

# AMPLIAR LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS LACTANTES Y LOS NIÑOS CON EL VIH

Un marco de programación



Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

## **AMPLIAR LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS LACTANTES Y LOS NIÑOS CON EL VIH: un marco de programación**

1. Infecciones por VIH – prevención y control. 2. Infecciones por VIH – diagnóstico. 3. Infecciones por VIH – terapia. 4. Lactante. 5. Niño. I. Organización Mundial de la Salud. II. UNICEF.

ISBN 978 92 4 359680 8

(Clasificación NLM: WC 503.6)

© Organización Mundial de la Salud, 2009

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 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto: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](mailto: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.

Printed in

Fotografía: © UNICEF/NYHQ2005-1870/DeCesare

# AMPLIAR LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS LACTANTES Y LOS NIÑOS CON EL VIH

## Un marco de programación

Este documento ha sido escrito a nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional Sobre la Prevención de la Infección en Mujeres Embarazadas, en Madres y sus Hijos, y con la colaboración de varias organizaciones dedicadas a mejorar la prevención pediátrica del VIH, su cuidado y tratamiento:





## AGRADECIMIENTOS

---

Agradecemos las contribuciones de los siguientes individuos que colaboraron en la preparación, examen y edición de este documento: Elaine Abrams, Samira Aboubaker, Priscilla Akwara, Stephen Arpadi, Rajiv Bahl, Nancy Calles, Anirban Chatterjee, Miriam Chipimo, Siobhan Crowley, Patricia Doughty, Shaffiq Essajee, Kathy Ferrer, Robert Ferris, Mary Lyn Field-Nguer, Robert Gass, Guy-Michel Gershy-Damet, Charlie Gilks, Sandy Gove, Peter Graaff, Kate Harrison, Peggy Henderson, Jackson Hungu, Troy Jacobs, Janet Kayita, Nina Kiernan, Ronnie Lovich, Chewe Luo, Justin Mandala, Elizabeth Mason, Helene Moller, Lulu Mussa Muhe, Ya Diul Mukadi, Joseph Mukoko, Doreen Mulenga, Ngashi Ngongo, Frits de Haan Reijssenbach, Paul Roux, Peter Salama, Gayle Sherman, Nathan Shaffer, Diana Silimperi, Sara Stulac, Gilbert Tene, Helena Walkowiak y Catherine Wilfert.

UNICEF y la OMS, en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños, quisiera expresar su especial gratitud al comité de redacción que trabajó en la preparación de los sucesivos borradores de esta publicación: Siobhan Crowley, Mary Lyn Field-Nguer, Robert Gass, Guy-Michel GershyDamet, Kate Harrison, Janet Kayita, Ronnie Lovich, Helene Moller, Diana Silimperi y Helena Walkowiak.

UNICEF y la OMS reconocen también los esfuerzos y la dedicación de Siobhan Crowley y Robert Gass por la coordinación general de este proyecto y por haber conseguido sacar adelante su publicación.



# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ABREVIATURAS Y SIGLAS</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>1. ANTECEDENTES</b> .....   | <b>11</b> |
| La carga del VIH entre los niños.....  | 11        |
| Ampliar los programas .....  | 11        |
| Acuerdos y objetivos internacionales .....   | 12        |
| Principios rectores de la atención y el tratamiento de la infancia contra el VIH .....   | 12        |
| Un enfoque de la salud pública.....  | 12        |
| Distintos enfoques: países con una carga alta frente a países con una carga baja .....   | 13        |
| Desarrollo y organización del marco para la ampliación .....   | 13        |
| <b>2. COMPONENTES DEL CONJUNTO DE ATENCIÓN PARA LOS NIÑOS EXPUESTOS AL VIH<br/>O QUE VIVEN CON EL VIRUS</b> .....  | <b>15</b> |
| Intervenciones esenciales en materia de supervivencia infantil.....  | 15        |
| Intervenciones esenciales para los lactantes<br>y los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen .....   | 16        |
| Intervenciones de salud infantil que exigen otros componentes para los lactantes<br>y los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen .....                 | 17        |
| Intervenciones necesarias para lactantes<br>y niños que están expuestos al VIH o que lo tienen .....   | 21        |
| <b>3. ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES PARA AMPLIAR EL DIAGNÓSTICO, LA ATENCIÓN,<br/>EL APOYO Y EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON EL VIH</b> .....                        | <b>25</b> |
| <b>Estrategia 1</b> Mejorar la capacidad de liderazgo, la apropiación<br>y la rendición de cuentas de los gobiernos .....  | 25        |
| <b>Estrategia 2</b> Integrar la prestación de servicios .....  | 28        |
| <b>Estrategia 3</b> Promover una mejor identificación temprana de los lactantes .....  | 33        |
| <b>Estrategia 4</b> Establecer mecanismos fiables de adquisiciones y suministros .....   | 39        |
| <b>Estrategia 5</b> Garantizar la capacidad de laboratorio para realizar diagnósticos tempranos .....  | 43        |
| <b>Estrategia 6</b> Fortalecer la capacidad basada en la comunidad para detectar<br>posibles casos de VIH y proporcionar atención de seguimiento y apoyo i ..... | 47        |
| <b>Estrategia 7</b> Fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación .....  | 52        |
| <b>REFERENCIAS</b> .....   | <b>57</b> |
| <b>Anexo 1</b> Modelo de lista de verificación del análisis de situación.....  | 65        |
| <b>Anexo 2</b> Instrumentos y recursos.....  | 67        |
| <b>Anexo 3</b> Lista de verificación de la gestión de adquisiciones y suministros .....  | 73        |
| <b>Anexo 4</b> Secuencia de las pruebas de detección del VIH para lactantes expuestos .....  | 75        |



## ABREVIATURAS Y SIGLAS

---

|         |  |
|---------|--|
| ADN     | ácido desoxirribonucleico  |
| AIEPI   | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| ARN     | ácido ribonucleico   |
| G8      | grupo de 8 países  |
| IMAI    | Integrated Management of Adolescent and Adult Illness            |
| OMS     | Organización Mundial de la Salud                                 |
| ONUSIDA | Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA       |
| RCP     | reacción en cadena de la polimerasa                              |
| SIDA    | síndrome de inmunodeficiencia adquirida                          |
| TB      | tuberculosis   |
| UNICEF  | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia                    |
| VIH     | virus de inmunodeficiencia humana                                |



## RESUMEN EJECUTIVO

---

El VIH afecta cada vez más la salud y el bienestar de los niños y menoscaba los avances obtenidos con tantos esfuerzos en materia de supervivencia infantil en algunos de los países más afectados. Los cálculos más recientes procedentes de ONUSIDA sugieren que, en todo el mundo, alrededor de 2 millones de niños menores de 15 años tienen VIH, de los cuales un 90% viven en África subsahariana. Solamente en 2007, alrededor de 370.000 niños contrajeron la infección, la mayoría debido a la transmisión de madre a hijo; de todos ellos, tal vez la mitad morirá si no recibe intervenciones a tiempo. Una gran parte de los 270.000 niños que murieron en 2007 nunca se les diagnosticó el VIH ni recibieron atención médica contra el VIH.

Para contribuir a abordar este importante tema de salud pública relacionado con la infancia, UNICEF y la OMS han emprendido un proceso para formular un marco de programación que tiene por objeto prestar asistencia a los gestores nacionales de salud y los asociados en la ejecución que se encuentren en entornos donde los recursos sean limitados y la prevalencia del VIH sea elevada, para ampliar la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de los niños que están expuestos al VIH o que ya lo tienen, en el contexto de otros programas de supervivencia infantil y de VIH más amplios. Este marco se ha llevado a cabo después de una consulta internacional celebrada en Nueva York en 2006 en la que participaron más de 100 personas procedentes de la comunidad mundial dedicada al tratamiento pediátrico del VIH y la supervivencia infantil.

La orientación que se ofrece en este marco se basa en las pruebas relacionadas con la importancia del diagnóstico temprano del VIH, el tratamiento preventivo con cotrimoxazol de los niños que han estado expuestos al VIH o que ya lo tienen, y la provisión oportuna de atención y tratamiento. Los estudios también confirman que los niños de los países de altos, medios y bajos ingresos responden bien al tratamiento contra el VIH. Las directrices programáticas que figuran en el marco se basan en las lecciones aprendidas durante los procesos de ampliación en entornos donde los recursos son limitados.

A pesar de las pruebas con respecto a la capacidad para proporcionar atención de alta calidad a los niños que tienen VIH, así como los progresos que se han documentado en algunos países, las respuestas nacionales en muchos entornos con recursos limitados siguen siendo reducidas. Se ha determinado que las siete estrategias siguientes pueden ser decisivas para ampliar las respuestas nacionales.

### Estrategias para la ampliación

---

- 1. Capacidad de liderazgo, apropiación y responsabilidad de los gobiernos** reflejados en la creación de estructuras de gestión y coordinación, objetivos nacionales y planes presupuestados para la ampliación nacional con el fin de llegar a los niños necesitados.
- 2. Prestación integrada y descentralizada de servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento de los niños con el VIH**, aprovechando los mecanismos de prestación de salud existentes.
- 3. Mejora en la detección temprana de lactantes que están expuestos al VIH o que ya lo tienen** por medio de una intensificación en la provisión, iniciada por el proveedor, de pruebas de detección del VIH y asesoramiento a todos los niveles del sistema de salud.
- 4. Mecanismos de gestión de adquisiciones y suministros responsables** que garanticen un suministro uniforme de medicinas y productos que satisfagan las necesidades de los lactantes y los niños.
- 5. Capacidad de laboratorio** para apoyar el diagnóstico, la atención y el tratamiento de los niños con el VIH.
- 6. Capacidad con base en la comunidad** para apoyar la detección temprana de los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen para su referencia a los servicios de detección, atención, apoyo y tratamiento, cuando sea apropiado, y para proporcionar a los niños y a las familias un seguimiento de la atención y el apoyo cerca de donde vivan.
- 7. Fortalecimiento de los servicios de seguimiento y evaluación** para mejorar la prestación de atención de alta calidad para los niños que están expuestos al VIH o que ya lo padecen.

En este marco se describen las medidas necesarias para incorporar estas estrategias a las actividades para ampliar los programas nacionales.



# 1. ANTECEDENTES

---

## La carga del VIH entre los niños

---

El número de niños que padecen VIH sigue aumentando. Los últimos cálculos procedentes de ONUSIDA (1) sugieren que en todo el mundo alrededor de 2 millones [1,9 millones – 2,3 millones] de niños menores de 15 años tienen VIH, y alrededor del 90% viven en África subsahariana. Sólo en 2007, alrededor de 370.000 [330.000–410.000] niños contrajeron el VIH, la mayoría debido a la transmisión de madre a hijo. África subsahariana sigue siendo la región más afectada, seguida por Asia (1). Casi todas estas infecciones de los lactantes podrían evitarse mediante la prestación a tiempo de intervenciones de reconocida eficacia para evitar la transmisión de madre a hijo.

En algunas partes del mundo, la infección con VIH está afectando considerablemente la supervivencia infantil. El Informe Mundial de la Salud de 2005 (2) calculaba que la infección por VIH contribuyó en el año 2005 al 3% de la mortalidad mundial de niños menores de 5 años. La proporción de la mortalidad de los niños menores de 5 años atribuible al VIH fue de alrededor del 7% en África, pero se estimó que excedía el 50% en algunos de los países más gravemente afectados (3). La tasa de mortalidad de los niños nacidos de madres seropositivas es más elevada que la de los niños con madres seronegativas y la incidencia de nacimientos prematuros y retraso del crecimiento intrauterino son también más elevadas, independientemente de si el lactante está infectado o no por VIH (4). Además, las mujeres que tienen una infección por VIH más avanzada no sólo corren un mayor riesgo de transmitir el VIH a sus hijos que las mujeres con un VIH menos avanzado, sino que sus hijos infectados tienen más posibilidades de morir antes de cumplir 6 meses de edad (5).

La infección por VIH presenta una evolución más agresiva entre los lactantes y los niños que entre los adultos: un 30% muere al año de vida, y un 50% a los dos años de vida, cuando no tienen acceso a medicamentos que pueden salvar las vidas, entre ellos la terapia antirretroviral e intervenciones preventivas como el cotrimoxazol (trimetoprim-sulfametoxazole) (6). En 2007, OMS/ONUSIDA calcularon que 690.000 [580.000–860.000] niños necesitaban terapia antirretroviral (7). Alrededor de 270.000 [250.000–290.000] niños menores de 15 años murieron por causas relacionadas con el VIH en 2007, la gran mayoría en África subsahariana (1), siendo la causa más frecuente de mortalidad la transmisión del VIH de las madres a los hijos durante las primeras etapas del embarazo. La mayoría de estas muertes de niños que tenían VIH se podrían haber evitado por medio de un diagnóstico temprano del VIH y una prestación a tiempo de atención y tratamiento eficaces para las enfermedades comunes en la infancia y las infecciones oportunistas, así como mediante la terapia antirretroviral.

Los niños que sobreviven al primer año de vida tienen más posibilidades de morir de enfermedades comunes en la infancia. Las causas más frecuentes de mortalidad entre los lactantes y los niños que tienen VIH son las infecciones de las vías respiratorias, las enfermedades diarreicas y la tuberculosis, que por lo general se producen debido a graves factores de riesgo, entre ellos las infecciones oportunistas y la desnutrición (8), siendo la mortalidad por todas las causas mayor entre aquellos que tienen un bajo peso (9). Un deficiente estado nutricional hace que los niños con VIH sean más susceptibles a la morbilidad y la mortalidad, incluso cuando reciben terapia antirretroviral (10). Reforzar los programas de supervivencia infantil y de lucha contra el VIH beneficiará por tanto a todos los niños, incluso a aquellos que han contraído el VIH.

## Ampliar los programas

---

La disponibilidad de servicios para evitar la transmisión de madre a hijo, de capacidad diagnóstico, de atención de casos de VIH y de la terapia antirretroviral para los niños en países con suficientes recursos ha dado como resultado que el número de niños que nacen infectados por VIH haya disminuido y que aquellos que han nacido con VIH vivan vidas más sanas y productivas hasta su adolescencia y la edad adulta. Los niños responden igual de bien a la terapia antirretroviral en los países de bajos y medianos ingresos como en los países de altos ingresos (11–14). Pruebas sólidas indican también que la utilización de la terapia preventiva con cotrimoxazol beneficia a los lactantes y a los niños que tienen VIH (15).

Durante los últimos años, los países bajos y medios ingresos han logrado bastantes progresos reforzando su capacidad para proporcionar a los niños atención, apoyo y tratamiento. A finales de 2006, más de 125.000 niños en estos países estaban recibiendo tratamiento, un aumento considerable con respecto a los aproximadamente 75.000 niños que recibían tratamiento en 2005.

Sin embargo, todavía hay problemas para ampliar los servicios de una forma más generalizada. A pesar de los beneficios conocidos que se derivan del tratamiento preventivo con cotrimoxazol y las recomendaciones actualizadas de la OMS, solamente un 4% de los 4 millones de niños aproximadamente que necesitan tratamiento preventivo con cotrimoxazol (que están expuestos al VIH o que lo tienen) lo reciben actualmente (7). También ha habido dificultades para poner en marcha los protocolos de diagnóstico para las pruebas del VIH en niños de corta edad debido a la falta de competencia técnica, la escasa confianza de los proveedores en la atención de los recién nacidos y los niños de corta edad, la escasa modernización de los sistemas de laboratorio y los sistemas deficientes para transportar especímenes y resultados.

## Acuerdos y objetivos internacionales

---

La comunidad internacional ha emitido varias declaraciones de apoyo a la prevención, el diagnóstico, la atención y tratamiento contra el VIH, muchos de ellas con referencias a la infancia. Las declaraciones más importantes sobre el VIH son las siguientes.

- **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 6** piden una reducción en dos terceras partes de la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años y detener y comenzar a invertir la propagación del VIH/SIDA en la fecha límite de 2015.
- En la **Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA** del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en 2001, los Estados Miembros acordaron reducir la proporción de lactantes infectados con VIH en un 20% para 2005 y en un 50% para 2010. La Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA exhortó también a los gobiernos a que mejoren el acceso a atención, apoyo y tratamiento de alta calidad contra el VIH a los individuos, las familias y las comunidades afectados por el VIH y el SIDA.
- **“Un mundo apropiado para los niños” (16)** es el resultado de la primera Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia, celebrada en 2002 con la participación de más de 70 jefes de estado y de gobierno. Emitió un firme llamamiento para mejorar las vidas de los niños. El VIH/SIDA es una de las cuatro esferas prioritarias de acción.
- La **Iniciativa “3 para 5”**, presentada por la OMS, ONUSIDA, UNICEF y otros aliados en 2003, desempeñó una importante función en la intensificación del acceso al tratamiento contra el VIH para muchas personas de países de bajos y medianos ingresos.
- El **compromiso con el acceso universal**, adoptado en la Cumbre del G8 celebrada en Gleneagles en 2005 (17), pidió abordar el VIH/SIDA por medio de la atención continua integral para la prevención, que incluye el tratamiento y la atención así como el acceso universal a los servicios relacionados con el VIH para 2010.
- La **declaración acordó lograr un acceso universal a una prevención completa de los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño** adoptada en Johannesburgo, Sudáfrica, en el año 2007, de un compromiso político sostenido de parte de los gobiernos nacionales y apoyado armoniosa y coordinadamente por los colaboradores hacia el logro de un acceso universal de servicios completos de prevención de la transmisión de la madre al niño

## Principios rectores de la atención y el tratamiento de la infancia contra el VIH

---

Las necesidades de los niños que tienen VIH deben ser una de las prioridades de los enfoques programáticos y orientar las recomendaciones que figuran en este marco. Las siete estrategias para ampliar los programas que se articulan en este marco se basan en los siguientes principios:

- **Urgencia.** Es preciso ampliar inmediatamente la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento contra el VIH a fin de evitar la muerte de cientos de miles de niños que están expuestos al VIH o que lo tienen.
- **Acceso universal.** Todos los niños necesitados deben tener acceso a los servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento contra el VIH.

- **Atención durante toda la vida.** El VIH es una enfermedad crónica y requiere atención y tratamiento constantes; los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad de garantizar una atención y un tratamiento ininterrumpidos.
- **Atención centrada en la familia.** Los miembros de la familia deben recibir una atención que reconozca la familia como una unidad y responda a este concepto.
- **Atención de alta calidad.** La atención que se brinde debe ser de la mayor calidad posible y es preciso supervisarla y perfeccionarla por medio de un sistema de mejoras.

## Un enfoque de la salud pública

---

La atención y el tratamiento de los niños contra el SIDA deben ampliarse siguiendo un enfoque público de la salud. La OMS ha descrito los aspectos fundamentales de este enfoque (18), entre ellos:

- seleccionar intervenciones sobre la base de las mejores pruebas disponibles y la carga de la enfermedad;
- aprovechar al máximo la utilización de los recursos humanos disponibles;
- aplicar protocolos de tratamiento estandarizados y seguimiento clínico simplificado, facilitando la toma de decisiones clínicas y la prestación de atención por parte de diferentes tipos de trabajadores de la salud;
- contar con la participación de los miembros de la comunidad y de las personas que viven con VIH en la gestión y el diseño de los programas y la prestación de servicios; y
- utilizar estrategias para minimizar los costos, entre ellas el uso de medicamentos genéricos y de tecnologías alternativas de laboratorio.

Para lograr el objetivo del acceso universal, es preciso que las intervenciones se realicen a escala, lo que requiere urgentemente una mejor integración y descentralización de la prestación de servicios. Dada la considerable mortalidad entre los niños menores de 5 años debido al VIH en algunas partes del mundo y las altas tasas de mortalidad en la infancia debido a otras causas, la atención del VIH para los niños tiene que estar integrada en los servicios reforzados de salud infantil existentes. Además, la atención en materia de VIH para los niños debe formar una parte integral de todos los programas de atención y tratamiento contra el VIH.

## Distintos enfoques: países con una carga alta frente a países con una carga baja

---

La orientación que se ofrece en esta publicación se centra sobre todo en las necesidades de los países con una carga elevada de VIH, que se define como la prevalencia del VIH en los entornos prenatales y supera el 5%. La orientación puede ser pertinente también, no obstante, para estados o provincias específicos de países con epidemias concentradas, incluso si en el país como un todo se registra una baja prevalencia del VIH. Aunque no todos los elementos incluidos pueden aplicarse a entornos con una baja prevalencia, los gestores de los programas nacionales deben analizar detenidamente las directrices para ver si podrían adaptarlas a sus situaciones particulares.

## Desarrollo y organización del marco para la ampliación

---

La OMS y UNICEF han llevado a cabo en colaboración con otros aliados varias misiones técnicas sobre la ampliación de las respuestas a la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH. Durante estas misiones, los encargados de elaborar políticas han expresado el deseo de obtener orientación sobre la mejor manera de ampliar sus respuestas, especialmente en entornos con recursos limitados. UNICEF y la OMS han respondido a esta petición mediante la preparación de este marco de programa, que está basado en las experiencias y las lecciones aprendidas mediante los programas, así como las experiencias compartidas durante la consulta de la OMS y UNICEF titulada *Development of a Programming Guide for Scaling Up Treatment, Care and Support for HIV-infected and Exposed Children in Resource-constrained Settings* y celebrada en Nueva York en 2006 (19).

El marco tiene cuatro secciones principales. La primera sección ofrece información de antecedentes para situar en su contexto la cuestión de la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH. La segunda sección describe el conjunto completo de intervenciones para los lactantes y otros niños que están expuestos al VIH o que lo tienen. La tercera sección describe las siete estrategias recomendadas para garantizar su prestación. La cuarta y última sección describe y presenta enlaces con recursos importantes.

