenes en el cuerpo |
| Infección Oportunista (IO) | Enfermedad causada por un microorganismo que normalmente no causa ninguna enfermedad en una persona que tiene un sistema inmunológico sano, pero que puede causar una enfermedad seria cuando el sistema está debilitado. |
| Infección por Helminthos | Enfermedad intestinal causada por parásitos como lombrices. |
| Inmunización | Vacunación para proteger contra alguna infección específica mediante la inyección de una forma atenuada o muerta del organismo que causa la enfermedad en el cuerpo, activa la respuesta inmunológica del cuerpo sin causar la enfermedad. Actualmente, no existe ninguna vacuna o inmunización para proteger contra el VIH. |
| Inmunosupresión | Cuando la función inmunológica del cuerpo está dañada o es incapaz de realizar funciones normales. La inmunosupresión puede ocurrir por ciertos medicamentos (Ejemplo: Quimioterapia) o por ciertas enfermedades como la infección a VIH. |
| Interrupción de lactancia materna | Finalización total de la lactancia materna, incluida la succión. |

| | |
|--|--|
| Intervención | Una acción o estrategia dirigida a un problema en o asunto en particular y acompaña un resultado específico. |
| Intraparto | Etapas durante el trabajo de parto y parto (nacimiento). |
| Intraútero | Se refiere al evento que ocurre dentro del útero (matriz) durante el embarazo. |
| IO | Ver Infección Oportunista |
| Lactancia Materna Exclusiva | Dar sólo leche materna (incluida la de extracción previa) y ningún otro tipo de comida o bebida, inclusive agua. Las únicas excepciones son las gotas o jarabes compuestos por vitaminas, suplementos de minerales o medicinas |
| Lactantes que están expuestos a VIH | Lactantes nacidos de una madre con infección por VIH y expuestos al VIH durante el embarazo, infancia o durante la lactancia materna. |
| Leche artificial comercial | Sustituto de la leche materna, fórmula industrial creada de acuerdo a los estándares alimentarios de CODEES para satisfacer los requerimientos nutricionales del lactante durante los primeros meses de vida hasta la introducción de alimentos complementarios. |
| Leche modificada en casa | Alimento de reemplazo (sustituto de leche materna) preparado en casa de leche animal fresca o procesada, diluida en agua y enmendada con azúcar y micronutrientes. |
| Linfadenopatía | Inflamación de las glándulas linfáticas del cuerpo. Las áreas más comunes de la inflamación en una infección por VIH son el cuello, axilas, ingle. También llamado ganglios inflamados. |
| Linfocito | Tipo de células blancas de la sangre producidas por los órganos linfoides que son los responsables primarios de la respuesta inmunológica. Presentes en la sangre, linfa y tejidos linfáticos. |
| Monilia oral | Infección causada por un hongo, donde la mucosa de la boca se ve con parches blancos o como grumos de leche. |
| Monitoreo | Seguimiento rutinario de la información o acerca de los indicadores de un programa y sus resultados a través del registro y reporte regular. También se le conoce como la realización del monitoreo. |
| Neumonía <i>Pneumocystis jiroveci</i> | Infección grave que amenaza la vida del pulmón que causa fiebre, garganta seca y dificultad respiratoria. |

(NPC)

| | |
|---|--|
| Neutrófilo | Tipo de célula blanca en la sangre que mata organismos extraños como las bacterias y los hongos. |
| Neutropenia | Disminución en el conteo de neutrófilos en la sangre que está asociado a una infección por VIH. |
| Nodriza | Persona que proporciona lactancia materna al niño sin ser la madre del niño. |
| NPC | Ver Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> . |
| Pandemia | Una enfermedad que ocurre en un área geográfica grande y que afecta una proporción excepcionalmente alta de la población, ie, malaria, VIH. |
| Período de latencia | Es el período entre el contacto con la infección de VIH y la aparición de anticuerpos detectables al virus. Este período dura de 4 a 6 semanas pero ocasionalmente puede ocurrir hasta 3 meses después de la exposición al VIH. |
| Plaqueta | Tipo de célula de la sangre (trombocitos) que facilitan la coagulación de la sangre. Ver también tronbocitopenia. |
| Precaución universal | Conjunto sencillo de prácticas efectivas diseñadas para proteger la salud de trabajadores de salud y pacientes de una infección con un de virus patógenos, incluidos virus en la sangre. Estas prácticas se usan cuando se atiende a todos los pacientes independientemente de su diagnóstico. |
| Prevalencia | Porcentaje de la población que está afectada con una enfermedad particular en un tiempo dado. |
| Profilaxis | Tratamiento para prevenir la aparición de una enfermedad en lo particular (profilaxis primaria) o recurrencia de los síntomas en una infección existente que esté bajo control (profilaxis secundaria). Profilaxis de PTMI se refiere al uso de medicamentos antirretrovirales que reducen la transmisión del VIH de la madre al hijo. |
| Profilaxis antirretroviral | Tratamiento corto de medicamentos antirretrovirales que reducen la transmisión de VIH de madre a hijo. |
| Profilaxis Post-exposición (PPE) | Término corto que se utiliza para los medicamentos ARV que se toman después de una exposición al VIH como las lesiones punzantes (Ejemplo: Por agujas o cortes con objetos afilados) o contacto con las membranas de la mucosa o piel rota (Ejemplo: Piel cuarteada, con abrasiones o afectada por dermatitis) |

con sangre, tejido o fluidos sanguíneos que visiblemente contienen sangre y que reduce sustancialmente la infección. La PTE es parte de principal de la estrategia de precauciones universales para reducir la exposición a los agentes infecciosos en el lugar de trabajo.