## 2. COMPONENTES DEL CONJUNTO DE ATENCIÓN PARA LOS NIÑOS EXPUESTOS AL VIH O QUE VIVEN CON EL VIRUS

### Antecedentes

Las enfermedades transmisibles que se pueden prevenir, como la neumonía, la diarrea, el paludismo y la infección por VIH, representan más de la mitad de todas las muertes infantiles. Se calcula que la desnutrición sea la causa subyacente de aproximadamente una tercera parte de las muertes de los niños menores de 5 años (20). El peso inferior al normal y las carencias de micronutrientes perjudican también las defensas inmunológicas y no inmunológicas, y están relacionados con enfermedades infecciosas mortales. En los países de bajos y medianos ingresos, las enfermedades graves se producen por lo general sucesivamente o al mismo tiempo antes de la muerte y son más frecuentes entre los niños que padecen VIH o cuyos miembros de la familia tienen VIH.

Las muertes que se registran entre los lactantes con VIH se producen generalmente a causa de las enfermedades infecciosas, sobre todo la neumonía y la diarrea (21–24). Los niños con VIH tienen un riesgo de 3 a 13 veces mayor de sufrir trastornos relacionados con el VIH no específicos y una mayor probabilidad de sufrir trastornos más graves o recurrentes (25). Una firme base de pruebas confirma que administrar a las madres y a los niños una serie de intervenciones es una medida eficaz para reducir la mortalidad en la infancia en por lo menos un 60%, independientemente de la situación en materia de infección por VIH (26–28). Por tanto, entre las medidas de atención y tratamiento apropiadas para la infancia cabe incluir, como mínimo, las intervenciones necesarias para abordar la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

Una primera medida fundamental para los países es definir el conjunto esencial de intervenciones en materia de salud de la infancia, que incluya la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento contra el VIH. Las intervenciones de salud infantil deben incluir también medidas preventivas que podrían reducir la posibilidad de exposición que causa la enfermedad. Este componente del conjunto es especialmente importante para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen, y que debido a ello son más susceptibles de contraer enfermedades infantiles. El conjunto debe estar basado en las necesidades locales y la epidemiología (como por ejemplo una alta o baja prevalencia del VIH, la tuberculosis (TB), el paludismo, la diarrea y otros factores de riesgo) y estar reflejado en los planes nacionales estratégicos, operativos y de ejecución.

La ampliación del acceso a intervenciones decisivas para la salud infantil puede contribuir a garantizar la atención infantil contra el VIH. La serie publicada por *The Lancet sobre supervivencia infantil* (29) describe con mayores detalles las intervenciones preventivas y curativas en materia de salud infantil. Especialmente, la planificación de los programas tiene que incorporar:

- sistemas nacionales de salud para la inmunización;
- intervenciones esenciales en materia de nutrición;
- atención para los lactantes; y
- atención para los niños enfermos.

### Intervenciones esenciales en materia de supervivencia infantil

Todos los lactantes y los niños deben recibir las siguientes intervenciones esenciales en materia de supervivencia infantil.

#### Las intervenciones de atención a los lactantes incluyen:

- ✓ atención especializada en el momento de nacer;
- ✓ cuidado termal;
- ✓ cuidado higiénico del cordón umbilical;
- ✓ una atención especial para los recién nacidos con bajo peso o prematuros;
- ✓ iniciación temprana en la lactancia materna exclusiva (idealmente durante la primera hora); y una visita temprana postnatal (a ser posible durante las primeras 48 horas).

**Las intervenciones en materia de prevención incluyen:**

- ✓ lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad;
- ✓ alimentación complementaria segura desde los 6 meses de edad; una buena nutrición de la madre;
- ✓ inmunización completa y a tiempo: BCG, hepatitis B, DPT (difteria, pertusis, tétanos), vacuna oral de la poliomielitis, sarampión y *Haemophilus influenzae* tipo B;
- ✓ suplementos de vitamina A;
- ✓ seguimiento sistemático del crecimiento y evaluación del desarrollo;
- ✓ mejora en el agua, el saneamiento y la higiene; y
- ✓ mosquiteros tratados con insecticida.

**Las intervenciones en materia de tratamiento incluyen:**

- ✓ terapia de rehidratación oral para la diarrea (30);
- ✓ búsqueda rápida de atención;
- ✓ zinc para reducir las muertes debidas a la diarrea y la neumonía;
- ✓ rápido tratamiento con antibióticos para la neumonía y la disentería;
- ✓ rápido tratamiento contra el paludismo; y
- ✓ gestión de la desnutrición grave.

**Intervenciones esenciales para los lactantes y los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen**

---

Además, las siguientes intervenciones son necesarias para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen:

- ✓ profilaxis antirretroviral para las madres y los recién nacidos;
- ✓ evaluación clínica temprana y sistemática;
- ✓ pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor, incluidas las pruebas de laboratorio para la detección del VIH en los recién nacidos;
- ✓ orientación y apoyo para mejorar la nutrición y la alimentación de los recién nacidos y los niños de corta edad;
- ✓ tratamiento preventivo con cotrimoxazol;
- ✓ pruebas, prevención (incluida la profilaxis con isoniazida) y gestión de la TB;
- ✓ terapia antirretroviral temprana;
- ✓ apoyo a la adherencia al tratamiento;
- ✓ seguimiento clínico y de laboratorio sistemático;
- ✓ apoyo psicosocial; y
- ✓ atención, tratamiento y apoyo a los miembros de su familia.

En los sitios en Internet de la OMS, UNICEF y Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) se pueden conseguir recomendaciones más minuciosas sobre intervenciones decisivas en materia de supervivencia infantil, y la sección siguiente se centra en los lugares donde estas intervenciones exigen modificaciones para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen o donde se necesitan otras intervenciones debido a la presencia o exposición del VIH.

En la página web de la OMS sobre salud y desarrollo del niño y el adolescente se puede obtener más información sobre el enfoque del ciclo vital en materia de supervivencia y desarrollo infantiles. (31).

## Intervenciones de salud infantil que exigen otros componentes para los lactantes y los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen

---

**Nutrición, alimentación de recién nacidos y niños de corta edad.** Si no reciben una intervención, alrededor de un 5% a un 20% de los recién nacidos de mujeres que viven con VIH contraen la infección a través de la lactancia materna. Numerosos estudios han demostrado el riesgo de la transmisión por conducto de la leche materna, y unas tasas cada vez más altas de infección se relacionan con una duración prolongada de la lactancia materna y la alimentación combinada. Un reciente estudio procedente de Sudáfrica (32) demostró no obstante que la lactancia materna exclusiva por parte de madres que viven con VIH podría reducir sustancialmente la transmisión del VIH relacionada con la lactancia materna en comparación con la alimentación combinada. Además, se realizan actualmente estudios para examinar los efectos de la terapia antirretroviral para reducir la transmisión durante la lactancia materna en las madres que viven con VIH, así como los estudios sobre la eficacia de administrar medicamentos antirretrovirales al lactante durante el período del amamantamiento para reducir la transmisión.

La alimentación apropiada del recién nacido y el niño de corta edad es fundamental para optimizar la salud y el desarrollo de todos los niños. Dados los considerables beneficios de la lactancia materna para la salud infantil, se recomienda la iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses como una intervención esencial en materia de supervivencia infantil. A las mujeres que viven con el VIH se les recomienda también que alimenten a sus hijos exclusivamente con leche materna durante los 6 primeros meses de sus vidas, a menos que la alimentación con sustitutos sea aceptable, viable, asequible, sostenible y segura para ellas y sus hijos. Para los lactantes que se sabe que ya están infectados por el VIH se recomienda la lactancia materna continua. El sitio web de la OMS (33) presenta la declaración de consenso más reciente y los criterios específicos de una alimentación con sustitutos que cumpla los requisitos mencionados. Las Naciones Unidas ofrecen amplias recomendaciones con respecto a la alimentación de los lactantes (34). El sitio de la OMS en la web (35) presenta de forma muy completa un panorama general de los instrumentos y recursos disponibles en materia de alimentación infantil y VIH.

**Apoyo con macronutrientes.** El gasto energético durante el reposo aumenta en alrededor de un 10% entre los niños asintomáticos que tienen VIH, y las necesidades energéticas tanto de los adultos como de los niños aumentan en un 20% a un 50% adicionales durante el período de recuperación durante la convalecencia después de una grave infección. No hay pruebas de que sea necesario aumentar las proteínas en una medida superior a la que se indica para un régimen alimentario equilibrado a fin de compensar las necesidades totales de energía; por tanto, todos los niños deberían tener un régimen alimentario equilibrado en el que la proteína contribuya a alrededor de un 10% a un 15% de la ingesta energética (36).

Los objetivos nutricionales deben lograrse por medio de enfoques basados en alimentos siempre que sea posible; puede que los niños desnutridos necesiten una alimentación suplementaria o terapéutica, según sea el grado de su desnutrición.

**Suplementos con micronutrientes.** Se recomienda la administración de suplementos de vitamina A a partir de los 6 meses de edad para todos los niños menores de 5 años (37). Los suplementos de hierro y ácido fólico deben administrarse a todos aquellos que sean anémicos y corran el riesgo de sufrir una carencia de hierro. Para todos los niños, independientemente de si tienen el VIH o no, se sugiere la administración de la cantidad diaria recomendada (vitaminas y otros nutrientes) (38,39).

**Seguimiento sistemático del crecimiento y el desarrollo.** El crecimiento del niño refleja bien su salud y su situación en materia de nutrición. La falta de crecimiento, sin embargo, es frecuente entre los niños que tienen VIH. Estos niños requieren de una atención especial, ya que tienen otras necesidades para garantizar su crecimiento y desarrollo y dependen de los adultos para recibir una atención adecuada. La OMS ha preparado recientemente nuevas directrices para prestar asistencia en la evaluación de la situación nutricional de los niños expuestos al VIH o que lo tienen. Un seguimiento y supervisión del crecimiento realizados sistemática y continuamente, especialmente el aumento de peso (pero también la altura, la circunferencia de la cabeza y otras medidas de crecimiento) son esenciales para documentar la progresión del VIH y la respuesta al tratamiento, incluida la terapia antirretroviral (41). Se ha descubierto que la circunferencia de la parte mediana o superior del brazo, cuando se utiliza en combinación con otros signos clínicos (edema de fovea bilateral) es un indicador útil y muy práctico del riesgo de mortalidad relacionado con la emaciación (42) y es especialmente eficaz cuando la infección es una causa subyacente o que contribuye a la desnutrición. Si se consultan las normas de crecimiento infantil de la OMS para los niños menores de 5 años (43) se puede obtener más información.

**Gestión de la nutrición grave.** Todos los lactantes y los niños con desnutrición grave corren el riesgo de sufrir varios problemas que amenazan su vida y necesitan urgentemente el tratamiento típico, que incluye la administración de suplementos de vitaminas y minerales como parte de la gestión terapéutica. Para los niños expuestos al VIH, resulta fundamental someterlos a una prueba virológica para detectar temprano el VIH y optimizar el tratamiento de la desnutrición. Los niños expuestos al VIH que padecen formas sin complicaciones de desnutrición grave aguda deberían recibir tratamiento en la comunidad utilizando alimentos terapéuticos listos para usar (44). La gestión de los niños con desnutrición grave expuestos al VIH debe adaptarse a las directrices de la OMS (44) o a otras directrices nacionales apropiadas. Cuando un niño con VIH responde deficientemente a la alimentación terapéutica, se trata por lo general de una indicación de que se debe iniciar la terapia antirretroviral. Todos los lactantes que tienen VIH necesitan recibir terapia antirretroviral, pero antes de comenzarla es necesario estabilizar la desnutrición grave aguda.

**Prevención, detección temprana activa y gestión de las infecciones comunes y oportunistas.** A continuación se ofrece una lista de enfermedades comunes específicas de la infancia que se sabe que son más frecuentes y que están asociadas con resultados adversos en niños que tienen VIH. Es preciso seguir las directrices sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OMS y UNICEF o las directrices nacionales pertinentes.

**Neumonía.** Aunque existen intervenciones efectivas para reducir las muertes debidas a la neumonía, benefician a muy pocos niños, por lo que todos los años se producen más de 2 millones de muertes infantiles: casi una quinta parte de las muertes de niños menores de 5 años en todo el mundo. La desnutrición entre los niños de 0 a 4 años contribuye a más de 1.000.000 de muertes por neumonía todos los años, y los lactantes de 6 a 11 meses que no reciben leche materna corren también un riesgo mayor de morir de neumonía en comparación con quienes sí reciben leche materna. Los niños que tienen VIH y los niños que carecen de cantidades suficientes de determinados micronutrientes, especialmente de zinc, sufren otros riesgos de contraer la neumonía y de morir por esta causa. Las tasas de neumonía y mortalidad tanto en entornos con recursos limitados como en entornos de altos ingresos son más elevadas entre los niños que tienen VIH (45–47). En los países de África, la neumonía es la principal causa de admisión en los hospitales y la causa más frecuente de muerte entre los niños menores de 5 años que tienen VIH. Los lactantes que tienen VIH corren un riesgo mayor de contraer la neumonía pneumocystis (*Pneumocystis jirovecii*, antes conocida como *carinii*), que se puede tratar con cotrimoxazol.

Las intervenciones esenciales para reducir las muertes entre los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen y que padecen neumonía incluyen (48):

- reconocimiento temprano del niño enfermo por los familiares y personas a su cargo;
- búsqueda apropiada de la atención;
- mejora en la detección de los casos por los trabajadores de atención de la salud;
- tratamiento temprano apropiado con antibióticos; y
- profilaxis con cotrimoxazol para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen (ver también más abajo).

**Diarrea.** La diarrea aguda y crónica es una presentación clínica frecuente de la infección por VIH en todo el mundo y es una de las principales causas de mortalidad en cohortes de niños africanos que tienen VIH. En comparación con los lactantes no infectados, entre los lactantes que tienen VIH se dan unas tasas de incidencia más elevadas de diarrea aguda y diarrea persistente, y las muertes debidas a la diarrea son más frecuentes entre los niños que tienen VIH (49, 50).

La gestión apropiada de los casos incluye (30, 51–54):

- administración de fluidos adecuados disponibles en el hogar y utilización de la nueva solución de sales de rehidratación oral;
- aumento en la alimentación, incluida la leche materna, durante el episodio de diarrea y dos semanas después;

- utilización apropiada de antibióticos; y
- administración de suplementos de zinc durante 10–14 días (10 mg al día para los lactantes menores de 6 meses y 20 mg al día para los demás).

**Paludismo.** Los niños que tienen VIH corren un riesgo mayor de sufrir parasitemia sintomática, paludismo clínico o paludismo grave o complicado, y por tanto las intervenciones eficaces de prevención y tratamiento son fundamentales. La OMS recomienda ahora la terapia combinada a base de artemisinina para el tratamiento contra el paludismo *Plasmodium falciparum* (55–57).

Entre las intervenciones cabe señalar las siguientes:

- prevención por medio de la utilización de mosquiteros tratados con insecticidas y otras medidas de prevención apropiadas a escala local;
- un rápido reconocimiento y tratamiento de la fiebre en las zonas donde el paludismo es endémico;
- profilaxis con cotrimoxazol para evitar el paludismo entre las mujeres las niñas que tienen VIH; y
- utilización de la terapia combinada a base de artemisinina para tratar el paludismo *P. falciparum*.

**Inmunización.** Todos los lactantes y los niños expuestos al VIH deberían recibir tan pronto como sea posible todas las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización, incluidas las vacunas para la *Haemophilus influenzae* tipo B y la vacuna neumocócica, según los calendarios nacionales recomendados (58–60). Es preciso que los programas garanticen que todos los lactantes y los niños que estén expuestos al VIH o que lo tengan reciban servicios de inmunización para enfermedades que se pueden evitar mediante vacunas a fin de maximizar sus efectos. Es preciso ajustar los siguientes calendarios usuales de inmunización.

### **Sarampión**

Los lactantes infectados con el VIH deben recibir la vacuna contra el sarampión a los 6 meses, con una segunda dosis a los 9 meses, a menos que en ese momento estén gravemente inmunodeprimidos. Todos los niños con VIH deben también recibir una oportunidad adicional para inmunización contra el sarampión al entrar a la escuela (4-6 años de edad). Los lactantes o niños gravemente inmunocomprometidos o con VIH clínico severo deben posponer la vacunación hasta recuperarse clínica o inmunológicamente (61).

### **Vacuna conjugada neumocócica**

Tres dosis de la vacuna conjugada neumocócica son seguras e inmunógenas en los niños menores de 2 años tanto si están infectados con VIH como si no lo están y deben administrarse a los 2, 4, 6 y 12–15 meses de edad. La vacuna conjugada neumocócica, sin embargo, debe retrasarse si el niño está gravemente inmunodeprimido (62, 63).

### **Bacilo Calmette-Guérin (BCG)**

Nuevos estudios revelan que los lactantes que tienen VIH corren un mayor riesgo de contraer la forma diseminada de la enfermedad BCG, y por tanto no se debe administrar la vacuna BCG a los niños que se sabe que tienen VIH. Sin embargo, por lo general no es posible determinar si un recién nacido está infectado con el VIH al nacer, por lo que usualmente se debe administrar la vacuna BCG al nacer a todos los lactantes, independiente de la exposición al VIH, en las zonas donde la TB sea altamente endémica y entre poblaciones con una alta prevalencia del VIH (64, 65).

### **Vacuna Haemophilus influenzae tipo b**

La *Haemophilus influenzae* tipo b ha demostrado ser una importante causa de meningitis y neumonía bacteriana en la infancia. El VIH parece ser un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad invasiva debida a la *H. influenzae* tipo b, especialmente en la neumonía bacteriana. La profilaxis con cotrimoxazol podría reducir el riesgo de contraer la neumonía adquirida en la comunidad. Los niños expuestos al VIH o que lo tienen deberían recibir la vacuna conjugada para la *H. influenzae* tipo b. Esto exige tres inmunizaciones (por lo general a los 2, 4 y 6 meses de edad). En la mayoría de los países se recomienda administrar una dosis de

refuerzo a los 12–18 meses de edad pero podría no ser necesario, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, donde la mayoría de los casos de *H. influenzae* tipo b se producen antes de esa edad. Se debe retrasar la inmunización si el niño está gravemente inmunodeprimido.

En algunos países, se recomiendan otras vacunas como parte de la vacunación sistemática, especialmente contra la hepatitis B (66,67).

**Pruebas del VIH.** Un reconocimiento a tiempo de la exposición al VIH entre los lactantes y un diagnóstico precoz del VIH es fundamental para facilitar la iniciación oportuna de tratamiento para salvar vidas, como por ejemplo la terapia antirretroviral. En la actualidad se pasan por alto numerosas oportunidades para diagnosticar la infección por VIH en lactantes y niños, entre ellas por medio de servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo, lo que tiene como consecuencia un aumento en la mortalidad y/o la iniciación tardía de la terapia antirretroviral cuando los niños se encuentran ya en una etapa avanzada de la enfermedad. La OMS recomienda que se lleven a cabo pruebas para la detección del VIH y orientación iniciadas por el proveedor y dirigidas a los lactantes y los niños en los servicios de atención de la salud, para facilitar el diagnóstico y el acceso a servicios relacionados con el VIH. Por tanto, los proveedores de atención de la salud deben recomendar las pruebas de detección del VIH y la orientación como parte de los procedimientos normales de atención que se prestan a los lactantes o los niños si muestran signos y síntomas que pudieran revelar la existencia de la infección por VIH o si se sabe que han estado expuestos al virus (68).

Las pruebas del VIH se necesitan para determinar con precisión si los lactantes y los niños padecen la infección por VIH. Las pruebas normales de anticuerpos del VIH, sin embargo (tanto las rápidas como las que dependen del laboratorio) detectan los anticuerpos del VIH, que aparecen como respuesta a la infección del VIH. Debido a que los anticuerpos del VIH de la madre se transfieren pasivamente al recién nacido durante el embarazo y pueden persistir durante el primer año de vida (y excepcionalmente durante más tiempo), resulta difícil interpretar los resultados positivos de las pruebas de anticuerpos del VIH entre los lactantes. La infección por VIH en el primer año de vida se diagnostica por tanto con mayor precisión detectando la presencia de componentes del propio virus, usualmente el ácido nucleico (ADN del VIH o ARN del VIH) o los antígenos virales (p24); estas pruebas se denominan pruebas virológicas.

Entre las pruebas virológicas actualmente disponibles para el diagnóstico del VIH en los lactantes cabe destacar el ADN del VIH (reacción en cadena de la polimerasa (RCP)), ARN del VIH (RCP y otros métodos de detección del ARN) y pruebas ultra sensitivas de antígenos P24. Se debe establecer en debates con los servicios nacionales de laboratorio cuáles son las pruebas que se deben utilizar en circunstancias específicas. La utilización de manchas secas de sangre en filtros de papel puede facilitar la descentralización del acceso a las pruebas virológicas del ADN del VIH (69).

Amamantar a los lactantes sigue presentando el riesgo de que adquieran la infección por VIH durante el período de amamantamiento. Aunque la lactancia materna no tiene por qué interrumpirse antes de llevar a cabo las pruebas virológicas, interpretar los resultados negativos de las pruebas resulta difícil, y las madres cuyos lactantes presenten resultados serológicos negativos en esta situación necesitan una mayor orientación para analizar si la alimentación sustitutoria es aceptable, viable, asequible, sostenible y segura (véase más arriba la sección sobre alimentación de lactantes). Si los resultados son positivos, debe considerarse que reflejan la infección por VIH, y debe realizarse un seguimiento con los algoritmos usuales para confirmar el resultado. Sobre la base de la opinión de expertos, la OMS aconseja que se necesita un período de seis semanas antes de asumir que los resultados negativos de las pruebas virológicas excluyen fidedignamente la infección después de interrumpir la lactancia materna. Para los niños que han sido alimentados con leche materna durante el primer año de sus vidas, se sugiere que se mantenga el mismo periodo de seis semanas antes de que los resultados negativos de las pruebas serológicas de los anticuerpos del VIH excluyan fidedignamente la infección por VIH.

#### **Intervenciones de pruebas del VIH**

- 1 Todos los niños expuestos al VIH deben ser sometidos a una prueba virológica temprana a las 4 a 6 semanas de edad. Debe asumirse que los lactantes que den positivo a la infección por VIH están infectados y comenzar la terapia antirretroviral.

- 2 Para todos los lactantes y niños donde el VIH es posible, se sospecha que existe o se reconoce que hay una exposición al VIH, debe recomendarse la administración de pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor y adecuadas para la edad.
- 3 Si no hay pruebas virológicas disponibles, entonces los lactantes de quienes se sospeche que estén infectados por el VIH o sean seropositivos y no se encuentren bien, con signos y síntomas que sugieran la presencia del VIH, deben tratarse como si la infección por VIH fuese la causa. Hay que llevar a cabo pruebas de CD4, cuando estén disponibles, para evaluar la inmunodeficiencia y facilitar el reconocimiento de una presunta enfermedad grave por VIH que exija la administración inmediata de terapia antirretroviral.
- 4 Se debe recomendar la prueba del VIH a todos los miembros de la familia de los lactantes o los niños que se sabe que hayan estado expuestos al VIH o estén infectados con el virus.
- 5 A los lactantes y los niños que pudieran sufrir TB se les debe administrar una prueba del VIH.
- 6 Si la prueba de los anticuerpos del VIH es negativa en un niño menor de 18 meses que ya no recibe leche materna y quién no ha sido amamantado durante las últimas 6 semanas, se supone que el niño no esté infectado, y solamente se sugiere llevar a cabo una prueba virológica si los síntomas clínicos o los acontecimientos posteriores sugieren una infección por VIH.
- 7 Se recomienda llevar a cabo una prueba confirmatoria de los anticuerpos del VIH a los 18 meses para todos los niños expuestos al VIH.

## Intervenciones necesarias para lactantes y niños que están expuestos al VIH o que lo tienen

---

**Pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor** incluidas las pruebas virológicas para lactantes (véase más arriba y el gráfico en el anexo 4).

**Tratamiento preventivo con cotrimoxazol.** El cotrimoxazol es un antibiótico. Los datos procedentes de ensayos clínicos aleatorios y estudios de observación han demostrado la eficacia del tratamiento preventivo con cotrimoxazol para evitar la neumonía pneumocystis (*Pneumocystis jiroveci*, antes conocida como *carinii*) y otras infecciones entre los lactantes que tienen VIH y su eficacia en función de los costos en la reducción de la morbilidad y la mortalidad.

Debido a que es más probable que la muerte y la neumonía pneumocystis se produzcan en los primeros 6 meses de vida, antes de que se asegure el diagnóstico del VIH con toda fidelidad, la OMS recomienda el tratamiento preventivo con cotrimoxazol para todos los lactantes expuestos al VIH hasta que se confirme su estado. Todos los niños expuestos al VIH nacidos de madres que viven con VIH deben comenzar a recibir un tratamiento preventivo con cotrimoxazol a las 4–6 semanas de haber nacido y continuar hasta que se haya excluido la infección por VIH y el recién nacido no corra ya más riesgo de adquirir el VIH por vía del amamantamiento. Se puede descontinuar el tratamiento preventivo con cotrimoxazol en los lactantes a quienes se ha confirmado que no están infectados con el VIH y que no reciben ya leche materna y por tanto no corren más el riesgo de adquirir el VIH (70).

Las directrices de la OMS recomiendan también el cotrimoxazol para los lactantes y niños que tienen VIH. Todos los lactantes con VIH deben seguir recibiendo el tratamiento preventivo con cotrimoxazol hasta los cinco años, cuando pueda resultar necesario volverlos a examinar (70).

El cotrimoxazol debe administrarse de manera gratuita.

**Terapia antirretroviral y atención de seguimiento.** Los lactantes y los niños responden bien a la terapia antirretroviral, y hay disponibles numerosos medicamentos antirretrovirales potentes. Si la infección por VIH se detecta durante el periodo de lactancia, la terapia antirretroviral precoz es especialmente decisiva, pero en la actualidad la mayoría de los niños que se presentan a los programas de tratamiento son de mayor edad. El

cuadro en la presentación del VIH varía por edad: los lactantes y los niños de corta edad presentan usualmente una infección aguda (sobre todo neumonía pneumocystis en los primeros 3 a 6 meses de vida), mientras que los niños de mayor edad suelen presentar una reducción del crecimiento y el desarrollo. La Administración de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos ha aprobado una combinación de medicamentos antirretrovirales de dosis fija para los niños, con la precalificación de la OMS, y hay otras combinaciones de dosis fija para los niños pendientes. La OMS ha publicado directrices técnicas describiendo la atención mediante terapia antirretroviral para los lactantes y los niños, actualizadas recientemente para hacer hincapié en el diagnóstico y tratamiento tempranos (71), y dispone de módulos de capacitación para la atención del VIH (72). A medida que se amplían las pruebas del VIH para los lactantes, los programas tendrán que garantizar cada vez más la disponibilidad de terapia antirretroviral para este grupo de edad, lo que exige disponer de medicamentos antirretrovirales para lactantes y una orientación para la administración de las dosis. La terapia antirretroviral dirigida a los lactantes y los niños debe ser gratuita para los usuarios.

El tratamiento nacional del VIH y las directrices sobre la atención deberían incluir:

- ✓ criterios para inscribirse en los servicios de atención;
- ✓ criterios para iniciar la terapia antirretroviral;
- ✓ atención con terapia pre-antirretroviral;
- ✓ regímenes de tratamiento comunes de primera y segunda línea;
- ✓ formularios nacionales necesarios;
- ✓ criterios sobre el tipo de trabajadores de la salud que pueden iniciar una terapia antirretroviral;
- ✓ seguimiento clínico y de laboratorio;
- ✓ criterios y medidas necesarias en caso de un fracaso del tratamiento;
- ✓ consideración especial para los diferentes grupos de edad, especialmente los lactantes y los adolescentes;
- ✓ consideraciones especiales para la coinfección con TB y otras condiciones pertinentes a escala local, entre ellas el abuso de sustancias;
- ✓ apoyo nutricional;
- ✓ apoyo a la adherencia al tratamiento; y
- ✓ instrucciones simplificadas sobre la dosificación estándar para los medicamentos antirretrovirales en todos los niveles de prestación de servicios (73).

**Apoyo a la adherencia y el tratamiento.** La eficacia y la durabilidad de los regímenes de terapia antirretroviral dependen de una optimización de la adherencia a la terapia antirretroviral. La adherencia significa tomar la dosis adecuada de las medicinas, a la hora adecuada y de la manera adecuada (por ejemplo, con el tipo adecuado de alimentos o fluidos y antes o después de las comidas), según el plan de tratamiento. A escala del hogar, esto exige tener cuidado con las medicinas para garantizar que se guardan de una forma apropiada y segura. En el caso de los recién nacidos y los niños de corta edad es posible que sea necesario realizar ajustes frecuentes de las dosis a fin de adecuarse a su rápido crecimiento.

La adherencia en el caso de los lactantes y los niños presenta un problema especial debido a factores relacionados con los niños, los cuidadores, las medicinas, el entorno y las relaciones que se dan entre estos factores. Puede que los medicamentos no sean apetecibles, que las píldoras sean demasiado grandes o los líquidos tengan excesivo volumen, que las dosis sean demasiado frecuentes, que se produzcan restricciones en el consumo de alimentos o que haya efectos secundarios que dificulten la ingesta sistemática de la medicación necesaria. Además, tratar con éxito a un niño exige el compromiso y la participación de un cuidador responsable y constante. Entre las intervenciones fundamentales para apoyar una terapia antirretroviral eficaz cabe destacar una preparación adecuada del tratamiento, una evaluación y anticipación frecuente de las dificultades que pueden presentarse para la adherencia, y un apoyo específico (74). Una preparación expedita del tratamiento es necesaria para acompañar la iniciación temprana a la terapia antirretroviral entre los lactantes diagnosticados durante los primeros

meses de vida; esto debe incluir una intensificación en las actividades para lograr una comprensión de la importancia de la adherencia al tratamiento.

**Seguimiento clínico y de laboratorio.** Todos los niños diagnosticados con la infección por VIH deben ser sometidos a una evaluación clínica y de laboratorio de referencia para establecer la evolución clínica de la enfermedad del VIH y, cuando sea posible, realizar pruebas de CD4 para determinar si cumplen con las condiciones necesarias para comenzar una terapia antirretroviral. El porcentaje de CD4 es más constante y menos dependiente de la edad que el número absoluto de CD4, de modo que es la medida preferida de D4 para niños pequeños. Establecer una capacidad de seguimiento en los laboratorios resulta altamente deseable para mejorar la eficacia de las intervenciones terapéuticas y garantizar la iniciación segura y oportuna de la terapia antirretroviral. Cuando no hay capacidad de laboratorio, se pueden utilizar parámetros clínicos para realizar un seguimiento de la terapia antirretroviral (75–77).

**Apoyo psicosocial.** Las familias, los cuidadores y los niños que tienen VIH necesitan también disponer de acceso a otros servicios esenciales que están generalmente disponibles fuera de los establecimientos de salud, como:

- ✓ servicios de orientación para los niños adecuados según su edad;
- ✓ reconocer las necesidades y ofrecer orientación y apoyo a los cuidadores;
- ✓ apoyo a la revelación y a la información dirigida a los niños;
- ✓ mitigación del estigma;
- ✓ reconocimiento y apoyo para mitigar el duelo y superar el trauma;
- ✓ reconocimiento y recomendaciones para abordar la depresión, los retrasos en el crecimiento y otras cuestiones; y
- ✓ apoyo de las prácticas de atención familiar que afectan directamente el desarrollo en la primera infancia (como apoyo y educación por parte de los progenitores, juego y estimulación).

Estos servicios, allí donde se proporcionan, reciben a menudo el apoyo de organizaciones no gubernamentales o de asociados en la ejecución.

**TB.** La TB representa una considerable amenaza a la salud infantil. La infección por VIH intensifica la susceptibilidad a la infección con *Mycobacterium tuberculosis* y el riesgo de una rápida progresión hacia la enfermedad de la TB y, en niños mayores con TB latente, una reactivación. En los países con recursos limitados se ha informado sobre un aumento en los niveles de coinfección con TB y VIH en los niños, y la prevalencia de VIH entre los niños con TB oscila de un 10% a un 60%. Es preciso considerar siempre la TB entre los niños sintomáticos que tienen VIH.

Entre las intervenciones cabe destacar las siguientes (78–80).

1. Se recomienda el tratamiento preventivo con isoniazida para los niños que tienen VIH y viven en zonas donde hay una elevada prevalencia de TB o se producen contactos en el hogar con personas con TB, después de haber excluido una TB activa.
2. Un registro de los contactos y la historia familiar de los niños en riesgo.
3. Los contactos en el hogar o la presencia de niños expuestos a un adulto diagnosticado con TB activa o casos de TB pulmonar con frotis positivo requieren una investigación y la exclusión de la TB activa.
4. El tratamiento de la TB debe seguir las directrices del programa nacional de TB. Es preciso seguir una terapia de observación directa.
5. Las recomendaciones para administrar la terapia antirretroviral a niños que sufren una coinfección con TB deben seguir las directrices nacionales para la terapia antirretroviral.

La OMS dispone de más recursos sobre la gestión clínica de los niños con VIH que es posible consultar en el sitio en la web (70, 71,81–8 4). Para obtener instrucciones sobre cómo inscribirse gratuitamente para consultar todos los instrumentos de la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI), entre ellos materiales de formación para los módulos de directrices clínicas y materiales de gestión de distrito mencionados anteriormente, visite [http://www.who.int/hiv/capacity/Access\\_Sharepoint.pdf](http://www.who.int/hiv/capacity/Access_Sharepoint.pdf). Esto incluye un documento de información de la IMAI que resume todos los instrumentos de la IMAI, de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de la Gestión Integrada del Embarazo y el Parto.

### 3. ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES PARA AMPLIAR EL DIAGNÓSTICO, LA ATENCIÓN, EL APOYO Y EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CONTRA EL VIH

---

Siete estrategias fundamentales son esenciales para ampliar los programas infantiles de prevención, diagnóstico y tratamiento contra el VIH. A continuación figuran las medidas necesarias para incorporar estas estrategias a los programas nacionales.

**Estrategia 1: Mejorar la capacidad de liderazgo, la apropiación y la rendición de cuentas de los gobiernos mediante el fortalecimiento de las estructuras establecidas de gestión y coordinación para garantizar una respuesta apropiada a las necesidades de los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen mediante la formulación de políticas de apoyo, el establecimiento de objetivos nacionales y la preparación de planes nacionales presupuestados para la ampliación dirigida a beneficiar a los niños necesitados.**

#### Antecedentes

---

Una capacidad de liderazgo, la apropiación de los programas, y su gestión y su coordinación eficaces son los elementos necesarios a escala nacional y subnacional (como los distritos) para promover y apoyar la ampliación de los programas infantiles contra el VIH y garantizar la prestación de una atención de alta calidad. Aunque suele haber en pie estructuras de gestión y coordinación centradas en las necesidades generales de salud de la infancia, la importancia que se otorga a las necesidades de los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen es a veces poco firme e insuficiente. Además, las unidades dedicadas al VIH se centran más en las necesidades de los adultos y han pasado por alto las necesidades de los recién nacidos y de los niños de corta edad. Las estructuras de gestión en los ministerios de salud deben garantizar la coordinación de los puntos de entrada fundamentales en la atención del VIH, así como de los puntos de prestación de servicios básicos para los niños, incluidos los programas para las madres, los lactantes y los niños, dentro de su enfoque para identificar a los lactantes expuestos al VIH, a los niños que tienen VIH y para vincular a los niños con la atención y el tratamiento cuando sea necesario. Las estructuras de gestión y coordinación serán más eficaces en sus esfuerzos encaminados a integrar las actividades de los programas cuando puedan recibir los recursos humanos y financieros que faciliten la gestión y la coordinación tanto a escala nacional como subnacional, la delegación de autoridad y la asignación apropiada de fondos en todos los programas y la flexibilidad de los flujos de recursos y la asignación a todos los niveles.

Disponer de un promotor de alto nivel de la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH en el ministerio de salud o en otras altas instancias resulta a menudo de utilidad. Estos defensores pueden reforzar el compromiso en la ejecución del programa y garantizar la rendición de cuentas de los gestores de mediano nivel responsables de las actividades cotidianas y facilitar importantes cambios en las políticas.

#### Medidas pertinentes

---

**Análisis de situación.** Se debe llevar a cabo un análisis rápido pero sistemático de la situación a fin de evaluar la programación actual, incluidos los principales estrangulamientos en el sistema de salud, y utilizarlo para orientar el plan nacional de estrategia y ejecución que aborde la salud infantil y el VIH (véase el Anexo 1). Los elementos básicos del análisis de la situación deben incluir evaluaciones para informar si se está identificando a los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen, las intervenciones que reciben (Recuadro 1) y las funciones de los establecimientos de salud y la comunidad en la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH y las relaciones respectivas entre ambas. Puede que al análisis rápido inicial le tenga que seguir un análisis funcional sobre áreas específicas más extenso, pero esto no debe retardar la ampliación de las actividades programáticas. Las consecuencias para la salud y los resultados para la salud de los niños y la supervivencia infantil (como encuestas demográficas y de salud o encuestas de indicadores múltiples por conglomerados) se evalúan sistemáticamente cada 3 al 5 años, y esto puede utilizarse para sustentar y modificar los planes nacionales estratégicos y/o de ejecución.

### **Recuadro 1. Evaluación de la intervención de los programas de atención y tratamiento de los niños contra el VIH**

*Evaluar si las siguientes intervenciones están articuladas en las directrices de políticas y prácticas actualizadas y ponerlas en práctica en las actividades relacionadas con el VIH, los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo y los programas de salud para las madres, los lactantes y los niños:*

- ✓ *pruebas de detección del VIH y orientación iniciadas por el proveedor;*
- ✓ *pruebas tempranas para los lactantes expuestos al VIH (diagnóstico temprano del lactante) incluyendo mecanismos de seguimiento de lactantes expuestos al VIH como incluir el estatus de exposición e infección con VIH en las tarjetas clínicas y registros médicos;*
- ✓ *orientación y apoyo a la alimentación de los lactantes;*
- ✓ *tratamiento preventivo con cotrimoxazol*
- ✓ *intensificación del seguimiento del crecimiento, de la evaluación del desarrollo y del apoyo a los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen;*
- ✓ *calendarios modificados de inmunización;*
- ✓ *intensificación de la prevención (incluida la profilaxis con isoniazida for M. tuberculosis) y una gestión óptima del VIH y la TB;*
- ✓ *prevención del paludismo, incluida la distribución de mosquiteros tratados con insecticida;*
- ✓ *terapia antirretroviral para los niños, entre ellos los menores de 5 años;*
- ✓ *seguimiento clínico y de laboratorio, con prioridad en las necesidades de la infancia;*
- ✓ *redes operativas de referencia de casos y mecanismos para el registro de los pacientes entre establecimientos y comunidades y dentro de los establecimientos; y*
- ✓ *servicios en materia de VIH para lactantes y niños, que incluyan pruebas del VIH, seguimiento clínico y terapia antirretroviral, todo ello ofrecido gratuitamente a la familia afectada.*

**1.1. Objetivos.** Sobre la base de las lecciones aprendidas en la Iniciativa “3 para 5”, para ampliar los programas es necesario establecer objetivos de tratamiento de los niños. Los objetivos pediátricos actualizados deben desarrollarse basados en la carga y necesidad estimadas para el país o provincia, capacidad para la ampliación de los servicios y debe incluir a niños pequeños y acceso temprano al tratamiento. Resulta especialmente importante establecer objetivos con plazos concretos para el diagnóstico temprano, la terapia antirretroviral y la profilaxis con cotrimoxazol basados en las necesidades, ya que ambas intervenciones reducen considerablemente la morbilidad y la mortalidad, y los niveles actuales de absorción son reducidos en la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos. Los objetivos basados en plazos concretos contribuyen a inculcar a los gestores nacionales del programa un sentimiento de urgencia, así como un impulso necesario. Los objetivos basados en la población o basados en la geografía pueden utilizarse también localmente para impulsar la planificación: por ejemplo, los objetivos de tratamiento para las zonas urbanas probablemente difieren de los que se asignan a las zonas rurales. Establecer objetivos a escala de distrito es también importante, ya que asigna expectativas y responsabilidades y sirve de ayuda a la coordinación de la asistencia técnica de apoyo, incluida la que se dedica a la formación de los proveedores de atención de la salud; también garantiza que llegue la cantidad apropiada de suministros a los lugares necesitados.

**1.2. Garantizar que las estructuras de gestión y coordinación aborden la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH.** Las estructuras de gestión deben ofrecer una dirección programática para los servicios de los programas de VIH destinados a la infancia, garantizar la coordinación entre las partes interesadas y supervisar la planificación, ejecución, seguimiento y calidad del programa a escala nacional

y subnacional. Deben recibir apoyo de órganos asesores o de grupos de trabajo técnicos que incluyan todos los recursos nacionales técnicos esenciales, así como a los donantes principales y a los aliados en la ejecución de programas. Las estructuras de gestión deben garantizar que los presupuestos nacionales incorporen los elementos necesarios para la ampliación a escala nacional. Los gobiernos deben proporcionar estructuras de gestión con recursos suficientes para garantizar la puesta en práctica de las actividades de gestión, coordinación y supervisión.

Las funciones esenciales del organismo de gestión y coordinación deberían incluir lo siguiente.

**a. Formulación de un plan de ejecución para ampliar el tratamiento de los niños contra el VIH** que guarde relación con los perfiles de VIH y supervivencia de la infancia hasta la nacional y de distrito que integran actividades de la comunidad y que incluyen la planificación y el desarrollo de recursos humanos (como las necesidades en materia de formación y la determinación de oportunidades para cambiar y compartir tareas). Este plan debe tener en cuenta los programas del VIH existentes para las mujeres y los niños en el país. El Grupo interinstitucional de Tareas sobre la prevención de la infección por VIH en las mujeres embarazadas, las madres y sus hijos ha formulado directrices para la ampliación (85). Actualmente está en proceso de preparación una nueva guía sobre la gestión de programas para mejorar la salud infantil, cuyo objetivo es prestar asistencia a los gestores de programas responsables de la salud de la infancia; el proceso incluye someterla a prueba en el terreno. Una vez que esté disponible, se podrá consultar en el sitio de la OMS en Internet en <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

**b. Alcanzar un consenso con respecto al conjunto esencial de intervenciones para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen.**

El conjunto esencial de intervenciones debe incluir intervenciones fundamentales para la supervivencia del niño, calendarios de inmunización modificados e intervenciones concebidas para abordar enfermedades comunes de la infancia.

**c. Formular políticas apropiadas para facilitar la aplicación de actividades programáticas básicas para la infancia.** Entre los ejemplos de este tipo de políticas cabe incluir:

- ✓ realizar pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor y recomendadas para las mujeres embarazadas, concediendo prioridad a las mujeres que den positivo, para una evaluación con miras a administrar profilaxis o tratamiento;
- ✓ realizar pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor recomendadas para niños enfermos en lugares donde hay posibilidades de que haya un elevado número de niños que tengan VIH, como los pabellones pediátricos o las clínicas de desnutrición;
- ✓ poner en práctica pruebas de seguimiento para lactantes que se sabe que están expuestos al VIH;
- ✓ utilizar mecanismos para comunicar la exposición al VIH, o la infección por VIH, de un niño, como tarjetas de salud infantil con la situación sobre la exposición al VIH documentada y tarjetas sobre terapia antirretroviral para adultos que exijan información sobre la situación del niño en materia de VIH;
- ✓ proporcionar un conjunto con diagnóstico, atención y tratamiento contra el VIH gratuito que incluya terapia antirretroviral para los niños;
- ✓ garantizar la protección jurídica y social para los niños que tienen VIH;
- ✓ utilizar modalidades de consentimiento para la prueba del VIH apropiadas para la etapa de desarrollo en que se encuentre el niño; y
- ✓ revisar los ámbitos nacionales de práctica para permitir que otros tipos de trabajadores de la salud realicen tareas relacionadas con la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH.