| | |
|--|--|
| Proveedor de salud | Un doctor, enfermera, comadrona, administrador de programa u otros cuyas actividades incluyan trabajar directamente con pacientes o clientes en un entorno de atención de salud. A todos se les llama trabajadores de salud. |
| Prueba de Western | Prueba de laboratorio para anticuerpos específicos para confirmar resultados reactivos repetitivos a pruebas de VIH ELISA. La prueba de Western es la prueba de validación usada para la confirmación de los resultados de otras pruebas. |
| Prueba ELISA (Enzyme Immunoabsorbent Assay) | Prueba de laboratorio utilizada para identificar la presencia de anticuerpos VIH en los fluidos sanguíneos. Un resultado positivo a la prueba de ELISA usualmente se confirma con otra prueba que puede ser una segunda prueba de ELISA o una prueba llamada de Western. |
| Prueba rápida de VIH | Prueba sencilla para detectar anticuerpos VIH en sangre u otros fluidos corporales; los resultados se tienen en menos de 30 minutos. |
| PPE | Ver Profilaxis Post-exposición. |
| PTMI | Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH. |
| Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) | Prueba que detecta la presencia o el aumento del número de virus en la sangre. Para VIH, la presencia de ADN PCR indica virus en la sangre. El PCR del ARN-VIH mide la cantidad de virus, comúnmente se refiere a la carga viral. |
| Replicar | Duplicar o hacer más copias de algo. |
| Resistencia viral | Cambios en la elaboración de VIH que disminuyen efectivamente con medicamentos antirretrovirales. Usualmente ocurre en respuesta a un tratamiento medicamentoso, especialmente cuando no se completa y no se toma el medicamento según está indicado. |
| Revelar el estado serológico | Dar a conocer el estado serológico de VIH con otros. La mayoría de las personas consideran que la revelación de la infección a VIH debe promoverse. Aunque muchas personas con infección por VIH |

evitan la revelación de su propio estado por temor a que sospechen de ellos y reciban un tratamiento injusto y estigmatizado. Los beneficios de la revelación incluyen: motivar a la pareja a realizarse la prueba de VIH; prevenir la diseminación del VIH a la pareja; y recibir el apoyo de la pareja, familia y/o amigos.

| | |
|--|---|
| PCR | Ver Reacción en Cadena de la Polimerasa. |
| PCR ADN | Reacción en Cadena de la Polimerasa ADN VIH es una prueba de laboratorio para detectar la presencia del virus en la sangre. Es usada para el diagnóstico en niños menores de 18 meses. |
| Seropositivo | Resultado de la prueba sanguínea que indica infección. Una prueba que puede indicar la presencia de anticuerpos en un organismo (anticuerpo positivo) o la presencia de un organismo o sus proteínas (antígeno positivo). |
| Sexo desprotegido | Intercambio de sangre, semen y/o líquidos vaginales que ocurre en una actividad sexual cuando no se usa condón u otro método de barrera de latex o poliuretano. |
| Sexo seguro | Maneras de tener sexo que reducen los riesgos de adquirir o transmitir el VIH y otras ITS por el uso de condón de latex u otra barrera. Ver sexo desprotegido. |
| SIDA | Ver Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. |
| Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) | S: Síndrome, grupo de síntomas o enfermedades como resultado de la infección por VIH I: Inmuno, debido a que ataca el sistema inmunológico y aumenta la susceptibilidad a la infección. D: Deficiencia de ciertas células blancas en el sistema inmunológico. A: Adquirida, (no hereditaria) para diferenciar de la condición genética o heredada que causa la disfunción inmunológica. SIDA es el estado más avanzado de la infección por VIH. |
| Sintomático | Muestra signos de enfermedad. |
| Sistema inmunológico | Colección de células y proteínas que trabajan en la protección del cuerpo de cualquier daño potencial, infección por microorganismos como las bacterias, virus u hongos. |
| Sustituto de la leche | Cualquier alimento comercializado que representa un |

| | |
|--|---|
| materna | reemplazo total o parcial de la leche materna, ya sea adecuado o no al propósito. El sustituto de la leche materna puede ser una leche artificial comercial o leche animal modificada en casa. |
| TB | Ver Tuberculosis. |
| Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TAAA) | Se le denomina a una combinación de por lo menos tres medicamentos para suprimir la replicación viral o la progresión de la enfermedad de VIH mediante la reducción de la carga viral a niveles no detectables. |
| Terapia combinada de ARV | Uso de tres o más medicamentos para combatir efectivamente la enfermedad VIH y suprimir la carga viral. |
| TMI | Ver Transmisión maternoinfantil del VIH. |
| Transmisión maternoinfantil del VIH (TMI) | Transmisión de VIH de una madre con infección VIH a su hijo durante el embarazo, nacimiento o alimentación materna. También conocida como transmisión vertical o transmisión perinatal. |
| Transmisión perinatal | Transmisión de madre a hijo del VIH, también conocida como transmisión vertical. |
| Transmisión vertical | Ver Transmisión maternoinfantil del VIH. |
| Tratamiento antirretroviral | Tratamiento largo de medicamentos antirretrovirales utilizado para tratar el VIH/SIDA materno y en PTMI. |
| Trompocitopenia | Disminución anormal del número de plaquetas (trombocitos) debido a una enfermedad, reacción a un medicamento o reacción tóxica a un tratamiento de quimioterapia. Si las plaquetas son muy pocas, puede ocurrir un sangrado. |
| Tuberculosis (TB) | Infección bacteriana infecciosa que daña los pulmones y otras partes del cuerpo. TB es una enfermedad respiratoria y se transmite principalmente a través de la tos. La co-infección más seria y común y relacionada con IO a VIH/SIDA. |
| Virus | Un tipo de germen que causa infección. |
| Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) | Se denomina así a la inmunodeficiencia humana viral, el virus que causa el SIDA. El VIH rompe las defensas del cuerpo a la infección y enfermedad – sistema inmunológico del cuerpo- infectando específicamente a las células blancas, debilitando al sistema inmunológico. Se transmite por la sangre, productos sanguíneos, semen, fluidos vaginales y leche materna. |



Recursos

Recursos generales clave sobre PTMI

Brocklehurst P and J Volmink. 2002. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*, Issue 3. Update Software: Oxford, England.

Center for HIV Information. 2004. *Women, children, and HIV: resources for prevention and treatment*. 3rd ed. Retrieved 19 August 2004, from www.womenchildrenhiv.org

DeCock KM et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.