Estas políticas se deben incorporar a los procesos de preparación en lugares concretos y las expectativas personales, y hay que difundirlas activamente para que se pongan en práctica.

**d. Revisar y adaptar las directrices existentes relacionadas con la prestación de atención y tratamiento de los niños contra el VIH**

La OMS ha preparado y/o actualizado directrices que pueden adaptarse a escala de país:

- ✓ pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor y orientación y diagnóstico para lactantes (68);
- ✓ servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo (86);
- ✓ terapia antirretroviral para los niños (71);
- ✓ directrices para la supervisión de los pacientes (77);
- ✓ profilaxis con cotrimoxazol (70); y
- ✓ alimentación de lactantes y niños de corta edad (35,87).

**e. Coordinar la capacitación de los trabajadores de atención de la salud**

A medida que los gobiernos comienzan a descentralizar la prestación de atención de la salud infantil contra el VIH, la necesidad paralela de fortalecer la capacidad de los trabajadores de atención de la salud existentes para gestionar la atención del VIH no sólo de los adultos sino también de los niños exigirá un proceso nacional coordinado de formación. La coordinación a escala de distrito es esencial para garantizar que la formación se aplique uniformemente en todos los lugares y que llegué a todos los proveedores que la necesiten.

Entre los ejemplos de actividades fundamentales relacionadas con la formación cabe destacar:

- ✓ determinar las aptitudes específicas, los conocimientos y las competencias que necesitan los prestadores a cada nivel para ofrecer el conjunto esencial de servicios (o elementos);
- ✓ formular un plan nacional de formación que tenga en consideración las necesidades de capacitación de todos los tipos de trabajadores de atención de la salud, centrándose primero en la formación de aquellos que se encuentran en zonas con una alta carga de VIH, e incluyendo una evaluación sobre el efecto de la capacitación dentro del plan nacional de formación;
- ✓ establecer una capacidad a nivel de distrito para ejecutar la formación; y
- ✓ desarrollar o adaptar los planes de estudio existentes para la formación durante el servicio o antes del servicio, como los que ofrece la IMAI y la AIEPI de la OMS, la Red Africana para el cuidado de los niños afectados por VIH/SIDA, el Centro Internacional para la atención y el tratamiento contra el SIDA y la Iniciativa Internacional Baylor sobre el tratamiento pediátrico del SIDA (véase el Anexo 2).

Han concluido varios planes de formación y hay otros en proceso de preparación. El Anexo 2 ofrece más información sobre este tema.

**f. Establecer los preparativos y la capacidad de acción en los establecimientos y los procedimientos operativos uniformes relacionados con la prestación de diagnósticos, atención y tratamiento contra el VIH de alta calidad para los niños**

A medida que se descentraliza la atención infantil, será cada vez más importante garantizar que los establecimientos que ofrecen esta atención dispongan de la capacidad necesaria (humana y física) para ofrecer atención, y que la calidad de la atención que se presta sea aceptable. Es preciso establecer criterios de disponibilidad para los establecimientos que se preparan para ofrecer a los niños atención y tratamiento contra el VIH.

**g. Integrar los productos necesarios para los lactantes y los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen en los sistemas nacionales de gestión de adquisiciones y suministros**

Garantizar que los sistemas nacionales de gestión de adquisiciones y suministros incluyan las medicinas, los diagnósticos y los productos relacionados con el VIH que requieren los niños (véase la sección sobre gestión de suministros).

**h. Integrar los indicadores sobre servicios del VIH para los niños en los sistemas de seguimiento y evaluación (véase la sección sobre seguimiento y evaluación).**

**Estrategia 2: Integrar la prestación de servicios para la prevención, el diagnóstico, la atención, el tratamiento y el apoyo a los niños contra el VIH en servicios ya existentes como los de salud de la madre y el niño contra el VIH, y descentralizar la prestación de los elementos básicos del conjunto de atención y tratamiento de los niños contra el VIH al nivel más bajo de prestación de atención de la salud que sea apropiado y viable**

### Antecedentes

---

Tradicionalmente, se ha considerado que la infección por VIH entre los niños es una labor para especialistas y sigue limitada en la mayoría de los casos a los centros de atención terciaria. Descentralizar la prestación de atención por medio de un conjunto integrado de servicios para los niños y las familias ofrece varias ventajas:

- ✓ proporcionar atención a todos los miembros de la familia, incluidos los compañeros varones y otros familiares, en el mismo lugar y al mismo tiempo;
- ✓ minimizar el costo y el tiempo que representa el transporte desde el hogar a los centros terciarios y viceversa;
- ✓ facilitar la continuidad de la atención entre el hogar, la comunidad y el centro de salud; y
- ✓ ampliar al máximo los esfuerzos para mejorar la adherencia y superar los obstáculos que impiden un compromiso a largo plazo con la atención.

### Medidas pertinentes

---

**2.1 Integrar el diagnóstico, la atención, el tratamiento y el apoyo a los niños contra el VIH en servicios de atención y tratamiento contra el VIH ya existentes**

Los lugares que ya ofrecen terapia antirretroviral son un punto de partida excelente para ampliar el diagnóstico, la atención, el tratamiento y el apoyo para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen, debido a que en ellos ya se han abordado muchos de los problemas que presenta la ampliación de los servicios contra el VIH, como la formación en la gestión clínica del VIH, los suministros, las adquisiciones y la capacidad de laboratorio. Sin embargo, puede que sea necesario celebrar sesiones específicas de formación relacionadas con la infancia para superar el “miedo” a tratar a niños de algunos profesionales clínicos, para ofrecer las aptitudes especiales necesarias para extraer sangre a los niños, para ofrecer apoyo psicosocial a los niños y para garantizar que hay alguien en todo equipo clínico capacitado para ofrecer orientación y apoyo en relación con la alimentación del lactante. Ya que muchos países han logrado considerables progresos en el establecimiento de servicios de terapia antirretroviral, la oportunidad para ampliar la atención del VIH para los niños y el acceso a la terapia antirretroviral es importante (Recuadro 2).

Malawi presenta un ejemplo excelente de ampliación del acceso de los servicios del VIH a los niños. Sobre todo por medio de un plan concertado para integrar la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH en los lugares existentes, el número de establecimientos que ofrecen terapia antirretroviral infantil aumentó de 22 a mediados de 2005 a 83 a finales de 2006 (18 meses después). El número de niños que reciben tratamiento aumentó de manera correspondiente durante el mismo periodo de un poco más de 1.000 a más de 5.000.

## Recuadro 2. Directrices sobre atención del VIH crónico

*La revisión 2 del módulo de orientación de la IMAIAIEPI de la OMS sobre atención del VIH crónico con terapia y prevención antirretroviral, con sus cursos de formación y los materiales de apoyo a la orientación y la gestión integra la atención de los niños con la atención de los adolescentes y los adultos. La capacitación básica para el personal clínico y las personas que viven con VIH sobre la orientación en materia de terapia antirretroviral ofrece una base sólida en materia de atención basada en la familia y preparación para gestionar la atención del VIH crónico y la terapia antirretroviral para los niños. Sobre la base de una experiencia inicial en 10 países, la sección de las directrices relacionadas con los niños ha sido ampliada para incluir recomendaciones destinadas a informar y facilitar la revelación a los niños y el apoyo psicosocial. Al integrar la atención de los niños en unas directrices a instrumentos operativos simplificados que apoyan el cambio de tareas y la descentralización de la atención, el enfoque de IMAI y AIEPI puede apoyar la rápida ampliación de la atención del VIH para los niños.*

Fuente: *Chronic HIV care with ARV therapy and prevention: guidelines for health workers at health centre or district hospital outpatient clinic (88).*

### 2.2 Integrar el diagnóstico, la atención, y el tratamiento contra el VIH en los programas de salud existentes para las madres, los lactantes y los niños

Los programas de salud para las madres, los lactantes y los niños, que incluyen servicios específicos como la inmunización, no se utilizan por lo general debidamente para ampliar los servicios del VIH para los niños, incluso a pesar de que estos programas están bien establecidos, cuentan con un buen número de usuarios y tienen una alta penetración en las mismas comunidades seleccionadas (véase también diagnóstico precoz, estrategia 3).

**Atención prenatal.** La atención prenatal ofrece la oportunidad de ofrecer pruebas y orientación a las mujeres embarazadas. Para las mujeres seronegativas, presenta la oportunidad de obtener la información y las aptitudes necesarias para permanecer libres del virus. Para las mujeres que viven con VIH, presenta la oportunidad de recibir información sobre la importancia de las medidas para reducir la transmisión al recién nacido y un punto de entrada para evaluar su propia necesidad de terapia o profilaxis antirretroviral. También es preciso educar a las mujeres embarazadas durante las visitas de atención prenatal sobre la importancia de una alimentación infantil sin riesgos, la prueba de detección del VIH, el tratamiento preventivo con cotrimoxazol para el recién nacido y la necesidad de una iniciación temprana de la terapia antirretroviral si se descubre que el lactante tiene VIH.

**Atención de la salud infantil.** Los trabajadores de atención de la salud tienen que saber cómo prestar apoyo y gestionar a los lactantes que están expuestos al VIH o que lo tienen. Los trabajadores de atención de la salud deben poder reconocer cuándo resulta necesario someter a los lactantes y a los niños a la prueba del VIH y al tratamiento preventivo con cotrimoxazol (lo que se puede hacer de manera más eficaz si la tarjeta de salud del niño incluye información relacionada con los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo) y apoyar a las madres en materia de alimentación infantil. Una aptitud importante que es preciso adquirir es ofrecer un seguimiento sistemático de los niños que reciben terapia antirretroviral que incluya el tratamiento apropiado de las enfermedades comunes de los niños que tienen VIH. Los proveedores tienen también que ser capaces de reconocer cuándo tienen que referir al niño a un establecimiento de atención del VIH y de terapia antirretroviral cuando se presenten problemas más complicados, como por ejemplo la toxicidad o la ineficacia del tratamiento.

**Atención y tratamiento contra el VIH.** En los países con una alta carga, puede que sea necesario integrar intervenciones de atención y tratamiento contra el VIH más complicadas en los mismos programas de salud para las madres, los lactantes y los niños, facilitando que los mismos trabajadores de la salud determinen, diagnostiquen, cuiden y traten a niños expuestos al VIH o infectados por el virus. Es preciso apoyar la alimentación infantil y vigilar sistemáticamente el crecimiento, tanto cuando la madre ha escogido la lactancia

materna exclusiva como cuando ha optado por la alimentación con sustitutos. Para lograrlo, se pueden ampliar las aptitudes de los trabajadores de salud capacitados en la AIEPI utilizando el curso complementario de la AIEPI sobre VIH/SIDA (82); la capacitación en la IMAI ofrece aptitudes para preparar al equipo clínico a prestar atención contra el VIH crónico y terapia antirretroviral de primera línea para los niños (Recuadro 3).

### **Recuadro 3. Un enfoque de la AIEPI al diagnóstico, el cuidado, el apoyo y el tratamiento contra el VIH**

*Varios países (Botswana, Etiopía, Kenya, Lesotho, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe) han adaptado sus materiales de la AIEPI para incluir el VIH y el SIDA. Las directrices de la AIEPI sobre el VIH son similares a las directrices sindrómicas existentes para las enfermedades comunes de la infancia, ya que ofrecen a los trabajadores de atención de la salud una lista de verificación para determinar si un niño puede estar expuesto al VIH o infectado con el virus. La primera cuestión durante la evaluación del niño es saber si la madre fue sometida a una prueba del VIH durante el cuidado prenatal. Dependiendo de la respuesta recibida y de la presencia o ausencia de otros síntomas como la neumonía, la diarrea persistente o la desnutrición grave, el trabajador de la salud puede clasificar al niño en diferentes categorías relacionadas con la exposición al VIH y la infección y establecer cuáles son las siguientes medidas que hay que tomar en el plan de atención del niño. El curso complementario de capacitación de la AIEPI sobre VIH (82) aborda las pruebas del SIDA en recién nacidos y lactantes y ofrece una introducción acerca de la orientación sobre alimentación infantil.*

## **Descentralización**

### **2.3 Decidir qué intervenciones dirigidas a la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH pueden descentralizarse, y en qué puntos existentes de prestación de la salud**

La importante decisión sobre cuáles son las intervenciones que deben descentralizarse para que se ocupen de ellas los sistemas de salud de un nivel inferior depende de la complejidad de la intervención, la carga de la enfermedad y la proximidad a las comunidades. Los beneficios de la descentralización para las personas que reciben servicios deben equilibrarse con la capacidad del sistema de atención de la salud para proporcionar servicios de alta calidad. En países con una baja carga, puede que la descentralización de la iniciación de la terapia antirretroviral para los niños a un nivel más periférico no resulte práctica, ya que el número de niños que tienen VIH que examina cada proveedor de la salud descenderá por debajo del nivel necesario para mantener actitudes clínicas. La prestación de tratamiento preventivo con cotrimoxazol o la referencia de casos de niños sintomáticos, sin embargo, pueden por lo general descentralizarse a los niveles más bajos del sistema de salud (Recuadro 4).

### **Recuadro 4. Descentralizar la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH**

*Descentralizar la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH exige reforzar la capacidad de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel para que puedan proporcionar servicios que anteriormente se habían limitado a los centros especializados de referencia. Esto exigirá transferir las tareas de trabajadores de atención de la salud más especializados a otros menos especializados, como por ejemplo de pediatras especializados a médicos polivalentes, empleados médicos y médicos generales, de estos médicos básicos a enfermeros y empleados clínicos y de enfermeros a personas que viven con VIH capacitadas y remuneradas y a otros proveedores no profesionales y trabajadores y organizaciones basados en la comunidad. La experiencia en muchos países ha mostrado que los médicos no especializados, los empleados*

*clínicos y las enfermeras pueden prestar eficazmente servicios clínicos relacionados con el VIH a los adultos, como la terapia antirretroviral. Transformar las tareas relacionadas con la atención y el tratamiento de los niños puede presentar problemas especiales si el personal solamente ha gestionado casos de adultos durante su carrera profesional; pero esto puede resolverse mediante una capacitación adecuada, una supervisión de apoyo y una orientación clínica.*

#### **2.4 Mejorar los mecanismos de referencia y atención a los niños**

Una cierta proporción de niños con VIH tienen que ser referidos a un nivel superior de atención para gestionar infecciones oportunistas complicadas o administrarles la terapia antirretroviral. Para descentralizar con eficacia la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH, es preciso establecer sistemas adecuados para la referencia de casos. Esto incluye la disponibilidad y accesibilidad de medios de transporte y la presencia de mecanismos para una comunicación adecuada entre el equipo clínico de referencia, el centro que ofrece orientación y el cuidador y la familia del niño. También hay que establecer sistemas para transferir con eficacia los resultados de las pruebas y la orientación de vuelta al proveedor clínico que ha realizado la referencia. Un sistema telefónico de recogida de mensajes (por medio del cual los llamados telefónicos para realizar consultas se responden en un corto periodo de tiempo, a diferencia de las líneas calientes, en las que una persona está disponible inmediatamente) puede ofrecer respuestas a preguntas sobre la terapia antirretroviral y la atención del VIH.

#### **2.5 Utilizar a las comunidades para una identificación temprana de los casos y la prestación de atención, incluida la prestación del conjunto básico de servicios, como el tratamiento preventivo con cotrimoxazol y la adherencia a la terapia antirretroviral**

En la mayoría de los casos se producirá una identificación y referencia temprana de los niños en la comunidad. Además, la descentralización en favor de la comunidad puede resultar útil para realizar algunas intervenciones esenciales para los niños. Por ejemplo, los trabajadores de atención de la salud con una preparación o experiencia clínica mínima en atención y tratamiento contra el VIH pueden administrar con eficacia la profilaxis con cotrimoxazol. Los dirigentes comunitarios y los trabajadores de atención de la salud tienen que comprender que (1) es muy probable que los niños que tienen VIH mueran antes de cumplir 2 años si no reciben tratamiento, (2) los niños que tienen VIH pueden sobrevivir y prosperar, (3) el tratamiento preventivo con cotrimoxazol es una intervención de bajo costo y fácil de administrar que puede reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad y (4) la terapia antirretroviral está disponible para los niños además de para los adultos. Al utilizar canales basados en la comunidad o servicios de promoción de la salud, es posible prestar, más cerca de donde viven los niños, servicios esenciales para aquellos que están expuestos al VIH o que lo tienen. De particular importancia es apoyar el tratamiento en el hogar de los niños que reciben terapia antirretroviral o tratamiento contra la TB. Si es posible, toda familia debe tener una persona de apoyo para el tratamiento. En algunas comunidades, trabajadores de la salud comunitarios con formación están ya prestando atención comunitaria a los lactantes, que incluye apoyo a la lactancia materna exclusiva y tratamiento para la sepsis y/o la referencia de casos. Además de la capacitación para prestar atención y apoyo clínicos y básicos, los trabajadores comunitarios de la salud deben recibir capacitación sobre cómo abordar el estigma, el temor y la preocupación sobre el abandono que podrían sufrir los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen.

La Tabla 1 ofrece información sobre las intervenciones infantiles que se pueden prestar a un nivel más periférico y sobre cuáles son las intervenciones que se pueden prestar más apropiadamente a un nivel más elevado de atención de la salud.

**Tabla 1. Intervenciones para la infancia por nivel en el sistema de salud**

| Prestación comunitaria de intervenciones por medio de trabajadores comunitarios de la salud, organizaciones basadas en la comunidad, etc.  | Atención primaria en un establecimiento de salud de primer nivel (centro de salud o clínica ambulatoria)   | Hospital de Distrito   | Hospitales, médicos especialistas, incluidos pediatras, regionales o centrales  |
|--|--|--|---|
| <p><b>Promoción de prácticas fundamentales decisivas para la salud y la nutrición de la madre y el niño para todas las madres y niños</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ promover el <i>crecimiento físico y el desarrollo mental</i> (como alimentación para el lactante y el niño de corta edad)</li> <li>✓ <i>evitar la enfermedad</i> (por medio de la inmunización, los mosquitos tratados con insecticidas, la terapia preventiva con isoniazida, los suplementos de vitamina A, agua potable e higiene y un examen para detectar la desnutrición);</li> <li>✓ facilitar <i>una atención apropiada en el hogar</i>; y</li> <li>✓ facilitar un comportamiento que <i>procure la atención</i>.</li> </ul> <p><b>Servicios de difusión:</b> trabajar con los establecimientos de atención primaria para organizar servicios de divulgación para intervenciones de alta repercusión (como por ejemplo los días de salud infantil).</p> <p><b>Hincapié adicional en las familias afectadas por el VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>educación a los progenitores y los cuidadores</i></li> <li>✓ <i>apoyo nutricional</i> (trabajadores comunitarios de la salud o centros terapéuticos comunitarios) para: <ul style="list-style-type: none"> <li>– lactancia materna temprana y exclusiva durante los primeros 6 meses a menos que la alimentación con sucedáneos sea aceptable, viable, asequible, sostenible y segura;</li> <li>– alimentos complementarios apropiados a partir de los primeros 6 meses de edad</li> <li>– garantizar una ingesta adecuada de micronutrientes (vitamina A, hierro y zinc) por medio del régimen alimentario o la administración de suplementos; y</li> <li>– limentos suplementarios y terapéuticos listos para usar</li> </ul> </li> <li>✓ <i>gestión en el hogar de las enfermedades diarreicas y la fiebre</i></li> <li>✓ apoyo a la <i>adhesión</i> al tratamiento y a la atención y a la administración de medicamentos a los niños</li> <li>✓ <i>registro de contactos con la TB y DOTS en la comunidad</i></li> <li>✓ <i>detección de casos de VIH, registro de personas reacias al tratamiento y seguimiento de casos</i></li> <li>✓ <i>apoyo psicosocial</i></li> <li>✓ <i>atención paliativa:</i> gestión de síntomas y atención al final de la vida</li> </ul> | <p><b>Atención primaria por medio de servicios de salud de la madre y del niño, entre ellos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>vigilancia sistemática del crecimiento</i>;</li> <li>✓ <i>servicios de prevención</i> que incluyen la inmunización, los suplementos de vitamina A y el zinc; y</li> <li>✓ <i>gestión sintromica</i> de la fiebre y el paludismo, la neumonía, las enfermedades diarreicas, las infecciones del oído, los problemas de la piel, etc.</li> </ul> <p><b>Pruebas y orientación del VIH iniciadas por el proveedor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ mujeres embarazadas</li> <li>✓ lactantes expuestos al VIH (viroológica + serológica), incluidas las muestras de sangre seca</li> <li>✓ niño sintomático</li> <li>✓ hermanos y otros miembros de la familia de la persona que tiene VIH</li> </ul> <p><b>Terapia antirretroviral de primera línea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ clasificación clínica de las etapas de la enfermedad</li> <li>✓ preparación y apoyo a la adhesión</li> <li>✓ recomendar o iniciar la terapia antirretroviral de primera línea</li> <li>✓ ajustar la dosis al crecimiento del niño</li> <li>✓ supervisión clínica e inmunológica</li> <li>✓ gestionar la toxicidad no grave del medicamento y reconocer la que es grave</li> <li>✓ seguimiento del niño estable</li> </ul> <p><b>Atención del VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>infecciones oportunistas:</i> gestionar las infecciones oportunistas que no son graves; reconocer y referir las infecciones oportunistas graves</li> <li>✓ <i>tratamiento preventivo con cotrimoxazol:</i> iniciar el tratamiento preventivo con cotrimoxazol a las 4 a 6 semanas de edad</li> <li>✓ apoyos psicosocial: revelación, otro apoyo psicosocial</li> <li>✓ nutrición <ul style="list-style-type: none"> <li>– orientación y apoyo en materia de nutrición (al igual que en la lista de la comunidad en la columna de la izquierda)</li> <li>– apoyo macronutricional según la evaluación de la nutrición y las condiciones clínicas</li> <li>– atención de seguimiento para la desnutrición grave después de la atención inicial en el establecimiento</li> </ul> </li> <li>✓ TB <ul style="list-style-type: none"> <li>– diagnosticar y gestionar la TB</li> <li>– terapia profiláctica con isoniazida</li> <li>– apoyar los DOTS en la comunidad</li> </ul> </li> <li>✓ Atención paliativa: respaldo a la atención paliativa basada en el hogar</li> <li>✓ Desarrollo: evaluación y apoyo al desarrollo</li> </ul> <p><b>Apoyo al trabajador comunitario de la salud:</b> apoyar las funciones de los trabajadores comunitarios de la salud (técnicas, de suministros y logística).</p> | <p><b>Terapia antirretroviral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Llevar a cabo clasificación <i>clínica e inmunológica</i> de las etapas de la enfermedad</li> <li>✓ Iniciar la <i>terapia antirretroviral</i> en casos complicados</li> <li>✓ Supervisar la iniciación de la <i>terapia antirretroviral de primera línea por parte del equipo de atención primaria en casos no complicados</i></li> <li>✓ <i>Gestionar las complicaciones graves</i> de la terapia antirretroviral</li> </ul> <p><b>Atención del VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infecciones oportunistas: evaluar y gestionar las infecciones oportunistas graves</li> <li>✓ <i>Desnutrición:</i> gestión de la desnutrición grave</li> <li>✓ TB: diagnóstico e iniciación del tratamiento contra la tuberculosis en el contexto de la infección por VIH</li> </ul> <p><b>Atención hospitalaria</b></p> <p><b>Divulgación:</b> proporcionar servicios de divulgación de la terapia antirretroviral a los centros de salud y clínicas satélite</p> | <p><b>Referencia</b> de los casos de infecciones oportunistas poco comunes y graves, toxicidad a la terapia antirretroviral y oncología</p> <p><b>Orientación clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analizar los casos sospechosos de fracaso del tratamiento</li> <li>✓ Tomar la decisión de realizar un cambio en favor de la terapia antirretroviral de segunda línea</li> </ul> <p><b>Laboratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Pruebas virológicas</i> del filtro de papel de muestras de sangre secas y envía de vuelta los resultados</li> <li>✓ CD4</li> <li>✓ <i>Vigilancia de la toxicidad</i></li> </ul> <p><b>Atención hospitalaria</b></p> |

### **Estrategia 3: Los gobiernos deben promover una mejor identificación temprana de los lactantes y los niños de corta edad que están expuestos al VIH o que lo tienen**

Esto se debe lograr mediante:

- la prestación de orientaciones de política y técnicas que apoyen el seguimiento de los lactantes que se sabe que han estado expuestos al VIH y que han sido identificados por medio de los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo;
- la utilización de tarjetas de salud, en poder de los niños y las madres, que presenten información sobre los servicios que han recibido para prevenir la transmisión de madre a hijo;
- la utilización de filtros de papel con muestras de sangre seca para facilitar el diagnóstico virológico entre los lactantes expuestos al VIH;
- la puesta en práctica pruebas de detección y orientación del VIH iniciadas por el proveedor en establecimientos de salud infantil agudos y crónicos;
- a puesta en práctica de un enfoque de las pruebas de detección del VIH centrado en la familia;
- la aplicación de enfoques de la AIEPI y la IMAI para identificar a los lactantes y a los niños en los lugares periféricos y referirlos para que se sometan a la prueba del VIH;
- la determinación de entornos y situaciones en los que se debe llevar a cabo la prueba de anticuerpos del VIH recomendada para los niños sanos; y
- la formación de proveedores de difusión y de atención en el hogar ya existentes para identificar y prestar asistencia refiriendo a pacientes para realizar pruebas de detección del VIH y ofrecer servicios de orientación iniciados por el proveedor.

#### **Antecedentes**

---

Los éxitos de los programas para institucionalizar el diagnóstico temprano de la infección por VIH en los lactantes y los niños depende de los vínculos con los programas de salud infantil, la formación de trabajadores de atención de la salud, la finalización de las directrices y los instrumentos, y el desarrollo de la capacidad de laboratorio y de los sistemas para descentralizar la realización de pruebas virológicas del VIH para los lactantes (o pruebas rápidas de anticuerpos para los niños de más edad). Aunque muchos países están estableciendo una cobertura nacional de servicios para evitar la transmisión de madre a hijo, la mayoría de los niños nacidos de mujeres que se sabe que viven con VIH no reciben una supervisión y seguimiento sistemáticos durante el periodo del posparto. La experiencia de Sudáfrica revela que, sin un plan sistemático y estructurado de atención que incluya pruebas tempranas a las seis semanas, hasta un 85% de los lactantes expuestos al VIH no son sometidos a seguimiento en las clínicas que ofrecen servicios para evitar la transmisión de madre a hijo cuando tienen 1 año, y hasta un 75% a un 80% en el caso de los niños de 6 meses (89).

Los niños con una alta exposición al VIH deben recibir seguimiento para evitar la transmisión del VIH en el periodo del posparto, mejorar los resultados en materia de salud infantil e identificar a los lactantes que tienen VIH para que puedan disponer de acceso a la atención y el tratamiento lo antes posible. A fin de mejorar el seguimiento de los lactantes que se sabe que están expuestos al VIH y han sido identificados mediante los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo, se necesitan las medidas siguientes.

#### **Medidas pertinentes**

---

##### **3.1 Garantizar que existe una orientación técnica y de políticas que apoye el seguimiento de los lactantes que se sabe que están expuestos al VIH y han sido identificados por medio de los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo**

Es preciso preparar nuevas políticas y directrices nacionales sobre el seguimiento de los lactantes expuestos al VIH, o adaptarlas a la situación nacional epidémica y de recursos ya existente. Los

presupuestos para los gastos relacionados con el VIH deben incluir partidas para preparar y difundir revisiones de las políticas. Es preciso hacer esfuerzos para garantizar una armonización de la orientación en todos los documentos (como, por ejemplo, los requisitos necesarios para recibir profilaxis con cotrimoxazol). Las políticas y las directrices deben abordar:

- ✓ por qué se debe realizar un seguimiento, como por ejemplo comenzar la atención y el tratamiento en el momento oportuno;
- ✓ dónde se debe realizar un seguimiento, como por ejemplo los centros de salud de la madre, del recién nacido y del niño y servicios asociados que incluyan la inmunización y la vigilancia del crecimiento;
- ✓ qué intervenciones de seguimiento se necesitan para los lactantes expuestos al VIH, como pruebas virológicas, exámenes clínicos, administración de profilaxis con cotrimoxazol y orientación sobre la alimentación del lactante;
- ✓ la periodicidad y la frecuencia de las pruebas del VIH recomendadas para los lactantes expuestos al VIH y los requisitos asociados en materia de consentimiento, confidencialidad, interés superior y orientación con respecto a las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento iniciados por el proveedor;
- ✓ terapia antirretroviral temprana para los lactantes diagnosticados con VIH;
- ✓ recursos disponibles para garantizar la disponibilidad de los servicios de seguimiento; y
- ✓ quién supervisa la ejecución de estas políticas.

### **3.2 Documentar en las tarjetas de salud de las madres y los niños información sobre la administración de servicios para evitar la transmisión de madre a hijo**

Los trabajadores de atención de la salud que proporcionan servicios a las madres o los lactantes pueden utilizar tarjetas de salud donde se registre su exposición al VIH y su situación en materia de infección a fin de facilitar el seguimiento del lactante. En las tarjetas de salud debe figurar la información siguiente en parte o en su totalidad:

- ✓ La situación de la madre en materia de VIH;
- ✓ medicamentos antirretrovirales administrados a la madre y/o el lactante;
- ✓ pruebas del VIH administradas al lactante; y
- ✓ si la madre o el lactante iniciaron un tratamiento preventivo con cotrimoxazol.

Este enfoque se ha utilizado con éxito en varios países, entre ellos Zambia y Zimbabwe. Los trabajadores de atención de la salud que se dan cuenta, mediante una consulta con la tarjeta de salud de la madre o del niño, que este último ha estado expuesto al VIH, pueden garantizar con rapidez la aplicación de importantes intervenciones, como por ejemplo proporcionar tratamiento preventivo con cotrimoxazol y pruebas de diagnóstico tempranas y que tanto la madre como el niño reciban un seguimiento más minucioso para vigilar cualquier señal que sugiera una infección sintomática del VIH. Para que este mecanismo dé resultados, sin embargo, es preciso poner en marcha como mínimo lo siguiente.

- ✓ Es preciso documentar en la tarjeta de salud del niño e incluir en la tarjeta de salud de la madre información sobre servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo, incluida la situación del niño con respecto a la exposición al VIH (Gráfico 1).
- ✓ Las tarjetas de salud del niño deben distribuirse de manera oportuna en el momento del parto o poco después: algunos países proporcionan ahora a la mujer embarazada que vive con VIH una tarjeta de salud del niño en la que se documenta su situación en materia de exposición al VIH en el momento en que recibe sus resultados.
- ✓ La información que figura en la tarjeta debe ser uniforme a nivel nacional y seguir la orientación acordada nacionalmente.

- ✓ Los trabajadores de atención de la salud deben recibir información sobre la utilidad de esta información, y disponer de autoridad para recopilarla.
- ✓ Los trabajadores de atención de la salud deben estar capacitados para prestar intervenciones específicas (como pruebas y orientación, recogida de muestras para realizar pruebas virológicas y administrar tratamiento preventivo con cotrimoxazol) o tener la capacidad para remitir apropiadamente los casos.

**Gráfico. 1. Tarjeta de salud infantil utilizada en Zimbabwe**

**MINISTERIO DE SALUD**

**TARJETA DE SALUD DEL NIÑO**

**ZIMBABWE**



**BUENAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE** Durante los 6 primeros meses, el lactante debe recibir solamente leche materna. Cuando cumpla 6 meses, se le pueden dar alimentos sólidos y líquidos. La lactancia materna deber mantenerse hasta los 24 meses o más, a menos que un trabajador de la salud indique lo contrario.

**ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE**

|                                      |     |    |    |     |     |
|--------------------------------------|-----|----|----|-----|-----|
| Calendario de seguimiento Nacimiento | 10D | 2M | 3M | 4M  | 5M  |
| Código de alimentación del lactante  |     |    |    |     |     |
| Calendario de seguimiento            | 6M  | 7M | 9M | 12M | 15M |
| Código de alimentación del lactante  |     |    |    |     |     |

**Código de alimentación del lactante**

1. Lactancia exclusiva
2. Lactancia materna exclusiva con calor
3. Fórmula comercial para lactantes exclusiva
4. Leche de origen animal modificada exclusiva
5. Alimentación mixta
6. Otro tipo (precisar)

**ATENCIÓN**

NVP/otro tratamiento TAR al nacer (marcar sí o no)  NO  SÍ

|                             |    |    |     |     |     |
|-----------------------------|----|----|-----|-----|-----|
| Calendario de seguimiento   | 6S | 2M | 3M  | 4M  | 5M  |
| Cotrimoxazol (suministrado) |    |    |     |     |     |
| Calendario de seguimiento   | 6M | 9M | 12M | 15M | 18M |
| Cotrimoxazol (suministrado) |    |    |     |     |     |

¿Se aconsejó al progenitor o cuidador que sometiera a una prueba al niño? (marcar sí o no)  NO  SÍ

Fecha de la prueba

Número de prueba.....Prueba utilizada (precisar).....

Fecha en que el progenitor o cuidador recibió los resultados de la prueba

Resultado de la muestra del niño (marcar)  0  1

¿Sigue recibiendo cotrimoxazol? (marcar sí o no Non)  NO  SÍ

Si la respuesta es afirmativa, remitirse a la tarjeta de tratamiento

**OBSERVACIONES SOBRE LA ATENCIÓN:**

---



---



---

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO     |                     |
| APELLIDO DEL NIÑO   |                     |
| SEXO                | FECHA DE NACIMIENTO |
| NOMBRE DE LA MADRE  |                     |
| DIRECCIÓN           |                     |
| LUGAR DE NACIMIENTO |                     |
| CENTRO DE SALUD     |                     |

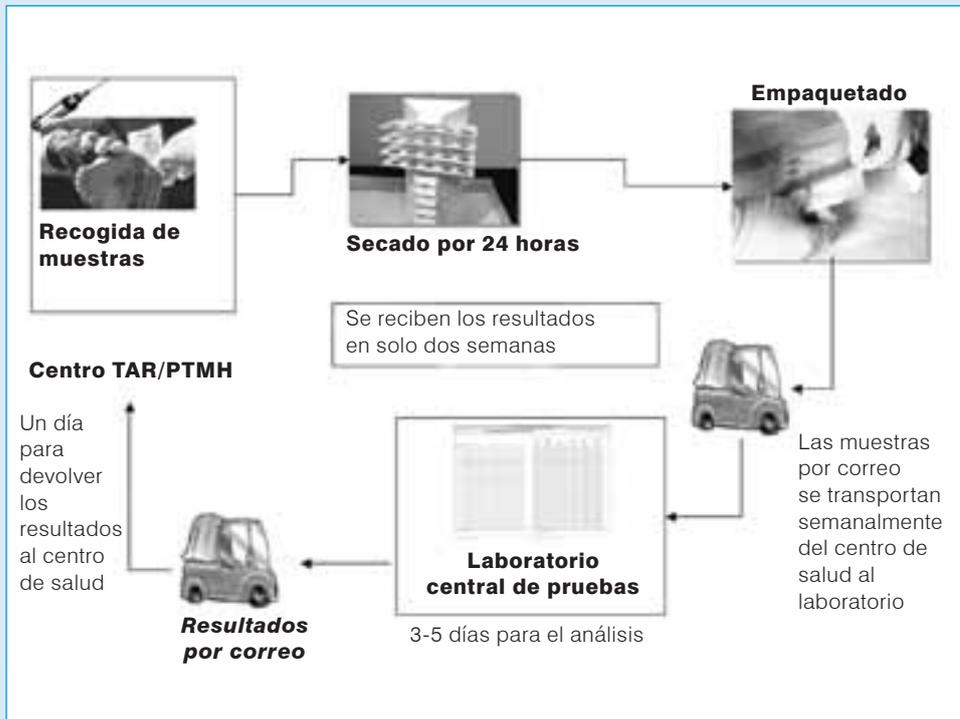
Para obtener más información sobre la alimentación del lactante, sírvase dirigirse al trabajador de la salud más cercano.

### 3.3 Utilizar filtros de papel con muestras de sangre seca para facilitar el diagnóstico virológico temprano

Los filtros de papel con muestras de sangre seca se han utilizado para transportar especímenes a un laboratorio centralizado con el fin de realizar pruebas del ADN del VIH en varios países de África subsahariana (Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya (Recuadro 5), Rwanda, Sudáfrica, Zambia y otros). Este enfoque es relativamente fácil de poner en práctica y de utilizar, las muestras se pueden almacenar y transportar fácilmente y los especímenes no son infecciosos una vez que se secan. Sin embargo, es preciso mantener los especímenes secos todo el tiempo. Los datos preliminares procedentes de Botswana, Rwanda y Sudáfrica muestran un aumento considerable en el número de lactantes expuestos al VIH a quienes se les somete a la prueba como resultado de esta intervención.

### Recuadro 5. Utilización de DBS para las pruebas RCP en Kenya

El Gobierno de Kenya ha puesto en práctica un mecanismo piloto para el diagnóstico temprano de los lactantes expuestos al VIH a fin de facilitar que un grupo de establecimientos de atención de la salud seleccionados tengan acceso a pruebas virológicas mediante la utilización de muestras de sangre seca. El gráfico 2 describe el proceso.



#### Etapas

1. Se obtienen muestras del lactante y se colocan en un filtro de papel.
2. Las muestras se colocan en estantes para que se sequen durante un día completo. Se colocan en sobres individuales con secante y luego se meten en una bolsa amplia de cremallera herméticamente cerrada con indicadores sobre la humedad para su transporte.
3. Las muestras se envían por correo a un laboratorio con capacidad para realizar la prueba RCP.
4. A su llegada al laboratorio, se evalúa la idoneidad de las muestras; las muestras adecuadas se analizan para comprobar la presencia del VIH y establecer un resultado positivo o negativo.
5. Los resultados se envían de vuelta a los centros por correo o e-mail para acelerar el proceso. Además, todos los resultados que se envían por e-mail se envían también por correo regular para garantizar un registro adecuado.
6. En la siguiente visita clínica, se entregan los resultados al cuidador del lactante, y se mantiene el seguimiento de acuerdo al algoritmo nacional para diagnósticos tempranos de los lactantes.

Fuente: comunicación personal de Jackson Hungu, Fundación Clinton Iniciativa sobre VIH/SIDA.

## Identificar a los lactantes y a los niños que tienen VIH

Como se indicó anteriormente, a la mayoría de los lactantes que tienen VIH no se les identifica por medio de los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo sino cuando se presentan para recibir servicios hospitalarios y ambulatorios debido a que tienen signos y síntomas que sugieren la infección por VIH. En muchos países se ha detectado a un número considerable de niños que tienen VIH por medio de las pruebas y la orientación iniciadas por los proveedores en entornos de atención aguda, entre ellos Camerún y Uganda (90), Zambia (91) y otros países.

Un ejemplo reciente y especialmente impactante procede de un estudio sobre las pautas de referencia para que los niños reciban atención y tratamiento contra el VIH en Malawi, que descubrió que solamente el 1% de los niños referidos a la terapia antirretroviral proceden de servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo. La gran mayoría, el 80%, proceden de los pabellones infantiles y las unidades de rehabilitación nutricional (Gráfico. 2).

**Gráfico 2. Fuentes de referencia para los servicios de terapia antirretroviral para la infancia de Malawi**



Fuente: Unidad de VIH, Departamento de Servicios Clínicos, Ministerio de Salud; Programa Nacional para la Lucha contra la Tuberculosis; Lighthouse Trust, Lilongwe; y United States Centers for Disease Control and Prevention, Malawi (92).

### 3.4 Hay probabilidades de que la puesta en práctica de pruebas de detección y orientación del VIH iniciadas por el proveedor produzca un elevado volumen de resultados positivos en las pruebas

Es preciso establecer protocolos para realizar pruebas de niños hospitalizados, niños en clínicas de desnutrición, niños con tuberculosis y niños menores de 5 años con otros signos y síntomas que sugieran la infección por VIH, como la neumonía grave, la diarrea grave y persistente, la otorrea o un peso muy bajo para la edad. También se deben establecer protocolos para ofrecer orientación y obtener consentimiento. Para los lactantes más pequeños es necesario realizar pruebas virológicas.

A finales de 2006, en diversos hospitales y centros de salud de Malawi se sometió durante un período de tres meses a pruebas del VIH a 4.492 niños, la mayoría de los cuales estaban enfermos y necesitaban una

prueba de diagnóstico. Poco más de una tercera parte de los pacientes dieron resultados positivos y se les remitió a otros centros para recibir terapia antirretroviral (93).

### **3.5 Institucionalizar un enfoque centrado en la familia y garantizar pruebas del VIH para todos los otros miembros de la familia una vez que se ha determinado la detección de un caso**

Si se determina que un miembro de la familia tiene el VIH, es muy importante recomendar pruebas y orientación del VIH para los otros miembros de la familia. En muchas familias hay más de una persona que tiene el VIH. Los programas pueden contribuir a garantizar que se someta a la prueba a todos los miembros de la familia mediante la incorporación de información sobre otros miembros de la familia en la tarjeta de salud de las personas, como por ejemplo si han sido sometidos a la prueba del VIH y cuáles son los resultados de esas pruebas.

### **3.6 Utilizar los enfoques de la AIEPI y la IMAI para identificar a lactantes y niños en los lugares periféricos y remitirlos a lugares donde se realice la prueba del VIH**

La AIEPI tiene un algoritmo modificado para evaluar a los niños que se presentan en los establecimientos de salud primaria que está concebido para reconocer cuando se debe recomendar la prueba del VIH. Para el niño expuesto al VIH, se orienta a los trabajadores de atención de la salud a que garanticen que el niño reciba intervenciones apropiadas, como el tratamiento preventivo con cotrimoxazol y pruebas tempranas, y que la madre reciba información sobre las posibilidades de alimentación de lactantes y la importancia de un seguimiento sistemático del niño expuesto al VIH. Los trabajadores de salud del primer nivel deben recibir capacitación para mejorar su capacidad de reconocer si un niño pudiera tener VIH (como en el enfoque de la AIEPI adaptado al VIH). Esto exige capacitar a los trabajadores de salud para que reconozcan signos y síntomas comunes en los niños que tienen VIH y ofrezcan atención básica y las remisiones apropiadas. El gráfico 1 en el Anexo 2 presenta el algoritmo genético sobre el VIH de la AIEPI.

### **3.7 Utilizar a los trabajadores comunitarios de la salud para facilitar la entrada en los servicios de diagnóstico y atención**

Garantizar que los trabajadores comunitarios de la salud que están a cargo en la comunidad de la gestión o el tratamiento de casos de infecciones comunes de la infancia como la diarrea, la neumonía, el paludismo y la fiebre sean capaces de reconocer y referir a los pacientes cuando se recomienda la prueba del VIH o los síntomas indican que podría ser necesario administrar la terapia antirretroviral (véase también la sección sobre estrategias basadas en la comunidad-estrategia 6).

### **3.8 Analizar si los sitios de atención de la salud que se ocupan de los lactantes y los niños de corta edad deben ejecutar intervenciones para determinar si el niño ha estado expuesto al VIH**

En algunos países de alta incidencia se ha debatido la utilidad de determinar la situación de las madres con respecto a la infección del VIH durante el posparto y la correspondiente exposición de sus recién nacidos o sus niños de corta edad en situaciones en las que la madre no recibió intervenciones para evitar la transmisión de madre a hijo, como la prueba del VIH, durante el embarazo. Los beneficios de este enfoque incluyen oportunidades para evitar futuras infecciones entre las mujeres que dan negativo, un vínculo más temprano con la atención y el tratamiento contra el VIH para las madres que dan positivo, un acceso temprano a la atención que incluye la revisión para realizar pruebas virológicas en el caso de los lactantes y los niños de corta edad sobre los que se ha establecido que han estado expuestos, y oportunidades para realizar actividades positivas de prevención entre las madres que viven con VIH. Las pruebas se deben ofrecer primero a la madre, explicando claramente los beneficios potenciales que se derivan de conocer su situación. Si la madre se niega, se puede proponer la realización de una prueba rápida de anticuerpos para el recién nacido, seguida de pruebas virológicas a las 6 semanas de edad, o tan pronto como sea posible a partir de entonces si el niño da positivo. Aunque se podría considerar este enfoque en entornos con una alta carga del VIH en poblaciones consideradas especialmente en situación de riesgo, no se recomienda generalmente en los entornos de baja incidencia.