Rutenberg N et al. 2003b. HIV voluntary counseling and testing: An essential component in preventing mother-to-child transmission of HIV. Horizons Research Summary. Population Council: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctvct.pdf>

WHO. 2004. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. WHO: Geneva. Retrieved 19 August 2004, from <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en/>

WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. WHO: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugguidelines.pdf>

AIDS Education and Training Centers National Resource Center. 2003. U.S. public health service perinatal guidelines: Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Includes 49 slides, 6 case studies, and speaker notes. Retrieved 30 July 2004, from http://aidsetc.org/ppt/nrc_perinatal_guidelines_11-03.ppt

Bulterys M et al. 2002. Advances in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission: Current issues, future challenges. *AIDScience* 2(4). Retrieved 30 July 2004, from <http://aidsscience.org/Articles/aidsscience017.asp>

- Dabis F (ed). PMTCT Intelligence Report. Bordeaux Working Group. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/monthly_publications/ir-12-2001pdf
- Granich R and J Mermin. 2001. *HIV, Health, and Your Community: A Guide for Action*. Hesperian Foundation: Berkeley, CA.
- John Snow, Inc./DELIVER. 2003. Guide for Quantifying HIV Test Kits. John Snow, Inc./DELIVER, for the US Agency for International Development: Arlington, VA. Retrieved 30 July 2004, from http://www.deliver.jsi.com/pdf/g&h/guide_quantifying.pdf
- Kriebs J. 2002. The global reach of HIV: Preventing mother-to-child transmission. *J Perinat Neonatal Nurs* 16(3): 1–10.
- Luzuriaga K and J Sullivan. 2002. Pediatric HIV-1 infection: Advances and remaining challenges. *AIDS Rev* 4(1): 21–26.
- Marshall M and K Adjei-Sakyi. August 2003. Female condom and dual protection: training for community-based distributors and peer educators. Centre for Development and Population Activities (CEDPA): Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cedpa.org/publications/dualprotection/dualprotection.html>
- Rutenberg N et al. 2003a. Family planning and PMTCT services: Examining interrelationships, strengthening linkages. Horizons Research Summary. Population Council: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctfp.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003c. *Infant feeding counseling within Kenyan and Zambian PMTCT services: How well does it promote good feeding practices?* Horizons Research Summary. Population Council: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctif.pdf>
- US Health & Human Services (HHS) and Centers for Disease Control & Prevention (CDC) Global AIDS Program (GAP) Training Team. 2004 January. Developing a strategy for effective training: Guiding principles and key approaches. Draft.
- US Public Health Service Task Force. (June 23, 2004) Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Retrieved 15 August 2004 from www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/perinatal/PER_062304.html
- WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. Fact Sheet 10: Women and HIV and mother-to-child transmission (Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives). Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from http://www3.who.int/whosis/factsheets_hiv_nurses/fact-sheet-10/index.html

Recursos clave en Internet sobre PTMI en situaciones de recursos limitados

<http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap>

CDC's Global AIDS Program (GAP) exists to help prevent HIV infection, improve care and support, and build capacity to address the global HIV/AIDS pandemic. GAP provides financial and technical assistance through partnerships with communities, governments, and national and international entities working in resource-constrained countries.

<http://www.jhpiego.org/>

Through advocacy, education and performance improvement, JHPIEGO helps host-country policymakers, educators and trainers increase access and reduce barriers to quality health services in low-resource settings throughout Africa, Asia and Latin America and the Caribbean.

<http://www.who.int/3by5/en>

The WHO drive to provide HIV/AIDS treatment to three million people by the end of 2005.

<http://www.WomenChildrenHIV.org>

<http://WomenChildrenHIV.org.za>

This website, and its mirror site, disseminates state-of-the-art clinical information and training resources on mother-to-child transmission of HIV (MTCT) and related topics. It communicates the best practices in PMTCT and caring for infected women, children and families in resource-constrained settings.

<http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) site for information on HIV/AIDS in the United States.

<http://www.fhi.org>

Family Health International (FHI) works to address the needs of communities and countries ravaged by HIV/AIDS. FHI's publications present comprehensive, state-of-the-art information on every aspect of HIV/AIDS prevention and care, treatment, and mitigation by sharing lessons learned from many years of experience with HIV/AIDS in the developing world.

http://www.globalhealth.org/view_top.php3?id=227

Global Health Council works to ensure that all who strive for improvement and equity in global health have the information and resources they need to succeed. To achieve this goal, the Council serves as the voice for action on global health issues and the voice for progress in the global health field.

<http://www.popcouncil.org/hivaids/index.html>

The Population Council's activities include efforts to alleviate the epidemic's effects; elucidate the basic science of infection and the determinants of the epidemic; work toward prevention; promote policy development; reduce stigma and discrimination; and promote the treatment, care, and support of people with HIV.

<http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/index.htm>

ReproLearn Multimedia tutorials provide doctors, faculty, and healthcare trainers with technical information they need to provide high-quality healthcare and to train other healthcare providers about the needs of women with HIV/AIDS.

<http://www.safemotherhood.org>

The Safe Motherhood Initiative is a worldwide effort that aims to reduce the number of deaths and illnesses associated with pregnancy and childbirth.

<http://www.fightglobalaids.org/>

The Student Global AIDS Campaign (SGAC) is a national, student-based organization that uses advocacy, lobbying and the media to help end the global AIDS pandemic. The SGAC also raises money for student AIDS organizations abroad to support their work fighting AIDS on the ground.

<http://www.synergyaids.com>

The Synergy Project provides technical assistance and services to the USAID to design, evaluate, and coordinate HIV/AIDS programmes and identify and disseminate lessons learned.

<http://www.unaids.org>

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) provides information on epidemiology, treatment, and programme development.

http://www.usaid.gov/pop_health/aids

USAID (United States Agency for International Development) is an independent agency of the US federal government that develops community-based advocacy and support programs for people living with HIV/AIDS, and provides support for orphans and vulnerable children whose families have been affected by HIV/AIDS. USAID also supports voluntary testing and counselling centers.

<http://www.who.int/hiv/en>

WHO (World Health Organization) offers information on epidemiology, treatment, and programme development for HIV/AIDS.

http://www.worldbank.org/hiv_aids/globalprogram.asp

The World Bank is working with all regions in the developing world that are affected by HIV/AIDS. The AIDS programme offers global learning and knowledge sharing on approaches and best practices for addressing HIV/AIDS.

MODULO 1—Introducción al VIH/SIDA

Recursos clave

CDC. 1992. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 41(RR-17).