#### **Estrategia 4: Los gobiernos deben establecer mecanismos fiables de adquisiciones y suministros que garanticen un suministro uniforme de medicinas y bienes que satisfagan las necesidades de los niños**

La gestión de los suministros es un elemento esencial para ampliar las actividades. Los factores más importantes que es preciso tomar en cuenta incluyen:

- ✓ garantizar una coordinación adecuada entre las partes interesadas y su vinculación con la ejecución general del plan;
- ✓ basarse en lo que ya existe;
- ✓ facilitar una rápida ampliación de la escala y la incorporación de nuevas tecnologías; y
- ✓ incluir a los niños en los planes nacionales o programáticos para ampliar el suministro.

En el contexto del diagnóstico, la atención, el apoyo y el tratamiento contra el VIH para la infancia, resulta de fundamental importancia disponer de un sistema de suministros que funcione bien para garantizar que la gente que necesita terapia, profilaxis y gestión contra las infecciones oportunistas comunes y otros bienes destinados a una atención sistemática tengan acceso a ellas cuándo y dónde lo necesiten. Igual que ocurre con todos los bienes relacionados con la atención de la salud, las medidas para establecer un sistema de gestión de suministros eficaz pueden estructurarse siguiendo el proceso en el ciclo de suministros: selección, adquisición (incluida la cuantificación), distribución (incluida la gestión de las existencias) y utilización, así como las funciones de organización y gestión que sustentan todas las anteriores (Anexo 3). Sin embargo, ampliar rápidamente la atención, el apoyo y el tratamiento para los niños exige una consideración especial al formular las estrategias de gestión del suministro.

- ✓ El conjunto de servicios y actividades que se ofrecen a diferentes niveles del sistema de atención de la salud varía y podría cambiar con el tiempo. La planificación de suministros tiene que estar armonizada con las intervenciones de descentralización y ampliación para garantizar la disponibilidad de medicinas y productos apropiados para cada nivel.
- ✓ Cualquier aumento rápido en el número de niños que comienzan a recibir atención, o que ya la reciben, exige un sistema de suministros flexible y bien informado para mantenerse a la par con los cambios en la demanda.
- ✓ Los productos fáciles de utilizar, incluidas las combinaciones de dosis fija apropiadas para los niños, no siempre están disponibles o son apropiados para las intervenciones a gran escala. Es posible que sea necesario planificar mecanismos para almacenar, refrigerar y transportar jarabes en el contexto de los diagnósticos tempranos y la ampliación del tratamiento.
- ✓ Puede que los trabajadores de la salud necesiten capacitación especial para utilizar los productos y los materiales correctamente.
- ✓ Las pruebas de diagnóstico y los materiales y posibilidades de tratamiento disponibles están evolucionando rápidamente, y es posible que sea necesario anticipar la adopción de nuevas tecnologías.
- ✓ En lugar de crear líneas verticales de suministros para ejecutar programas de atención, apoyo y tratamiento contra el VIH centrados en los niños se recomienda aprovechar los sistemas de gestión de suministros existentes que apoyen programas de salud infantil y/o del VIH. Las decisiones para integrar los sistemas existentes deben basarse en una evaluación de la capacidad y la fortaleza de los mecanismos de suministros existentes.
- ✓ Una coordinación apropiada a todos los niveles puede minimizar la amenaza que la proliferación de partes interesadas y de recursos podría suponer para los mecanismos de suministros.

## Medicinas y productos para los programas de atención, apoyo y tratamiento

---

Mediante una revisión del conjunto de atención a escala nacional o subnacional es posible determinar los productos que es preciso suministrar a los diversos niveles de la atención. Dependiendo de lo que existe en el país, los materiales y los productos necesarios para proporcionar un conjunto esencial de atención y tratamiento a los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen pueden suministrarse por medio de varios sistemas:

- ✓ materiales suministrados por medio de servicios de laboratorios: juegos de instrumentos de ensayo, reactivos y materiales fungibles (por ejemplo, papel de filtro, lancetas, secantes, sobres) para establecer la exposición al VIH o la infección y supervisar la progresión de la enfermedad y la respuesta a la terapia antirretroviral;
- ✓ materiales suministrados por medio del sector farmacéutico: medicinas básicas esenciales como los productos utilizados para la AIEPI, antibióticos para el tratamiento de infecciones, medicinas antirretrovirales y vacunas de acuerdo al calendario de inmunización;
- ✓ equipos médicos, bienes médicos fungibles y otros suministros necesarios para tomar las precauciones universales y eliminar los desechos;
- ✓ apoyo a la nutrición que incluya básculas, suplementos nutricionales y de micronutrientes y sustitutos de la leche materna cuando sea apropiado; y
- ✓ suministros generales para la administración de medicinas, mantenimiento de registros, gestión del inventario y supervisión de los pacientes.

## Medidas pertinentes

---

### 4.1 Garantizar que la gestión de los suministros esté apropiadamente coordinada entre las partes interesadas en materia de suministros y vinculada también al plan general de ejecución

- 4.1.1 Dada la amplia gama de medicinas y productos que son necesarios para apoyar la ejecución de un conjunto esencial de atención y tratamiento, es esencial que se produzca una labor de planificación y presupuestación entre los asociados y todos los departamentos participantes del gobierno para garantizar la capacidad programática y los recursos financieros necesarios para la ampliación.
- 4.1.2 Identificar a una persona, idealmente en el ministerio de salud, que sea la persona de enlace responsable de la coordinación de la gestión de los suministros para apoyar la atención y el tratamiento de la infancia.
- 4.1.3 Cuando exista un grupo de trabajo sobre gestión de adquisiciones y suministros para el VIH, hay que integrar la atención, el apoyo y el tratamiento para los niños en el mecanismo existente. Podría ser necesario establecer un subcomité o un equipo para formular, aplicar y supervisar el plan de gestión de adquisiciones y suministros para la atención y el tratamiento de los niños. La identidad de los miembros del grupo de trabajo dependerá de los programas, disciplinas e iniciativas que se requieren, pero debería incluir, además de a las partes interesadas más importantes, a un especialista en salud infantil.
- 4.1.4 Vincular las adquisiciones y la distribución con los objetivos de tratamiento y la apertura de nuevos establecimientos. Actualizar los planes de adquisiciones y distribución sistemáticamente para adecuarlos a las metas revisadas de tratamiento y los nuevos lugares.

### 4.2 Fomentar la integración de los sistemas de suministro garantizando que se introduzcan y amplíen los programas sobre la base de lo que existe y reforzar la capacidad cuando no exista

- 4.2.1 Analizar la situación de los sistemas de suministros que sustentan los programas para los niños en el país; las consideraciones sobre la gestión de suministros pueden incorporarse en el análisis

inicial de la situación que se llevó a cabo con motivo de la planificación del programa. Hay que incluir una evaluación de la capacidad de los establecimientos para gestionar y coordinar suministros en el apoyo a la ampliación del programa.

4.2.2 Establecer un plan para reforzar la capacidad de la gestión de los suministros para los niños que esté vinculado con el plan de gestión de adquisiciones y suministros. Si es necesario, utilizar un enfoque por fases para fomentar la capacidad, introduciendo suministros e integrándolos en los sistemas existentes. Si ya hay estrategias para fomentar la capacidad a escala nacional o local, coordinar e integrar las actividades.

4.2.3 Abordar el suministro a los trabajadores ubicados en la comunidad y garantizar que los sistemas descentralizados de suministros funcionen a escala comunitaria.

#### **4.3 Los procesos de planificación del suministro de medicinas y productos debería facilitar una rápida puesta en marcha y un ajuste con los nuevos progresos tecnológicos**

4.3.1 El tratamiento para los lactantes y los niños que necesitan terapia antirretroviral no debe retrasarse porque no estén disponibles los preparativos ideales; hay que establecer enfoques para minimizar las complejidades. Por lo general, se necesitarán formulaciones de medicinas tanto líquidas como sólidas de dosis mínima. Utilizar las formulaciones líquidas podría requerir la planificación del almacenamiento y la refrigeración. Entre las soluciones prácticas para facilitar la ampliación cabe destacar la distribución de tablas sobre dosis de la terapia antirretroviral basadas en las recomendaciones de la OMS y de directrices para facilitar la administración.

4.3.2 Garantizar que la selección nacional y los procesos de regulación permiten una introducción rápida de fórmulas más apropiadas, como las combinaciones de dosis fijas, cuando comiencen a estar disponibles. Evaluar los procesos normativos existentes y planificar medidas para facilitar el registro por la vía rápida de nuevos productos. La gestión de las adquisiciones y los suministros debería prestar apoyo a la incorporación y eliminación rápida de suministros.

4.3.3 El plan nacional estratégico debería cuantificar las necesidades generales en equipos y productos para servicios de laboratorio destinados a la atención, el apoyo y el tratamiento para los niños. Es preciso iniciar paulatinamente las adquisiciones para facilitar la introducción de nuevas tecnologías cuando estén disponibles.

4.3.4 Garantizar que la selección y las especificaciones de los equipos de laboratorio abordan las necesidades de los lactantes y los niños: por ejemplo, ofrecer lecturas de porcentajes de CD4 y disponer de la capacidad de analizar muestras de pequeño volumen.

4.3.5 Considerar cualquier implicación adicional en materia de suministros, especialmente las que se refieren a las nuevas tecnologías. Por ejemplo, algunos juegos de ensayos requieren reactivos y materiales adicionales, las técnicas como los filtros de papel con muestras de sangre seca requieren materiales para secar y de empaquetado para su transporte, y algunos materiales podrían requerir marcas comerciales únicas y a menudo costosas de reactivos o juegos de ensayo.

#### **4.4 Fomentar el establecimiento de cadenas de suministros eficientes y con capacidad de respuesta para apoyar la introducción y la ampliación de programas para los niños**

4.4.1 Establecer un sistema de gestión de la información farmacéutica dinámico y fiable para suministrar datos actualizados que sirvan de base para la previsión de la demanda y la gestión de suministros, especialmente para ofrecer una alerta temprana de un posible excedente o escasez de suministros. Proporcionar instrumentos simples y, cuando sea necesario, personal para asistir a los establecimientos en la recopilación, análisis y presentación de los datos. El sitio web de la OMS

Servicios de Medicinas y Diagnósticos del SIDA (AMDS) (94) ofrece instrumentos y vínculos útiles para los asociados en la gestión de adquisiciones y suministros que se especializan en asistencia técnica en materia de gestión de adquisiciones y suministros (proyecto de manual de gestión de adquisiciones y suministros).

- 4.4.2 Cuantificar las necesidades de productos a escala nacional, especialmente los medicamentos antirretrovirales para los niños, puede resultar complejo, especialmente durante la iniciación del programa. Hay que establecer un mecanismo que incluye a todos los agentes activos para examinar sistemáticamente el nivel de las existencias y la absorción de medicinas antirretrovirales, reprogramar las asignaciones cuando sea necesario y registrar las necesidades de productos y financiación en el futuro (Recuadro 6).
- 4.4.3 Puede que sea necesario reforzar la capacidad del equipo responsable de la cuantificación y la predicción en el análisis de los datos, la formulación de predicciones y el cálculo de las necesidades. Calcular el volumen inicial del producto utilizando el número seleccionado de niños por régimen, añadir un margen de seguridad y luego ajustarlo según el consumo del producto y la tasa de ampliación. Establecer objetivos mensuales para la ampliación a nivel del establecimiento servirá para cuantificar las necesidades y la planificación del programa. Cuando el programa se inicie y los establecimientos carezcan de los datos y la experiencia requeridos para calcular con precisión las necesidades, puede resultar útil establecer un sistema de reabastecimiento, según el cual la unidad de adquisiciones o el almacén determina la cantidad de medicinas antirretrovirales necesarias. Sin embargo, para evitar un exceso o una escasez de productos, el personal del establecimiento debe recibir una formación rápida y obtener los instrumentos que necesitan para operar este sistema, según el cual calculan y adquieren medicamentos antirretrovirales y otros suministros sobre la base de un uso probable.
- 4.4.4 Introducir flexibilidad en la cadena de suministro y distribución que permita la redistribución del exceso de suministros y satisfacer los pedidos no habituales, especialmente en las primeras fases de la ampliación. Los formularios de presentación de informes de los establecimientos deben permitirles ofrecer información sobre las cantidades de suministros que es necesario redistribuir y las fechas de caducidad de los productos almacenados.
- 4.4.5 Gestionar los costos del almacenamiento y las reservas de estabilización por medio de estrategias innovadoras de almacenamiento y distribución, como los mecanismos de entrega directa, una mayor frecuencia en las entregas y la existencia de inventarios negociados de seguridad que mantienen los proveedores.
- 4.4.6 Establecer disposiciones claras sobre los suministros para imprevistos y de apoyo en el caso de una avería en los equipos de los laboratorios y una escasez de suministros, especialmente para medicamentos antirretrovirales; entre las opciones sobre este asunto cabe destacar la colaboración con organizaciones no gubernamentales y con el sector privado y la cooperación interregional.
- 4.4.7 Las intervenciones para aumentar el acceso al tratamiento y/o fortalecer los mecanismos de suministros deben tener en cuenta a otros proveedores dedicados a la prestación de servicios, como las organizaciones religiosas o proveedores privados acreditados que proporcionen servicios en nombre del gobierno.
- 4.4.8 Los países que adoptan estrategias como las asociaciones entre el sector público y privado o la contratación de funciones básicas seleccionadas tendrán que fortalecer los mecanismos de gestión y supervisión del gobierno. Tener en cuenta las implicaciones de estas decisiones en las primeras etapas de los ciclos de planificación y presupuestación es importante para maximizar los resultados, empleando por ejemplo más personal experto con carácter contractual para que preste asistencia en la gestión de los contratos.

### **Recuadro 6. Estudio monográfico – gestión de suministros en Kenya**

*En Kenya, el Programa Nacional del SIDA y las enfermedades transmitidas sexualmente (NAS COP) es responsable de coordinar el suministro de productos infantiles para apoyar la ampliación de la terapia antirretroviral y los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo. El comité de trabajo establecido bajo la tutela de NAS COP para administrar las cuestiones relacionadas con la gestión de adquisiciones y suministros a fin de ampliar los servicios de terapia antirretroviral dedicados a la infancia incluye una amplia gama de partes interesadas y de aliados. NAS COP ofrece y obtiene información a partir del plan estratégico nacional del VIH/SIDA preparado por el Consejo Nacional para la Lucha contra el SIDA y sus asociados, y el plan estratégico nacional para el sector de la salud del Ministerio de Salud, con el fin de establecer metas para la ampliación. Los aportes de los asociados en la ejecución se incorporan en el proceso general de planificación nacional para alcanzar un consenso sobre las metas establecidas, evitar todo tipo de duplicación y optimizar la utilización de los limitados recursos disponibles para las adquisiciones.*

*A escala nacional, el método utilizado para predecir las medicinas antirretrovirales necesarias para los lactantes y los niños es similar al que se utiliza para los adultos. Sin embargo, se necesitan datos más minuciosos, entre ellos datos desagregados por peso, edad, comorbilidad y la proporción de niños que utilizan fórmulas sólidas en relación con los que utilizan fórmulas líquidas. El sistema mensual de realización de pedidos y presentación informes permite a los gestores supervisar sistemáticamente la tasa de absorción de las diversas fórmulas antirretrovirales y ajustar las entregas como corresponde. Debido a que la cadena de suministros de terapia antirretroviral está impulsada por la demanda, un sistema de gestión de la información farmacéutica de la terapia antirretroviral que funcione adecuadamente es fundamental para proporcionar los datos necesarios para la predicción. Para asistir a los sitios en la recopilación, análisis y presentación de informes sobre los datos se utilizan instrumentos manuales electrónicos. El sistema mensual de presentación informes permite que se produzca una alarma temprana con respecto al exceso o la escasez de productos almacenados, y se ha alentado a los sitios a que fortalezcan sus vínculos con otros establecimientos para facilitar el préstamo de productos médicos antirretrovirales como medida temporal para evitar la falta de existencias. Para apoyar la incorporación paulatina de nuevas formulaciones, NAS COP redacta circulares y organiza foros de partes interesadas con el fin de informarles a éstos y a los asociados sobre los cambios que se avecinan. La mayoría de las formulaciones de medicinas antirretrovirales para los niños se adquieren actualmente por medio de sistemas de donantes que utilizan entregas paulatinas para facilitar una incorporación sin problemas de las nuevas formulaciones con el fin de evitarla dilapidación de las antiguas formulaciones.*

*La gestión del suministro de medicamentos antirretrovirales y otros productos para la infancia se ha integrado en los sistemas de suministros existentes para minimizar la proliferación de sistemas paralelos y aprovechar la capacidad de los sistemas bien establecidos. Para facilitar una rápida ampliación, se utilizan listas de calificación destinadas a evaluar rápidamente la capacidad de gestión farmacéutica en los establecimientos a fin de determinar las necesidades antes de iniciar servicios de terapia antirretroviral para lactantes y niños. Se han preparado hojas de trabajo simplificadas para ayudar a los nuevos establecimientos a utilizar regímenes y bandas de peso a fin de estimar rápidamente las necesidades iniciales de fórmulas de medicamentos antirretrovirales. NAS COP ha producido también historiales simplificados para ayudar a los trabajadores de salud a calcular las dosis. Las experiencias iniciales con los sistemas impulsados por la demanda trajeron como consecuencia un considerable exceso de existencias de formulaciones para los niños en los establecimientos, ya que muchos de ellos no lograron cumplir las metas asignadas. Por consiguiente, ahora se utiliza un sistema basado en la demanda para iniciar y reabastecer los medicamentos antirretrovirales destinados a lactantes y niñas, y los establecimientos utilizan pautas previas de consumo para calcular las cantidades que es preciso reabastecer.*

Fuentes: comunicación personal, NAS COP, Ministerio de Salud, Kenya and Management Sciences for Health, Rational Pharmaceutical Management Plus (MSH/RPM Plus) Oficina de Kenya.

## **Estrategia 5: Los gobiernos deben garantizar la capacidad de laboratorio necesario para realizar diagnósticos tempranos de la infección por VIH entre los lactantes y los niños y el seguimiento sistemático de la atención y el tratamiento contra el VIH**

### **Antecedentes**

---

Es preciso que los programas nacionales amplíen la capacidad de los servicios de laboratorios existentes para que puedan proporcionar a los lactantes pruebas virológicas tempranas del VIH y garantizar servicios para determinar el CD4 a fin de contribuir a la toma de decisiones clínicas sobre si se debe iniciar un tratamiento y/o profilaxis dirigido a los lactantes y los niños. Hoy en día hay disponibles numerosos análisis y plataformas de diagnósticos, y los programas del ministerio de salud deberían considerar la tecnología más apropiada dada la capacidad existente, así como la infraestructura, el equipo y las necesidades previstas.

Los diagnósticos virológicos pueden llevarse a cabo utilizando las pruebas disponibles, comerciales y no comerciales, para el ADN del VIH (RCP) o el ARN del VIH, apropiadas y externamente validadas de forma continua. Para la determinación del CD4 entre los niños menores de seis años, se prefieren las máquinas capaces de medir el porcentaje de CD4, en lugar de las máquinas que solamente proporcionan números absolutos.

Como ocurre con todos los servicios de laboratorio, es esencial disponer de sistemas eficaces para garantizar que los resultados se trasmitan a los establecimientos y se comuniquen a las familias. Los retrasos en la distribución de resultados de pruebas positivas a los trabajadores de atención de la salud y las familias afectadas pueden provocar muertes y morbilidad innecesarias. Los programas nacionales y regionales y/o las redes distritales tienen que supervisar y evaluar el tiempo que lleva para que los resultados se distribuyan y los establecimientos actúen en base a esos resultados.

### **Medidas fundamentales**

---

#### **5.1 Planificar la ampliación de los servicios de laboratorio para incorporar las pruebas tempranas del VIH para lactantes para facilitar un acceso al tratamiento a tiempo y un seguimiento inmunológico sistemático**

- 5.1.1 Analizar los planes para reforzar la capacidad nacional en materia de laboratorio y garantizar que reflejen el diagnóstico del VIH, así como las necesidades de seguimiento y de atención de los niños. Garantizar que los planes nacionales incorporen el fortalecimiento de la capacidad, lo que incluye la capacitación y la supervisión del personal existente para que aprenda nuevas tecnologías.
- 5.1.2 Determinar todos los lugares geográficos donde se necesitan pruebas del VIH y adecuar esta información a la capacidad de laboratorio que ya existe y que se planifica establecer. Sobre esta base, actualizar o examinar los planes para incorporar y descentralizar los servicios.
- 5.1.3 Calcular el número de pruebas virológicas y serológicas que se necesitan. Esto debe incluir pruebas virológicas necesarias como parte del seguimiento de los lactantes expuestos al VIH (que por lo general se realiza a las 4 a 6 semanas), pruebas serológicas como parte del seguimiento del lactante expuesto (que por lo general se realiza a los 12 a 18 meses), y pruebas serológicas y virológicas necesarias para realizar la prueba de detección del VIH iniciada por el proveedor en los servicios de salud infantil agudos o crónicos.
- 5.1.4 Establecer capacidad de laboratorio para llevar a cabo pruebas virológicas utilizando el ADN del VIH (PCR) y/o el ARN del VIH en un laboratorio central o terciario y planificar una cobertura nacional ampliando la capacidad de pruebas de los laboratorios para que utilicen muestras de sangre seca y/o sistemas de referencia de pacientes. Para un mayor volumen, podría ser necesario disponer de más de un laboratorio.