DeCock K et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.

Bradley-Springer L et al. (eds). 2002. *Human Immunodeficiency Virus Infection: 2002 Sourcebook for the Healthcare Clinician*. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from http://www.aidsetc.org/pdf/tools/sourcebook_2002_mpaetc.pdf

Bradley-Springer L. 1999. *HIV/AIDS Nursing Care Plans*, 2nd Edition. Skidmore-Roth Publishing: El Paso, TX.

Lawn J et al. 2003. Part One: The unheard cry for newborn health, in *The Healthy Newborn: A Reference Manual for Program Managers*. Unpublished. pp. 1.1–1.64. Retrieved 30 July 2004, from http://www.careusa.org/careswork/whatwedo/health/downloads/healthy_newborn_manual/part1.pdf For complete manual, go to <http://www.care-package.org/careswork/whatwedo/health/hpub.asp>

CDC. 1998. Human Immunodeficiency Virus Type 2. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hiv2.htm>

CDC. 1994. 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 43 (RR-12): 1–10.

Kirton C (ed). 2003. *ANAC's Core Curriculum for HIV/AIDS Nursing*, 2nd ed. Sage: Thousand Oaks, CA.

Kitahata M. 2002. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ* 325: 954–957.

Lyll E (ed). 2001. British HIV Association. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission. *HIV Med* 2: 314–334.

Marais H et al. 2002. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. UNAIDS: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/globalreports/barcelona/brglobal_aids_report_en_pdf.pdf

McCoy D et al. 2002. Interim Findings on the National PMTCT Pilot Sites: Lessons and Recommendations. Health Systems Trust: Durban, South Africa. Retrieved 30 July 2004, http://www.doh.gov.za/aids/docs/2002/pmct/PMTCT_Interim1.pdf

- Mofenson L and P Munderi. 2002. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected pregnant women and their infants. *J Acquir Immune Def Syndr* 30: 200–215.
- Pantaleo, G, C Graziosi and A S Fauci. 1993. The immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 328(5): 327–335.
- Tuomala R et al. 2002. Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of an adverse outcome. *N Engl J Med* 364: 1863–1870.
- UNAIDS. 2003. *AIDS Epidemic Update 2003*. UNAIDS: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/corporate+publications/aids+epidemic+update+-+december+2003.asp>
- UNAIDS. 2003. Regional HIV/AIDS statistics and features, end of 2003. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/topics/epidemiology/slides02/slide02_epicore2003_en_ppt.ppt
- University of British Columbia. *The Therapeutic Guidelines for the Treatment of HIV/AIDS and Related Conditions* [electronic version]. Retrieved 30 July 2004, from <http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide/page/secta/consa.html>
- WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. [2003 Revision]. WHO: Geneva. Annex E: WHO staging system for HIV infection and disease in adults and adolescents, p. 61, Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf
- WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. FactSheet 10: Women and HIV and mother-to-child transmission (Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives). Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from http://www3.who.int/whosis/factsheets_hiv_nurses/fact-sheet-10/index.html

MODULO 2—Resumen de la prevención de la infección por VIH en lactantes y niños pequeños

Recursos clave

Preble EA and EG Piwoz. 2001. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Africa: Practical Guidance for Programs*. Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project/Academy for Educational Development: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.aed.org/publications/healthpublications/mtctjuly17.pdf>

Rutenberg N et al. 2002. *Integrating HIV prevention and care into maternal and child health care settings: Lessons learned from Horizon studies*. The Population Council: New York.

WHO. 2001. *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications: Conclusions and Recommendations*. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. WHO: Geneva.

Askew I and M Berer. 2003. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: A review. [electronic version]. *Reproductive Health Matters* 11 (22): 51–73. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/AskewBerer.pdf>

Baggaley R et al. *Men Make a Difference: Involving Fathers in the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission*. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from <http://topics.developmentgateway.org/pmtct/rc/filedownload.do?itemId=249493>

Lawn J et al. 2003. Part One: The unheard cry for newborn health, in *The Healthy Newborn: A Reference Manual for Program Managers*. Unpublished. pp. 1.1–1.64. Retrieved 30 July 2004, from http://www.careusa.org/careswork/whatwedo/health/downloads/healthy_newborn_manual/part1.pdf

Callahan K and L Cucuzza. *Family Planning Plus: HIV/AIDS Basics for NGOs and Family Planning Program Managers. Integrating Reproductive Health and HIV/AIDS for NGOs, FBOs & CBOs, Vol. 1*. Centre for Development and Population Activities (CEDPA): Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cedpa.org/publications/familyplanningplus/familyplanningplus.html>

CDC. 1998. *Human Immunodeficiency Virus Type 2*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hiv2.htm>

DeCock KM et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.

DeZoysa I. 2002. Strategic approaches for preventing HIV infections in infants: Balancing priorities in different settings. Presented at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, 7–12 July.

- Epstein H et al. 2002. *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Settings*. The Population Council and UNFPA: New York. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/hivaidsguidance.pdf>
- Gaillard P et al. 2002. Reduction of HIV in infants: WHO strategic approaches. Presented at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, 7–12 July.
- Hankins C. 2002. Preventing mother-to-child transmission of HIV in developing countries: Recent developments and ethical considerations. *Reprod Health Matters* 8(15): 87–92.
- Howard-Grabman L and G Snetro. 2002. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Save the Children and Johns Hopkins University Center for Communication Programs/Population Communication Services: Baltimore, MD.
- Moore M. 2003. *A Behavior Change Perspective on Integrating PMTCT and Safe Motherhood Programs: A Discussion Paper*. The CHANGE Project AED: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.changeproject.org/pubs/PMTCT-SafeMotherhood.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003a. *Family planning and PMTCT services: Examining interrelationships, strengthening linkages*. *Horizons Research Summary*. Population Council: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctfp.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003b. *HIV voluntary counseling and testing: an essential component in preventing mother-to-child transmission of HIV*. *Horizons Research Summary*. Population Council: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctvct.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003c. *Infant feeding counseling within Kenyan and Zambian PMTCT services: How well does it promote good feeding practices? Horizons Research Summary*. Population Council: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctif.pdf>
- Preble EA and EG Piwoz. 2002. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Asia: Practical Guidance for Programs*. Linkages Project/Academy for Educational Development: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>
- White V et al. 2003. *Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms*. The Synergy Project: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from http://www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf
- Wilson, P. 1999. *Our Whole Lives; Sexuality Education for Grades 7-9*. Unitarian Universalist Association: Boston. www.uua.org/bookstore.

MODULO 3—Intervenciones específicas para prevenir la TMI

| Recursos clave |
|---|
| Anderson JR. 2002. <i>Care of Women with HIV Living in Limited Resource Settings: HIV and Pregnancy</i> . Johns Hopkins HIV Women's Health Program: Baltimore, MD. Retrieved 30 July 2004, from http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/index.htm |
| CDC. 2002. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. <i>MMWR Morb Mortal Wkly Rep</i> 51(RR-18). |
| Dabis F and V Leroy. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV: Practical strategies for developing countries. <i>AIDS Read</i> 10(4): 241–244. |

Anderson JR (ed). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration: Rockville, MD.

Besser M et al. 2002. *Changing Obstetric Practices in the Context of HIV: An Evaluation of Service Provision in the National PMTCT Learning Sites*. Health Systems Trust: Durban, South Africa. Retrieved 30 July 2004, from <ftp://ftp.hst.org.za/pubs/pmtct/pmtctobs.pdf>

Bhana N et al. 2002. Zidovudine: A review of its use in the management of vertically-acquired pediatric HIV infection. *Paediatr Drugs* 4(8): 515–553.

Brocklehurst P and J Volmink. 2002. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection [Abstract]. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD003510. Retrieved 30 July 2004, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12076484&dopt=Abstract

Bulterys M et al. 2002. Role of traditional birth attendants in preventing perinatal transmission of HIV. *BMJ* 324: 222–225.

CDC. 2002. *The Science of HIV Prevention: A Review of Proven Approaches and Future Directions*. CDC: Atlanta, GA.

Chris Hani Baragwanath Hospital Perinatal HIV Research Unit. 2004. South African Patient Brochures on HIV Infection, Testing, Treatment, and Management during Pregnancy. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=pi-13-00>

Connor EM and RS Sperling et al. 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment for the pediatric aids clinical trials group protocol 076 study group. *NEJM* 331: 1173–1180. Retrieved 30 July 2004, from <http://content.nejm.org/cgi/content/full/331/18/1173>

- Cunningham C et al. 2002. Development of resistance mutations in women receiving standard antiretroviral therapy who received intrapartum nevirapine to prevent perinatal human immunodeficiency virus type 1 transmission: A substudy of pediatric AIDS clinical trials group protocol 316. *J Infect Dis* 186(2): 181–188.
- Dabis F and DK Ekouevi et al. 2003. Effectiveness of a short course of zidovudine + lamivudine and peripartum nevirapine to prevent HIV-1 mother-to-child transmission. The ANRS 1201 ditrame-plus trial, Abidjan, Cote d'Ivoire. *IAS Conf HIV Pathog Treat 2003 Jul 13–16; 2nd: Abstract No. 219 Antiviral Therapy* 8(Suppl. 1):S236. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.aegis.com/conferences/2ndiashivpt/219.html>
- DeCock KM et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.
- Gielen AC et al. 2001. Quality of life among women living with HIV: The importance of violence, social support and self-care behaviors. *Soc Sci Med* 52(2): 315–322.
- Hirschhorn L et al. 2003. *Tool to Assess Site Program Readiness for Initiating Antiretroviral Therapy (ART)*. John Snow (for the US Agency for International Development): Boston, MA.
- International Perinatal HIV Group. 1999. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 340(13): 977–987.
- Ioannidis et al. 2001. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/ml. *J Infect Dis* 183: 539–545.
- Israel E and M Kroeger. 2003. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into existing maternal, child, and reproductive health programs. *Pathfinder International Technical Guidance Series*, No. 3. Pathfinder International: Watertown, MA. Retrieved 30 July 2004, from http://www.pathfind.org/site/DocServer/Technical_Guidance_Series_3_PMTCTweb_01.pdf?docID=242
- Jackson JB et al. 2003. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 2003.362(9387):859-868.
- Kourtis A et al. 2001. Understanding the timing of HIV transmission from mother to infant. *JAMA* 285(6): 709–712.
- Kroeger M. 2002. *ARV Prophylaxis for Prevention of MTCT of HIV in a Resource Poor Setting*. Linkages Project, Academy for Educational Development: Washington, DC.
- Lindgren S, C Ottenbald and A Bohlin. 1998. Pregnancy in HIV-infected women. counseling and care—12 years' experiences and results. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77: 532–541.
- Malonza I et al. 2003. The effect of rapid HIV testing on uptake of perinatal HIV-1 interventions: A randomized clinical trial. *AIDS* 17: 113–118.
- McIntyre J and G Gray. 2002. What can we do to reduce mother to child transmission of HIV? *BMJ* 324: 218–221.

- Mofenson LM. 2003. Advances in prevention of HIV vertical transmission. *Sem Pediatr Infect Dis* 14: 295-308.
- Mofenson L and P Munderi. 2002. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected pregnant women and their infants. *J Acq Immune Defic Syndr* 30(2): 200–215.
- Moodley D et al. 2003. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 187: 725–735.
- Peiperl L. 2002. *Antiretroviral treatments to reduce mother-to-child transmission of HIV*. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.hivinsite.com/InSite.jsp?page=kbr-07-02-03&doc=3098.0098>
- Petra Study Team. 2002. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother-to-child in Tanzania, South Africa and Uganda (Petra Study): A randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 359: 1178–1186.
- Preble EA, D Huber, and E Piwoz. 2003. *Family Planning and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Technical and Programmatic Issues*. Advance Africa: Washington DC.
- Shaffer N and R Chuachoowong et al. 1999. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet* 353: 773–780.
- UNAIDS. 2003. *A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination*. World AIDS Campaign 2002–2003, UNAIDS Best Practice Collection. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva.
- UNICEF. 2002. *Mother-to-child transmission of HIV: A UNICEF FACT Sheet*. UNICEF: New York.
- USAID/Synergy. 2004. *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT*. Meeting Report. Washington, DC, 2 April 2003. USAID: Washington, DC. March Retrieved 30 July 2004, from <http://www.synergyaids.com/documents/VCTDisclosureReport.pdf>
- Wiktor SZ and E Ekpini et al. 1999. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial [electronic version]. *Lancet* 353(9155): 781–5.
- WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. [2003 Revision]. WHO: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf
- WHO and UNAIDS. Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa. UNAIDS and WHO Press Release 7/00. Retrieved 30 July 2004, from <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=md-01-01&doc=3098.0061>

MODULO 4—Alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH

Recursos clave

Nduati R et al. 2000. Effect of breast feeding and formula feeding on transmission of HIV-1: A randomized clinical trial. *JAMA* 283: 1167–1174.