- 5.1.5 Garantizar el establecimiento de sistemas sólidos y fiables para transportar los especímenes y que la información sobre los resultados a nivel de establecimiento y de las familias de los lactantes y niños sometidos a las pruebas se presentan rápidamente.
- 5.1.6 Garantizar que todos los análisis serológicos se utilicen ampliamente para las pruebas de detección del VIH destinadas a niños cuyo nivel de exposición se desconozca y a los niños enfermos.
- 5.1.7 Garantizar la estandarización de los materiales y procedimientos de laboratorio, incluidos los algoritmos de pruebas, en todos los establecimientos. Poner en práctica sistemas de control de la calidad de los laboratorios para garantizar que los resultados sean precisos.
- 5.1.8 Planificar la descentralización de los servicios recuento de CD4 y proporcionar servicios para determinar el porcentaje de CD4.
- 5.1.9 Asegurar una interacción activa entre programas de pruebas tempranas de lactantes y cuidado clínico y tratamiento.

**5.2 Seleccionar análisis para el diagnóstico virológico con la participación de personal clave del laboratorio nacional de referencia y funcionarios del ministerio de salud que trabajen en la atención y el tratamiento de la infancia contra el VIH**

Los factores que difieren entre los análisis incluyen el rendimiento del análisis, el volumen de especímenes, los requisitos en materia de volúmenes, el límite de detección, la facilidad de ejecución, el espacio de trabajo instrumental y los costos en equipos y eliminación de desechos. Para seleccionar un análisis apropiado es preciso tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ la capacidad de identificar los subtipos de VIH comunes en el país;
- ✓ el costo del análisis, los conjuntos, los reactivos y los suministros, así como el mantenimiento del equipo (véase fuentes y precios (95));
- ✓ el tiempo y el costo laboral de cada plataforma para pruebas;
- ✓ los resultados de los estudios de validación clínica para determinar la sensibilidad, especificidad, precisión y reproducibilidad de los resultados;
- ✓ los requisitos normativos o de registro del país; y
- ✓ las necesidades en materia de infraestructura (como espacio, electricidad y agua).

La Tabla 2 ofrece un breve panorama general de posibles plataformas para diagnóstico virológico.

**Tabla 2. Análisis disponibles para el diagnóstico temprano de los lactantes**

| Análisis  | Especimen  | Ventajas   | Desventajas   |
|---|--|--|---|
| <p><b>DNA</b></p> <p>Una importante plataforma disponible actualmente</p> | 0.5ml de la sangre entera  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ampliamente utilizado y validado</li> <li>✓ No se ve afectado por la exposición a antirretrovirales</li> <li>✓ Reactivos y juegos estandarizados</li> <li>✓ Ha demostrado ser estable en los especímenes de muestras de sangre seca</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– No resulta útil para predecir la necesidad de terapia antirretroviral</li> <li>– No ha recibido la licencia o la aprobación para objetivos de diagnóstico</li> <li>– No está aún plenamente automatizado</li> </ul>  |
| <p><b>ARN</b></p> <p>Gama de análisis disponibles</p>                     | <p>La mayoría utiliza plasma, suero y requiere 0.2-1.0 ml</p> <p>Estudios recientes utilizando muestras de sangre seca sugieren la posibilidad de falsos negativos por debajo de 2.000 copias de ARN del VIH</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Útil para evaluar la posibilidad de progreso de la enfermedad</li> <li>✓ Algunos utilizan sistemas automatizados que combinan en un solo instrumento todos los pasos de amplificación y lectura</li> <li>✓ Algunos tienen un alto volumen y un tiempo de entrega corto</li> <li>✓ Utilizado para la mayoría de los tipos de VIH</li> <li>✓ Puede ser utilizado para otras enfermedades</li> <li>✓ Uno ha sido aprobado por la FDA para labores de vigilancia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Potencial de que se cometan errores de amplificación</li> <li>– Preocupación de que cuando el lactante esté expuesto a la terapia antirretroviral (MTCT o terapia antirretroviral de la madre) se presenten niveles bajos de ARN</li> <li>– El ARN es menos estable en los especímenes de muestras de sangre seca</li> <li>– Los reactivos y los juegos para diagnóstico no están estandarizados</li> <li>– La mayoría no ha recibido la licencia o la aprobación para objetivos de diagnóstico</li> <li>– Preocupación sobre la precisión cuando hay un bajo nivel de ARN para las muestras de sangre seca</li> </ul> |

### 5.3 Establecer sistemas para la utilización oportuna y fiable de los resultados de laboratorio

Para las muestras de sangre seca o de otros especímenes obtenidos y transportados al laboratorio de diagnóstico por correo, valija u otro sistema, es preciso evaluar la rapidez y la fiabilidad de los sistemas en cada punto de la cadena de actividades (obtención, envío por correo, prueba y presentación de los resultados). Un retraso en cualquier punto de la cadena puede suponer aumentos considerables en la mortalidad y la morbilidad. Es preciso establecer sistemas para registrar los resultados positivos y las medidas consiguientes. Es preciso establecer a escala nacional una presentación de informes y formatos

de registro simples y estandarizados para facilitar la evaluación de los sistemas a nivel de establecimiento y a nivel nacional. Es preciso llegar un acuerdo sobre la información básica necesaria para todos los especímenes obtenidos y estandarizar la presentación de resultados.

#### **5.4 Proporcionar al personal la educación y la formación apropiada para garantizar servicios de diagnóstico de alta calidad**

Los servicios de diagnóstico de alta calidad requieren un personal con una educación y formación apropiadas. En la actualidad, pocos países con una alta incidencia del VIH disponen de técnicos, administradores, trabajadores de mantenimiento y de otro tipo en cantidad suficiente como para apoyar plenamente una ampliación de la red de diagnóstico. Por esta razón, es preciso tomar medidas para capacitar (y repetir la formación) de estos valiosos recursos humanos por medio de un plan y un presupuesto minuciosos basados en objetivos realistas.

### **Otros factores para ampliar la capacidad de laboratorio**

---

#### **I. Ubicación de los establecimientos para realizar pruebas**

Decidir dónde se deben instalar los establecimientos de pruebas y cuántos se necesitan para realizar determinaciones virológicas y de CD4 óptimas depende en parte de la carga nacional de VIH, la cobertura necesaria y la capacidad. La mejor configuración depende de los factores que se describen más abajo y es diferente en cada país.

#### **II. Adquisiciones, suministros y mantenimiento. Es preciso tener en cuenta varios factores relacionados con la adquisición de pruebas disponibles comercialmente.**

**Tecnología.** En la mayor parte de los entornos con recursos limitados, la tecnología elegida debe ser compatible con la utilización de muestras de sangre seca, con el apoyo a protocolos estandarizados y convalidados (véase la sección sobre recopilación de muestras y transporte más adelante) y por un aseguramiento y control de calidad apropiados. Los gestores de los laboratorios deben asumir un punto de vista a largo plazo con respecto a la plataforma seleccionada y la gestión de las adquisiciones y el almacenamiento de los bienes fungibles. Algunas plataformas de la reacción en cadena de la polimerasa disponibles comercialmente permiten medir la hepatitis C y la hepatitis B, otras infecciones transmitidas sexualmente y la *M. tuberculosis*. Los métodos de la reacción en cadena de la polimerasa se están automatizando, lo que reduce el potencial de error y aumenta la fiabilidad de los resultados al mismo tiempo que se reduce el tiempo de operación, permitiendo por tanto un mayor volumen. Sin embargo, siguen siendo costosos.

**Adquisiciones, suministros y mantenimiento.** Por medio de contratos de servicio se puede negociar un precio o un acuerdo de alquiler favorable; las negociaciones sobre los precios deben llevarse a cabo a escala nacional. Los proveedores deben poder garantizar la distribución puntual de los juegos de instrumentos de ensayo y los reactivos y bienes fungibles con una duración de conservación adecuada. El conjunto negociado debe incluir apoyo técnico por parte del proveedor, formación inicial en la utilización de los reactivos y los materiales (incluidas las tareas sistemáticas de mantenimiento de los equipos que debe realizar el personal del establecimiento de pruebas) y el mantenimiento ordinario previsto, así como las reparaciones de emergencia de cualquier material asociado que se suministre, realizadas por especialistas. El pedido debe garantizar una cantidad suficiente de existencias para que una interrupción del suministro no conlleve una interrupción en el servicio.

#### **III. Carga de trabajo y volumen de muestras**

Predecir la carga de trabajo y la frecuencia y el número de muestras que es preciso someter a prueba en un periodo dado es fundamental para evaluar la eficacia con respecto al costo y la idoneidad de cualquier tecnología. Algunas pruebas se adaptan mejor a un amplio volumen de operaciones y pueden generar un gasto inútil si no se utilizan plenamente. También es preciso tomar en consideración la situación inmediata y la estimación de las necesidades a largo plazo (como por ejemplo de 2 a 5 años). A menos que se lleve a cabo la prueba sistemáticamente, mantener el nivel necesario de competencia entre los técnicos resultará difícil, y es muy probable que se produzcan más problemas relacionados con los materiales.

#### **IV. Recogida y transporte de muestras**

Los ácidos nucleicos virales podrían degradarse con el tiempo, por lo que el tiempo entre la recogida de las muestras y la prueba es importante, especialmente si se almacenan a una alta temperatura ambiente (por ejemplo, durante el transporte al laboratorio) por un período prolongado de tiempo. Es posible proteger las muestras si se transportan rápidamente a una temperatura fría (de 2 a 10°C). Sin embargo, en los lugares donde el transporte y la refrigeración sea problemática, como en las zonas remotas o rurales, las muestras de sangre seca o las muestras de plasma podrían ser la mejor solución. No todas las pruebas pueden utilizarse con especímenes de sangre seca, y algunas exigen un mayor volumen de muestras.

Las ventajas de las muestras de sangre seca incluyen:

- un volumen reducido de muestras para los lactantes;
- la muestra es segura y estéril;
- una vez que se seca y se mantiene seca, la muestra es estable;
- almacenamiento fácil (en un medio seco y a temperatura ambiente);
- poco costosa y de fácil transporte (no se necesita hielo y no hay ningún peligro biológico);
- las muestras de sangre seca pueden recortarse en el papel de filtro utilizando tijeras, perforadoras (manuales y neumáticas) y cortadores automáticos;
- compatibles con varias tecnologías de aislamiento del ácido nucleico; y
- el plasma y la sangre entera generan resultados fiables y reproducibles.

Actualmente sólo las pruebas AND están estandarizadas para su uso con las muestras de sangre seca para realizar diagnósticos.

#### **Otros recursos**

---

Hay información disponible sobre:

- pruebas evaluadas, adquisición en grandes cantidades, garantía de calidad y capacitación (96);
- control de calidad para una prueba rápida del VIH (97);
- instrumentos de capacitación para las pruebas rápidas del VIH (98);
- seguimiento de laboratorio (75);
- tecnologías de enumeración de CD4 (99); y
- envío de muestras de sangre seca (100).

En la lista de recursos que aparece en el Anexo 2 se ofrecen más procedimientos operativos de capacitación y normativas.

#### **Estrategia 6: Fortalecer la capacidad basada en la comunidad para detectar posibles casos de VIH y referirlos a otras instancias para administrarles pruebas y proporcionar atención de seguimiento y apoyo a los lactantes y los niños con VIH**

Las estrategias basadas en la comunidad ofrecen una vía importante para optimizar una atención, apoyo y tratamiento continuos para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen, especialmente en el caso de familias que viven lejos de los centros de salud. Las intervenciones en la comunidad son especialmente importantes para los niños que dependen de cuidadores de la comunidad para tener acceso a los servicios que benefician a estos niños. Las intervenciones que están basadas en la comunidad y utilizan recursos comunitarios no sólo puede servir de ayuda en la detección de casos, la mejora de la atención básica y la prestación de apoyo para la adhesión al tratamiento, sino que también desempeñan un papel fundamental a la hora de abordar el estigma, incorporar la opinión de las personas que viven con VIH en la programación y mejorar la comprensión del tratamiento.

## Medidas pertinentes

---

### 6.1 Integrar enfoques basados en la comunidad en las estrategias de los programas de salud infantil y del VIH

Para que las estrategias de la salud infantil basadas en la comunidad, incluida la atención contra el VIH, sean eficaces, es preciso poner en marcha varios componentes, entre ellos los siguientes:

- ✓ incluir estrategias comunitarias en los planes nacionales de tratamiento y atención;
- ✓ establecer políticas que sirvan de apoyo a las funciones de los trabajadores comunitarios de la salud dedicados a la atención contra el VIH y centrarse en mantener la calidad de la atención y del rendimiento;
- ✓ establecer un contenido básico para su utilización a nivel comunitario;
- ✓ prestar atención a los sistemas sostenibles de incentivos;
- ✓ establecer sistemas de comunicación y coordinación entre los niveles de la atención que incluyan a los trabajadores comunitarios;
- ✓ invertir en la contratación de trabajadores comunitarios de atención de la salud y en su capacitación; y
- ✓ garantizar que existen unas estructuras adecuadas de supervisión.

Al planificar las estrategias basadas en la comunidad, sin embargo, no se puede esperar que el compromiso en tiempo y el volumen de los casos de los trabajadores comunitarios de la salud, especialmente de aquellos que trabajan como voluntarios o reciben un estipendio reducido, sea los mismos de trabajadores a tiempo completo que podrían recibir una compensación financiera más sustancial por sus esfuerzos. Para que los trabajadores comunitarios sean eficaces, su carga de trabajo debe ser asequible y adaptarse a sus otras responsabilidades. La alfabetización limitada entre los voluntarios podría afectar también su capacidad para realizar algunas tareas. Es preciso seleccionar las tareas específicas que los trabajadores comunitarios de la salud pueden prestar apropiadamente y ofrecerles capacitación para apoyarles en la prestación de estos servicios.

### 6.2 Acelerar la detección de casos por medio de su integración en los programas comunitarios de la salud

Detectar la presencia de lactantes y de niños de corta edad con VIH es importante para que puedan recibir la atención y los beneficios apropiados que se derivan de la terapia antirretroviral, un tratamiento que puede salvar sus vidas. Las opciones comunitarias para la detección de casos pueden integrarse en los servicios de salud de la comunidad existentes, como por ejemplo los servicios de divulgación para la salud de las madres y de los niños que ya se llevan a cabo sistemáticamente y la prestación de servicios integrados por medio de los días de salud infantil (administración de suplementos de vitamina A, inmunización y eliminación de parásitos como intervenciones básicas; distribución gratuita de mosquiteros tratados con insecticida, así como la renovación de los insecticidas, seguimiento del crecimiento y la AIEPI y educación de la salud y promoción, como intervenciones adicionales), la AIEPI en la comunidad, atención basada en el hogar y programas de nutrición en la comunidad, así como otras actividades de atención de la infancia que llevan a cabo las organizaciones no gubernamentales y comunitarias. Se debe alentar un enfoque estructurado para la detección de casos, con los trabajadores comunitarios de la salud centrándose en las zonas donde hay mayores probabilidades de obtener altos resultados, en lugar de intentar centrarse en todas las zonas a la vez. Es preciso hacer hincapié en que se debe prestar atención al consentimiento y la confidencialidad durante las labores de capacitación, apoyo y supervisión de la detección de casos en la comunidad.

6.2.1 Cuando ya se ofrezcan servicios de la AIEPI, integrar la detección de casos de VIH y el seguimiento de los casos en los protocolos, la formación y los procesos de referencia de casos.

6.2.2 Armonizar la atención comunitaria esencial de los recién nacidos y la atención esencial para los recién nacidos expuestos al VIH. La atención de los recién nacidos en la comunidad se suele prestar por medio de dos o tres visitas al lugar durante la primera semana y puede mejorar el seguimiento de

los casos y proporcionar un mecanismo para reforzar las prácticas seguras de alimentación infantil y la utilización de la profilaxis con cotrimoxazol mientras que se reduce el potencial de estigmatización, ya que las visitas al hogar se realizarán independientemente de la situación en materia de VIH.

- 6.2.3 Evaluar las prácticas locales para procurar atención a fin de determinar los lugares donde hay mayores posibilidades de que los cuidadores lleven a los niños enfermos. Esto debe incluir el levantamiento de un mapa de los servicios oficiales así como de los voluntarios comunitarios, las parteras y los proveedores tradicionales de atención de la salud. Los trabajadores comunitarios de salud y nutrición, los comités para los huérfanos y los niños vulnerables y otros sistemas de apoyo relacionados con el VIH son posibles puntos de contacto con niños enfermos y expuestos al VIH y pueden ser fuentes excelentes de referencia para la prueba del VIH. Hay que establecer planes centrados a escala de distrito basados en la manera en que se procura la atención a escala local y utilizar pautas.
- 6.2.4 Sobre la base de la comprensión de la manera en que se procura la atención a escala local y el levantamiento local de mapas de servicios de salud oficiales y tradicionales, orientar a los trabajadores comunitarios, los voluntarios y los practicantes tradicionales para que reconozcan los signos y los síntomas del VIH y la importancia de una referencia oportuna para recibir servicios.

### **6.3 Mejorar el seguimiento de casos y la atención esencial para los recién nacidos expuestos al VIH y sus familias**

- 6.3.1 Promover el seguimiento a escala de la comunidad y prestar apoyo a los lactantes y los niños de corta edad que están expuestos al VIH o que lo tienen por medio de servicios y grupos basados en la comunidad. Con el apoyo directo a las organizaciones basadas en la comunidad y las organizaciones no gubernamentales, los gobiernos pueden garantizar una prestación continua y sostenida de profilaxis con cotrimoxazol, la orientación nutricional, el apoyo psicosocial y la adhesión a los servicios de orientación y la gestión de los efectos secundarios simples y comunes.
- 6.3.2 Allí donde los recién nacidos cuyas madres han recibido servicios para evitar la transmisión de madre a hijo pasan generalmente desapercibidos en el seguimiento, es preciso establecer estrategias comunitarias para mejorar el seguimiento de los casos hasta que las pruebas determinen la situación del niño en materia de VIH. Esto puede incluir desarrollar un acuerdo planificado para una visita al hogar si la madre no regresa para someterse al seguimiento.
- 6.3.3 Los niños y sus cuidadores que tienen acceso a servicios para gestionar la desnutrición grave deben recibir orientación sobre las pruebas del VIH. A medida que se amplíe la utilización de la atención terapéutica a la comunidad, la posibilidad de vincular las pruebas del VIH con las intervenciones nutricionales, especialmente en entornos con una alta prevalencia del VIH, será cada vez más pertinente.
- 6.3.4 Es preciso reforzar la prevención primaria y secundaria por medio de intervenciones a escala de la comunidad. Esto incluye el apoyo a prácticas seguras de alimentación para los lactantes y los niños de corta edad y realizar medidas básicas de prevención de enfermedades para proteger la salud y retrasar la progresión de la enfermedad.

### **6.4 Mejorar la capacidad de la comunidad para proporcionar atención y apoyo**

Los trabajadores comunitarios de la salud pueden desempeñar un papel fundamental en la tarea de mantener la prestación a largo plazo del tratamiento preventivo con cotrimoxazol y la terapia antirretroviral, y asesorar sobre las posibilidades de alimentación infantil y la referencia oportuna de los niños enfermos (Recuadro 7). La utilización de enfoques entre pares, de grupos de apoyo para las madres y de trabajadores comunitarios de salud puede contribuir a reforzar la adhesión al tratamiento mediante la renovación del suministro de la farmacoterapia y la revisión sistemática de los planes de salud con los cuidadores. Los trabajadores comunitarios de salud que realizan actualmente una gestión de casos para la neumonía y el paludismo son una fuente excelente de servicios de seguimiento para los lactantes y los niños de corta edad que están expuestos al VIH o que lo tienen. Levantar un mapa de los grupos comunitarios y los tipos

de servicios que se prestan es importante, como lo es también garantizar que algún grupo o individuo abarca a todos los hogares, especialmente aquellos donde hay lactantes y casos de VIH. Específicamente, los trabajadores comunitarios de la salud pueden mejorar la capacidad de la comunidad para proporcionar atención y apoyo de la manera siguiente.

- 6.4.1 Mejorar los conocimientos sobre el tratamiento y el apoyo a la adhesión. Una mejora en la comprensión de los regímenes de tratamiento por los cuidadores y los niños, de los efectos secundarios y de la importancia de la adhesión, con información apropiada a la edad, puede mejorar los resultados clínicos en favor de la infancia.
- 6.4.2 Mejorar el acceso al tratamiento preventivo con cotrimoxazol por medio de programas de salud infantil comunitarios. Los trabajadores comunitarios de la salud pueden aumentar la concienciación de la comunidad con respecto a los beneficios del tratamiento preventivo con cotrimoxazol para los niños expuestos o infectados con VIH y proporcionar a las familias consejos simples para garantizar que los niños reciban la dosis diaria apropiada. Allí donde los trabajadores comunitarios de la salud distribuyen ya medicinas como parte de su tarea, podrían existir mecanismos viables para proporcionar tratamiento preventivo con cotrimoxazol y asegurar la adhesión.
- 6.4.3 Garantizar la inmunización de los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen. Los trabajadores comunitarios de salud pueden explicar a las familias la importancia de la inmunización. Los trabajadores comunitarios de la salud deben asesorar a las familias para que mantengan en un lugar seguro las tarjetas de salud del niño y garanticen la transmisión del historial médico a los futuros cuidadores como parte de la preparación cuando uno de los progenitores se encuentre en una etapa terminal de la enfermedad.