WHO. 2000. New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications. *WHO Technical consultation on behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. 11–13 October 2000, Geneva*. WHO: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/MTCT_Consultation.htm

WHO 2000. *HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course. Participant's Manual*. WHO: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Participants_Manual.pdf

Black R and C Victora. 2002. Optimal duration of exclusive breastfeeding in low income countries. *BMJ* 325: 1252–1253.

Coutsoudis A and N Rollins. 2003. Breast-feeding and HIV transmission: The jury is still out. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 36(4): 434–442.

Coutsoudis A et al. 2001. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: Prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15: 379–387.

Coutsoudis A et al. 1999. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group. *Lancet* 354: 471–476.

Ezzati M et al. and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360: 1347–1360.

Fawzi W et al. 2002. Transmission of HIV-1 through breastfeeding among women in Dar es Salaam, Tanzania. *J Acq Immune Defic Syndr* 31: 331–338.

Fowler M and M Newell. 2002. Breast-feeding and HIV-1 transmission in resource-limited settings. *J Acq Immune Defic Syndr* 30(2): 230–239.

Mbori-Ngacha D et al. 2001. Morbidity and mortality in breastfed and formula-fed infants of HIV-1 infected women: A randomized clinical trial. *JAMA* 286(19): 2413–2420.

Regional Centre for Quality of Health Care (RCQHC) and the USAID. 2003. *Counselling Mothers on Infant Feeding for the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: A Job-Aid for Primary Health Care Workers*. RCQHC: Kampala, Uganda.

Rousseau CM et al. 2003. Longitudinal analysis of human immunodeficiency virus type 1 RNA in breast milk and of its relationship to infant infection and maternal disease. *J Infect Dis* 187 (5): 741–747.

- Shapiro, RL et al. 2003. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention* 15 (3): 221–230. The Guilford Press.
- Taha TE et al. 2003. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomized trial. *Lancet* 362: 1171–1177.
- WHO Secretariat, Fifty-Fifth World Health Assembly. 2002. *Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf
- WHO. 2001. The optimal duration of exclusive breastfeeding. *Report of an Expert Consultation, 28–30 March 2001, Geneva, Switzerland*. WHO Department of Nutrition for Health Development/Department of Child and Adolescent Health and Development: Geneva. Retrieved 26 September 2003, from http://www.who.int/nut/documents/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf
- WHO. 2000. *HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course. Trainer's Guide*. WHO: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Trainers%20_Guide.pdf
- WHO and UNAIDS. 2003. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf
- WHO and UNAIDS. 2003. *HIV and infant feeding: Guidelines for health care managers and supervisors*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf
- WHO, CDD Programme, and UNICEF 2002. *Breastfeeding Counselling: A Training Course. Director's Guide*. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Breastfeeding/Directors_Guide.pdf
- WHO, CDD Programme, and UNICEF 2002. *Breastfeeding Counselling: A Training Course. Trainer's Guide*. Parts 1–4. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>
- WHO, CDD Programme, and UNICEF. 2002. *Breastfeeding Counselling: A Training Course. Participant's Manual*. Parts 1–4. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>
- WHO 2001. *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-To-Child Transmission of HIV: An Assessment Tool for Research*. Unpublished. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Tool-breast_feeding.htm

MODULO 5—Estigma y discriminación relacionados con TMI

Recursos clave

CDC. 2000. *HIV-related knowledge and stigma*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4947a2.htm>

Mukasa S et al. 2001. Uganda: HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial, in UNAIDS Best Practice Collection. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC590-Uganda_en%26%2346%3bpdf

Aggleton P. 2001. Comparative analysis: Research studies from India and Uganda. HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial, in UNAIDS Best Practice Collection. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC650-CompAnal_en%26%2346%3bpdf

Bharat S. 2001. India: HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial, in *UNAIDS Best Practice Collection*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC587-India_en%26%2346%3bpdf

Busza J. 1999. Literature review: Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities, in *Horizons Global Operations Research on HIV/AIDS/STI Prevention and Care*. The Population Council: New York.

Gilbert L and L Walker. 2002. Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities. A South African case study. *Soc Sci Med* 54: 1093–1110.

Gilmore N and M Somerville. 1994. Stigmatisation, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: Overcoming 'them' and 'us.' *Soc Sci Med* 39(9): 1339–1358.

Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services, 2003. *Stigma and HIV/AIDS: A review of the literature—introduction*: Rockville, MD. Retrieved 30 July 2004, from <http://hab.hrsa.gov:80/publications/stigma/introduction.htm>

International Center for Research on Women (ICRW). 2002. *Addressing HIV-related stigma and resulting discrimination in Africa: a three-country study in Ethiopia, Tanzania, and Zambia* [Information Bulletin]. Retrieved 30 July 2004, from http://www.icrw.org/docs/Stigma_Africa_InfoBulletin_302.pdf

- International Center for Research on Women (ICRW). 2002. *Understanding HIV-related stigma and resulting discrimination in sub-Saharan Africa. Emerging themes from early data collection in Ethiopia, Tanzania and Zambia* [Research Update]. Retrieved 30 July 2004, from http://www.icrw.org/docs/Stigma_ResearchUpdate_062502.pdf
- Kidd R. 2003. *Anti-Stigma toolkit: A research-based adult education curriculum to address stigma and discrimination against PLWHAs*. The CHANGE Project, Academy for Educational Development/The Manoff Group: Washington, DC.
- Malcolm A et al. 1998. HIV and AIDS-related stigmatisation and discrimination: Its form and contexts. *Critical Public Health* 8(4): 347–370.
- Moore M. 2003. *A behavior change perspective on integrating PMTCT and safe motherhood programs: A discussion paper*. The CHANGE Project: Washington, DC.
- Panos Institute. 2001. Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission: Women, children, and HIV. Resources for prevention and treatment CD ROM, in *HIV InSite and Global Strategies for HIV Prevention*, 2nd ed. Panos Institute: Washington, DC.
- Parker R and P Aggleton. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 57(1): 13–24.
- Parker R and P Aggleton with K Attawell, J Pulerwitz, and L Brown. 2002. *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. Horizons Program, The Population Council, Inc.: New York.
- Rutenberg N, ML Field-Nguer, and L Nyblade. 2001. *Community involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV: Insights and recommendations*. The Population Council, ICRW, Glaxo: New York.
- Seaton R (ed). 2003. *HIV/AIDS stigma in HRSA care action*. US Department of Health and Human Services Health Resources & Services Administration, HIV/AIDS Bureau: Rockville, MD.
- UNAIDS. An overview of HIV/AIDS-related stigma and discrimination [Fact Sheet]. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/Publications/Fact-Sheets02/FSstigma_en_doc.htm
- UNAIDS/IPU. 1999. *Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights: Action to combat HIV/AIDS in view of its devastating human, economic and social impact*. UNAIDS/IPU: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc259-ipu_en_pdf.pdf
- UNAIDS, OHCHR. 2002. HIV/AIDS and human rights, international guidelines: Third international consultation on HIV/AIDS and human rights [Guideline 6]. Geneva, 25–26 July, 2002. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC905-Guideline6_en_pdf.pdf

UNAIDS. 1993. *Stigma and discrimination*. Fact sheet. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_en_pdf.pdf

UNAIDS and WHO. *Fighting HIV-related intolerance: Exposing the links between racism, stigma and discrimination*. (Prepared in consultation with the Office of the High Commission for Human Rights). Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/BPracism_en_doc.htm

Valdiserri R. 2002. HIV/AIDS stigma: An impediment to public health. *Am J Public Health* 92: 341–342.

Weiss MG and J Ramakrishna. 2001. Interventions: Research on reducing stigma. Presented at Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda. Bethesda, MD. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.stigmaconference.nih.gov/WeissPaper.htm>

World Bank. 2000. *Confronting AIDS*. Oxford University Press: New York.

WHO. HIV/AIDS World AIDS Campaign 2002–2003, Live and Let Live. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/hiv/events/wad2003/dec1/en/>

MODULO 6—Pruebas y consejería de VIH para PTMI

| Recursos clave |
|---|
| CDC. 2002. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. <i>MMWR Morb Mortal Wkly Rep</i> 51(RR-18). |
| WHO and CDC. 2004. <i>Rapid HIV Tests: Guidelines for Use in HIV Testing and Counselling Services in Resource-Constrained Settings</i> . Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/rapidhivtestsen.pdf |
| WHO. 2003. <i>The right to know. New approaches to HIV testing and counselling</i> . WHO: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/hiv/pub/vct/pub34/en/print.html |

CDC. 2001. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral and revised recommendations for HIV screening pregnant women. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 50(RR-19).

Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS). 2002. *HIV/AIDS voluntary counselling and testing: review of policies, programmes and guidance in East, Central and Southern Africa*. CRHCS: Arusha, Tanzania.

Family Health International. 2004. *Preparedness of voluntary counseling and testing centers in Kenya to provide family planning*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/KenyaVCT.htm>

- Family Health International. 2003. *HIV voluntary counseling and testing: A reference guide for counselors and trainers*. Family Health International: Research Triangle Park, NC.
- Family Health International. 2003. *Models of HIV voluntary counselling and testing (VCT) service delivery*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/FactSheets/vctmodels.htm>
- Kankasa C et al. 2002. *Why do women accept VCT during antenatal care? The experience from the prevention of mother-to-child transmission of HIV program in Zambia*. Horizons Project, The Population Council: Washington, DC.
- Pronyk PM et al. 2002. The introduction of voluntary counselling and rapid testing for HIV in rural South Africa: From theory to practice. *AIDS Care* 14(6): 859–865.
- UNAIDS. 2001. *Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: Elements and issues*. UNAIDS: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc245-couns&test_en_pdf.pdf

MODULO 7—Vinculaciones al tratamiento, atención y apoyo a madres y familias infectadas por VIH

| Recursos clave |
|---|
| Anderson JR. (ed). 2001. HIV and reproduction, in <i>A Guide to the Clinical Care of Women with HIV Infection</i> . HIV/AIDS Bureau, Health Resources and Services Administration, US Dept of Health and Human Services: Rockville, MD. Retrieved 30 July 2004, from http://hab.hrsa.gov/womencare.htm |
| Food & Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and WHO. 2002. <i>Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS</i> . Available online at: http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM |
| Rutenberg N, ML Field-Nguer, and L Nyblade. Undated. <i>Community involvement in initiatives to prevent mother-to-child transmission of HIV</i> . The Population Council and the International Center for Research on Women. Retrieved 30 July 2004, from http://www.popcouncil.org/pdfs/mtct.pdf |

- Demarco R, M Lynch, and R Board. 2002. Mothers who silence themselves: A concept with clinical implications for women living with HIV/AIDS and their children. *J Pediatr Nurs* 17(2): 89–95.
- Kitahata M et al. 2002. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ* 325: 954–957.

- Mbori-Ngacha D and O Ogutu. 2002. *Integrating the prevention of mother-to-child transmission of HIV into existing maternal and child health services in PMTCT training curriculum*. Horizons, Kenya PMTCT Project.
- Moss WJ, CJ Clements, and N Halsey. 2003. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization* 81:61–70. Retrieved 30 July 2004, from [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81\(1\)61-70.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81(1)61-70.pdf)
- Woods, MN: 1999. Dietary recommendations for the HIV/AIDS patient. In: *Nutritional Aspects of HIV Infection*, ed. T. Miller and SL. Gorbach, Arnold Press, London. pp 191–203
- Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. 2004. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection*. Retrieved 30 July 2004, from http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/pediatric/PED_012004.pdf
- WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Recommendations for initiating antiretroviral therapy in adults and adolescents with documented HIV infection*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf
- WHO. July 2003. *A reference guide on HIV-related care, treatment and support of HIV infected women and their children in resource-constrained settings [Draft]*. Retrieved 30 July 2004, from www.ahfji.org/global_pdf/refguide_toc.doc
- WHO. 2003. Emergency scale up of antiretroviral therapy in resource limited settings: Technical and operational recommendations to achieve 3 by 5. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/zambia_doc_final.pdf
- WHO and Child and Adolescent Health and Development. 2002. *Integrated management of childhood illness [IMCI] guidelines*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>
- WHO, Department of Vaccines and Biologicals. 2001. Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services. Management guidelines, including information for health workers and parents. Retrieved 30 July 2004, from www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www613.pdf
- WHO, Regional Office for Africa, IMCI Unit, Division for Prevention. 2001. *Report on the workshop on adaptation of IMCI guidelines to include HIV/AIDS, Harare, 18 to 23 June 2001: Draft*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/HIV/report_HIV_Harare.htm
- WHO, Department of Vaccines and Biologicals. 2000. *Introduction of haemophilus influenzae type B vaccine into immunization programmes: Management guidelines, including information for health workers and parents*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF99/www9940.pdf>
- WHO, UNAIDS. 2000. *Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa*.

Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub04/recommendation_en_pdf.pdf

MODULO 8—Seguridad y apoyo en el lugar de trabajo

Recursos clave

CDC. 2001. Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 50(No. RR-11): 1–42. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5011.pdf>

WHO. 2004. Post-exposure prophylaxis. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/index.html>

WHO. 2003. His life and her trust are in your hands. [electronic version]. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.injectionsafety.org>

WHO. 2003. Secretariat of the Safe Injection Global Network. Health care worker safety. Aide-memoire. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/AM_HCW_Safety_EN.pdf

CDC. 1996. *Exposure to blood—what health-care workers need to know*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/exp_blood.htm

CDC. 1989. Guidelines for transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health care and public-safety workers. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 38(S-6).

Israel E and M Kroeger. 2003. *Integrating prevention of mother-to-child transmission into existing maternal, child, and reproductive health programs*. Pathfinder International: Watertown, MA, pp 9–11. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.pathfind.org>

Mountain Plains AIDS Education & Training Center in Consultation with the National Clinicians' Postexposure Prophylaxis (PEP) Hotline. 2002. *PEP steps: A quick guide to postexposure prophylaxis in the health care setting*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.uchsc.edu/mpaetc/images/PEP%20web.pdf>

Tietjen L, D Bossemeyer, and N McIntosh. 2003. Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources. [electronic version]. JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. Retrieved 30 July 2004, from http://www.reproline.jhu.edu/english/4morerh/4ip/IP_manual/ipmanual.htm

UCSF Center for AIDS Prevention Studies. *Fact sheet: What is post-exposure prevention (PEP)?* [electronic version] Retrieved 30 July 2004, from <http://www.caps.ucsf.edu/PEP.html>

WHO. 2003. *Post exposure prophylaxis*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/print.html>

WHO. 2001. Best infection control practices for skin-piercing intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/LeafletBestPracticesPrinter.pdf

MODULO 9—Programa de monitoreo de PTMI

| Recursos clave |
|--|
| Family Health International and The Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. 2003. Baseline assessment tools for preventing mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV. Retrieved 30 July 2004, from http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ejkelmgqgkbumgmsmuzbeaiys3rjjpgbnzed5jtygb26iny2vhlk4naexoprcwoy6u6e5vnsfcd4yga/PMTCTreportcorrectedFINAL.pdf |
| Preble EA and EG Piwoz. 2001. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: Practical guidance for programs. Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from http://www.aed.org/publications/healthpublications/mtctjuly17.pdf |
| UNICEF, UNAIDS, WHO and Children's Fund Organisation. September 2001. Local monitoring and evaluation of the integrated prevention of mother to child transmission in low-income countries. [electronic version] Draft. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/ME2001_en_doc.htm |

Health Communication Partnership. 2003. *The new p-process, steps in strategic communication*. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.hcpartnership.org/Publications/P-Process.pdf>

Kanshana S and R Simonds. 2002. National program for preventing mother-child HIV transmission in Thailand: Successful implementation and lessons learned. *AIDS* 16(7):953–959.

McCoy D et al. 2002. Interim findings on the national PMTCT pilot sites: Lessons and recommendations. Health Systems Trust, Department of Health: South Africa.

MEASURE evaluation HIV guide. 2000. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaids-00.17e/un-00.17e-en.pdf>

Preble EA and EG Piwoz. 2002. *Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Asia: Practical guidance for programs*. Linkages Project. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>

Rutenberg N, S Kalibala, C Baek and J Rosen. 2003. *Programme Recommendations for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: A Guide for Managers*. UNICEF. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctunicefevalprogmgr.pdf>

Rutenberg N, S Kalibala, and C Mwai. 2002. *Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned from Horizon Studies*. The Population Council: New York.

Stringer EM et al. 2003. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: Successes and challenges in scaling-up a nevirapine based program in Lusaka, Zambia. *AIDS* 17(9): 1377–1382.

Synergy Project. 2003. *APDIME toolkit resources for HIV/AIDS program managers* [CD-ROM]. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.synergyaids.com/>

USAID. 2003. Meeting discusses effective programs for preventing mother-to-child HIV transmission. [electronic version] Washington, DC, 16 December 2003. The Population Council: Washington, DC USA. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.popcouncil.org/horizons/mtgs/dcmtct03.html>

Wilson D. 2001. *HIV/AIDS rapid assessment guide*. [electronic version]. Family Health International: Research Triangle Park, NC. Retrieved 30 July 2004, from http://www.dec.org/pdf_docs/PNACP112.pdf

UNAIDS and World Health Organization. 2004. *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. Retrieved 30 July 2004, from http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/nationalguideyoungchildren.pdf

Para mayor información, por favor contacte a la:

Organización Mundial de la Salud
Departamento de VIH/SIDA
20, Avenue Appia, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 9 789243 593845



9 789243 593845