## **6.5 Promover una buena nutrición**

- 6.5.1 Promover una alimentación segura del lactante. Los trabajadores comunitarios de la salud deben reforzar los mensajes que garantizan la utilización consistente de prácticas de alimentación seguras. Cuando sea posible, es preciso referir a una mujer que vive con VIH para que reciba orientación sobre alimentación infantil o, si la orientación no está disponible, asesorarla claramente sobre la alimentación infantil en sus circunstancias.
- 6.5.2 Aumentar la toma de conciencia sobre la desnutrición y sobre cómo prevenirla. Los trabajadores comunitarios de la salud pueden asesorar a las familias sobre la manera de prestar atención a un niño que tiene llagas en la boca y procurar ayuda si un niño no está comiendo bien o tiene síntomas de desnutrición.
- 6.5.3 Utilizar programas de nutrición basados en la comunidad para mejorar los resultados en materia de salud de los niños que tienen VIH y necesitan consumir más alimentos, tanto antes como durante el tratamiento (Recuadro 8).

## **6.6 Administrar suplementos de vitamina A**

## **6.7 Proteger a los niños contra el paludismo y la TB**

Los trabajadores comunitarios de la salud pueden asesorar a las familias para que garanticen que todos los niños pequeños duerman bajo un mosquitero tratado con insecticida y averiguar dónde pueden las familias obtener mosquiteros tratados con insecticidas gratuitos o subsidiados. Los trabajadores comunitarios de la salud pueden también ayudar a garantizar que los niños y a los adultos se sometan a pruebas de detección de la TB, prevención con isoniazida y tratamiento contra la TB.

## 6.8 Promover agua potable y una buena higiene

Los trabajadores comunitarios de salud pueden asesorar a las familias sobre la utilización de agua potable para beber y la preparación de alimentos. También pueden proporcionar a las familias información práctica sobre buenas prácticas de higiene que pueden ayudar a evitar y a tratar la diarrea y otras infecciones, y distribuir jabón y otros materiales preventivos.

## 6.9 Las normas sobre la confidencialidad y la revelación deben estar adaptadas a los entornos comunitarios específicos

Es preciso consultar a las madres que viven con VIH antes de preparar y adaptar los enfoques locales a fin de garantizar la confidencialidad. También hay que establecer mecanismos para la rendición de cuentas de los voluntarios y los trabajadores comunitarios asalariados.

### Recuadro 7. Ejemplos de Programas de atención y tratamiento para los niños basados en la comunidad

#### *Uganda*

*Con el apoyo de Save the Children, la organización no gubernamental Health Alert Uganda trabaja en el Distrito de Gulu, al norte de Uganda, para promover el acceso al tratamiento y la atención de los niños que tienen VIH. Entre las actividades específicas que realizan cabe destacar:*

- *aumentar la concienciación a la comunidad sobre la importancia de someter a prueba a los niños y proporcionar tratamiento a los niños que lo necesitan;*
- *ofrecer a las familias información básica sobre la terapia antirretroviral, que incluye cómo administrar las medicinas a los niños y atender a los efectos secundarios;*
- *capacitar a los niños para que ofrezcan educación a sus pares sobre la adhesión al tratamiento;*
- *prestar apoyo a los niños con VIH para que comuniquen sus necesidades a un público más amplio por medio de programas de radio; y*
- *establecer grupos de apoyo entre pares para los niños, independientemente de su situación con respecto al VIH.*

*El proyecto ha demostrado que aumentar el acceso al tratamiento para los niños y la gestión en el hogar de los niños que reciben terapia antirretroviral es viable en entornos con recursos limitados. Las comunidades comprenden mejor la importancia de las pruebas y del tratamiento para los niños, y los progenitores y los niños aprecian la importancia de tomar las medicinas. Los clubes de apoyo entre pares han sido muy eficaces al ayudar a progenitores a informar a los niños que tienen VIH, promover la adhesión y reducir el estigma que sufren los niños con VIH.*

Fuente: Building Blocks Development Group – proporcionado por Timothy Ahimbisibwe, Save the Children (UK) Uganda.

#### *Tailandia*

*Los instrumentos elaborados por Médecins Sans Frontières en Tailandia para contribuir a apoyar la adhesión al tratamiento infantil incluyen: cuentos de hadas y muñecas que se usan para explicar cómo se multiplica el VIH en el cuerpo y como tomar medicinas contribuye a detener este proceso; un calendario de pared para la planificación semanal de la administración de medicinas, con dosis de mañana y de tarde en pequeñas bolsas sujetas al calendario; una caja de medicinas que parece como un pequeño bloque de apartamentos con medicinas para cada día en un piso diferente; y una tarjeta de medicinas con diferentes pegatinas que representan cada medicina y muestran cuándo es necesario tomarlas. Médecins Sans Frontières invita a los niños y sus cuidadores a reunirse cada tres meses para poder hablar entre ellos sobre sus problemas.*

Fuente: Poinnet (101).

## **Recuadro 8. Ejemplos de programas de nutrición basados en la comunidad que integran la atención contra el VIH**

### ***Valid International en Malawi***

*En Malawi, Valid International estudió la viabilidad y los resultados de la utilización de la atención terapéutica de la comunidad para gestionar la desnutrición grave aguda en niños menores de 5 años para tratar en su comunidad a niños gravemente desnutridos que tienen VIH. Se utilizaron alimentos terapéuticos listos para su uso para la rehabilitación nutricional, que se distribuyeron semanalmente en raciones para llevar a casa. Además, se ofrecieron servicios de administración de vitamina A, eliminación de parásitos, tratamiento de la anemia, antibióticos para infecciones bacteriales y profilaxis contra el paludismo, siguiendo los protocolos estándar de la atención terapéutica en la comunidad (102). El enfoque demuestra su potencial para aumentar la utilización efectiva de las pruebas de detección del VIH entre niños desnutridos y sus cuidadores (94% y 61% respectivamente). Un 59% de los niños que tienen VIH en una cohorte previsible recuperaron su situación nutricional utilizando protocolos de atención terapéutica en la comunidad sin agregar medicamentos antirretrovirales, y un 86% de estos niños ya no estaban desnutridos aproximadamente 15 meses después de que fuesen dados de alta.*

Fuente: Bahwere et al. (103).

### ***Swazilandia***

*Voluntarios de la comunidad cuidan a niños en edad preescolar en puntos de atención vecinal en Swazilandia. El objetivo es mejorar la salud y la nutrición de los niños de corta edad, ofrecerles apoyo psicosocial y facilitar que sus hermanos y hermanas mayores vayan a la escuela. UNICEF proporciona ollas para cocinar y el Programa Mundial de Alimentos proporciona una mezcla de maíz y soya.*

Fuente: Neighbourhood care points: an advocacy and action strategy for realising the rights of orphans and vulnerable children in Swaziland (104).

*Hay más información disponible sobre prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños (105).*

## **Estrategia 7: Los gobiernos deben promover un fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación que mejoren la prestación de atención de alta calidad para los niños que están expuestos al VIH o que lo tienen**

### **Antecedentes**

A medida que los gobiernos tratan de ampliar los programas nacionales de atención y tratamiento de los niños contra el VIH, una excesiva precipitación en la ampliación pone en peligro a menudo la prestación de una atención de calidad. Las actividades a escala nacional para supervisar el rendimiento del tratamiento y la atención que se brinda a los niños contra el VIH, sin embargo, encuentran a veces obstáculos debido a la debilidad de los sistemas de seguimiento y evaluación. Para prestar asistencia a los gobiernos a mejorar la supervisión de los progresos nacionales hacia la eliminación de la infección por VIH en los niños durante el embarazo, el nacimiento y en el periodo del posparto y para garantizar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo que se brinda a las madres de los niños, la OMS y UNICEF revisaron recientemente las directrices existentes sobre el seguimiento y evaluación de los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo, así como de terapia antirretroviral y atención y apoyo contra el VIH. Las orientaciones se revisaron para reflejar mejor las recientes revisiones técnicas de las recomendaciones sobre terapia antirretroviral y atención y apoyo contra el VIH y los nuevos compromisos mundiales que exhortan a centrarse en las necesidades programáticas de los niños en el tratamiento y la atención contra el VIH.

**7.1 Los gobiernos deben incluir indicadores básicos de servicios para impedir la transmisión de madre a hijo y proporcionar atención y tratamiento de los niños contra el VIH en los marcos nacionales de seguimiento y evaluación (Tabla 3) para supervisar y apoyar las actividades nacionales de ampliación**

**Tabla 3. Indicadores básicos a escala nacional para los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH**

| Indicador  |
|--|
| <b>Indicador básico 1:</b> Existencia de directrices y políticas nacionales de acuerdo con las normas internacionales para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.  |
| <b>Indicador básico 2:</b> Porcentaje de instalaciones de atención prenatal que proveen pruebas para detectar el VIH y antirretrovirales para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño recientemente capacitados o vueltos a capacitar.   |
| <b>Indicador básico 3:</b> Porcentaje de mujeres embarazadas que han realizado una prueba del VIH y han recibido sus resultados.   |
| <b>Indicador básico 4:</b> Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas con VIH que atienden servicios de la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y que fueron examinadas para posibilidad de tratamiento con retrovirales.              |
| <b>Indicador básico 5:</b> Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión de madre a hijo.   |
| <b>Indicador básico 6:</b> Porcentaje de lactantes nacidos de madres que viven con VIH que comenzaron profilaxis con cotrimoxazol antes de cumplir dos meses.  |
| <b>Indicador básico 7:</b> Porcentaje de lactantes nacidos de madres que viven con VIH que recibieron una prueba virológica para diagnóstico del VIH profilaxis con cotrimoxazol antes de cumplir dos meses "o" prueba de anticuerpos antes de los 12 meses. |
| <b>Indicador básico 8:</b> Porcentaje de lactantes expuestos al VIH que recibieron lactancia materna exclusiva, alimentación con sucedáneos ó combinación de alimentos a los 3 meses.  |
| <b>Indicador básico 9:</b> Modelo de porcentaje de lactantes infectados con VIH nacidos de madres infectadas.  |
| <b>Indicador básico 10:</b> El número de lactantes con VIH menores de 1 año que reciben terapia antirretroviral, y el número de niños de 0 a 14 años que tienen la enfermedad avanzada del VIH y reciben terapia antirretroviral                             |
| <b>Indicador adicional 1:</b> Porcentaje de distritos que tienen servicios disponibles de pruebas de CD4   |
| <b>Indicador adicional 2:</b> El porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen servicios de pruebas virológicas el conjunto mínimo de servicios para el diagnóstico de los lactantes, localmente o a través de muestra de sangre seca.                 |
| <b>Indicador adicional 3:</b> Porcentaje de hombres parejas de clientes de atención prenatal que realizaron prueba del VIH.  |

**7.2 Se deben reforzar y ampliar las actividades para supervisar sistemáticamente la eficacia y la calidad del programa**

7.2.1 Un funcionario de enlace para la mejora de la calidad en el ministerio de salud debe encargarse de la selección de los establecimientos y de medir el rendimiento, introducir conceptos de mejora de la calidad en los nuevos establecimientos y facilitar actividades de mejora de la calidad en la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH. El funcionario de enlace puede también prestar asistencia agregando datos a niveles diferentes de la infraestructura del gobierno, entre ellos los planos distrital, provincial y nacional.

7.2.2 Para lograr éxito en la esfera de la mejora de la calidad y promover la sostenibilidad, es preciso identificar a defensores de las mejoras a escala de establecimiento de salud que crean en la posibilidad del cambio y puedan motivar al personal para lograr los resultados deseados.

7.2.3 Las partes interesadas a escala nacional deberían en teoría elegir los indicadores de rendimiento, que deberían reflejar la comprensión por parte de las partes interesadas del conjunto esencial de intervención. Los indicadores deben estar basados en información reconocible a escala nacional como las directrices clínicas, y deben ser SMART (específicos, medibles, viables, pertinentes y oportunos). Deben utilizarse indicadores que tengan repercusiones sobre los encargados de tomar decisiones.

Los indicadores para medir el rendimiento (Recuadro 9) pueden servir de asistencia a los proveedores de servicios y los gestores de los programas a escala local, de distrito y nacional para determinar si se están ofreciendo servicios de salud esenciales a todos aquellos que deberían recibirlos y si se hace a tiempo. Un indicador mide esencialmente la proporción de personas que deberían recibir un servicio y que lo reciben en realidad.

#### **Recuadro 9. Ejemplos de indicadores para medir la calidad de la atención**

- *Proporción de niños expuestos al VIH que reciben un diagnóstico temprano del VIH*
- *Proporción de niños de 2 años que reciben todas las vacunaciones recomendadas*
- *Proporción de niños de 5 años o más pequeños a quienes se ha examinado para medir su peso por altura durante los últimos seis meses*
- *Proporción de niños de 5 años o más pequeños que recibieron un mosquitero como profilaxis contra el paludismo*
- *Proporción de niños de 5 años o más pequeños que recibieron mebendazole para eliminar parásitos durante los últimos seis meses*
- *Proporción de niños con VIH cuyo CD4 se examinó durante los últimos seis meses*
- *Proporción de niños que reciben terapia antirretroviral a quienes se examinó para comprobar la adhesión en la última visita clínica*

Los indicadores de proceso son aquellos que miden la prestación de intervenciones que están vinculadas a buenos resultados clínicos. Los indicadores de resultados miden esferas como la morbilidad y la mortalidad de una población afectada. Los indicadores de resultados son atractivos porque los programas están en última instancia interesados en mejorar los resultados, pero a menudo resulta difícil determinar si las intervenciones llevadas a cabo o no llevadas a cabo por un prestador de servicios de la salud o un establecimiento médico fueron responsables de la mejora o el empeoramiento del resultado. Otros factores que están más allá del control del prestador de atención de la salud podrían haber desempeñado un papel en la modificación del resultado.

7.2.4 Limitar el número de indicadores que se miden para equilibrar la obtención de información útil y al mismo tiempo limitar la carga de los trabajadores de atención de la salud responsables de recopilar los datos.

7.2.5 Los datos se deben analizar y devolver a tiempo a los establecimientos donde se recopilaron. Los datos antiguos pudieran no reflejar más la situación actual, dificultando el análisis de los estrangulamientos y las imperfecciones del sistema y las consiguientes mejoras en la prestación de atención.

### 7.3 Las actividades de mejora de la calidad tienen que seguir rápidamente a la medición del rendimiento

Las actividades de mejora de la calidad deben aplicarse inmediatamente después de la recopilación y el análisis de los datos. Los datos deben utilizarse para determinar cuáles son las esferas que se pueden mejorar con el personal y los recursos disponibles en el centro de salud. Los proyectos de mejora de la calidad deben centrarse en esferas que produzcan mejoras considerables en la salud de un número considerable de niños. Las experiencias satisfactorias así como los problemas para aplicar proyectos de mejora de la calidad deben difundirse entre el personal de diferentes centros de la salud de la región.

Los problemas con la calidad de la atención que se presta están vinculados a menudo a los sistemas. En muchas situaciones, los individuos están interesados en proporcionar una atención de alta calidad, pero debido a cuestiones sistemáticas como la falta de instrumentos de documentación o de documentos de orientación fácilmente visibles, o de una insuficiencia en la capacitación, no se logra ofrecer la atención apropiada.

Hay disponible una serie de modelos de mejora de la calidad para entornos con recursos limitados. Entre ellos cabe destacar los ciclos planificar–hacer–estudiar–actuar; los equipos interdisciplinarios de evaluación rápida que incluyen a miembros de la comunidad para fomentar los cambios; y la colaboración oficializada de aprendizaje dentro de los establecimientos de salud y entre ellos. Para obtener más información sobre la mejora de la calidad, se puede consultar el New York State Department of Health AIDS Institute (107), el Institute for Healthcare Improvement (108), University Research Corporation (109), John Snow, Inc. y JSI Research & Training Institute, Inc. (110) y Electronic Resource Center of Management Sciences for Health (111,112).

La calidad de la atención de los niños contra el VIH puede a menudo mejorarse simplemente mediante la incorporación de instrumentos básicos de documentación. Por ejemplo, la introducción de una lista de verificación básica en un gráfico de la salud del niño puede ayudar a recordar a los proveedores de atención de la salud cuándo es necesario realizar intervenciones específicas como la inmunización o las pruebas a los lactantes expuestos.

Muchos establecimientos en una zona geográfica experimentan a menudo problemas similares en una esfera concreta de prestación de servicios para los niños (como el diagnóstico temprano). Compartir las experiencias entre diferentes establecimientos de salud puede llevar a intercambiar estrategias satisfactorias y lograr un aprendizaje general en grupo, especialmente si se establecen colaboraciones oficializadas de aprendizaje. En lugar de que un establecimiento aborde linealmente una serie de problemas para mejorar la calidad, varios establecimientos pueden comprometerse con una mejora de la calidad mediante ciclos planificar–hacer–estudiar–actuar y compartir sus conclusiones, contribuyendo a una mejora orquestada de la calidad en una zona geográfica (Recuadro 10).

#### **Recuadro 10. Mejorar la calidad de la atención de los niños contra el VIH en Tailandia**

*El Gobierno de Tailandia, después de aplicar con éxito medidas de rendimiento y de mejora de la calidad para la atención de los adultos contra el VIH, comenzó a realizar actividades similares centradas en las necesidades de los niños a finales de 2006. Diferentes clínicas se han centrado en diferentes esferas para la mejora, entre ellas la evaluación de la adhesión a la terapia antirretroviral entre los niños, la atención de la salud oral para los niños que tienen VIH y la evaluación del historial de inmunización. Al centrarse en las razones sistémicas que explicaban la deficiencia en el rendimiento y establecer instrumentos para mejorar la prestación de servicios, los establecimientos alcanzaron las metas siguientes en el curso de un año:*

- ✓ *La proporción de niños que tienen VIH cuya adhesión a la terapia antirretroviral se evaluó aumentó del 66% al 85%;*
- ✓ *La proporción de niños con VIH cuyo historial de inmunización se evaluó aumentó del 8% al 100%; y*
- ✓ *La proporción de niños con VIH con una salud oral anormal que recibieron tratamiento de la salud oral aumentó del 41% al 100%.*



## REFERENCIAS

1. *AIDS epidemic update, December 2007*. Ginebra, ONUSIDA, 2007 (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>, consultado el 18 de enero de 2008).
2. *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
3. Mortality profiles [web site]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/whosis/mort/profiles/en>, consultado el 18 de enero de 2008).
4. Taha TE et al. The effect of human immunodeficiency virus infection on birthweight, and infant and child mortality in urban Malawi. *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24:1022–1029.
5. Zijenah LS et al. Timing of mother-to-child transmission of HIV-1 and infant mortality in the first 6 months of life in Harare, Zimbabwe. *AIDS*, 2004, 18:273–280.
6. Newell M-L et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236–1243.
7. *Towards universal access: scaling up priority interventions in the health sector. Progress report 2007*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr16/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
8. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226–2234.
9. Cross Continents Collaboration for Kids (3Cs4kids) Analysis and Writing Committee. Markers for predicting mortality in untreated HIV-infected children in resource-limited settings: a meta-analysis. *AIDS*, 2008, 22:97–105.
10. Bong CN et al. Risk factors for early mortality in children on adult fixed-dose combination antiretroviral treatment in a central hospital in Malawi. *AIDS*, 2007, 21:1805–1810.
11. Puthanakit T et al. Efficacy of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected children participating in Thailand's National Access to Anti retroviral Program. *Clinical and Infectious Diseases*, 2005, 41:100–107.
12. Wamalwa DC et al. Early response to highly active antiretroviral therapy in HIV-1-infected Kenyan children. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 45:311–317.
13. Song R et al. Efficacy of highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infected children in Kenya. *Pediatrics*, 2007, 120:e856–e861.
14. Zhang F et al. Chinese pediatric highly active antiretroviral therapy observational cohort: a 1-year analysis of clinical, immunologic, and virologic outcomes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 46:594–598.
15. Chintu C et al. Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:1865–1871.
16. *A world fit for children*. Nueva York UNICEF, 2002 ([http://www.unicef.org/specialesession/docs\\_new/index.html](http://www.unicef.org/specialesession/docs_new/index.html), consultado el 18 de enero de 2008).
17. *The Gleneagles Communiqué*. Gleneagles, G8, 2005 ([http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/PostG8\\_Gleneagles\\_Communique.pdf](http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/PostG8_Gleneagles_Communique.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
18. Gilks CF. The OMS public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet*, 2006, 368:505–510.
19. Walkowiak H. *Report of UNICEF-OMS Consultation: Development of a Programming Guide for Scaling Up Treatment, Care and Support for HIV-infected and Exposed Children in Resource-constrained Settings*, Nueva York City, USA, January 11–13, 2006. Arlington, VA, Rational Pharmaceutical Management Plus, 2006 ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADG534.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADG534.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).

20. Bryce J et al. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet*, 2003, 362:159–164 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/CHILD\\_HEALTH/CS/CS\\_paper\\_3.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/CS/CS_paper_3.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
21. January 2008).
22. Obimbo EM et al. Predictors of early mortality in a cohort of human immunodeficiency virus type 1-infected African children. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 2004, 23:536–543.
23. Taha TE et al. Mortality after the first year of life among human immunodeficiency virus type 1 infected and uninfected children. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1999, 18:689–694.
24. Brahmabhatt H et al. Mortality in HIV-infected and uninfected children of HIV-infected and uninfected mothers in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 41:504–508.
25. Taha TE et al. Association of HIV-1 load and CD4 lymphocyte count with mortality among untreated African children over one year of age. *AIDS*, 2000, 14:453–459.
26. Spira R et al. Natural history of human immunodeficiency virus type 1 infection in children: a five-year prospective study in Rwanda. Mother-to-Child HIV-1 Transmission Study Group. *Pediatrics*, 1999, 104:e56.
27. Bhutta ZA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*, 2005, 115:519–617.
28. Jones G et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362:65–71.
29. Darmstadt GL et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 2004, 365:977–988.
30. The *Lancet* series: child survival [web site]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD\\_HEALTH/Lancet\\_CS.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/Lancet_CS.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
31. *Clinical management of acute diarrhoea: OMS/UNICEF joint statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud and Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2004 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD\\_HEALTH/JS\\_Diarrhoea.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/JS_Diarrhoea.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
32. *A life course approach to child and adolescent health and development [web site]*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/Supporting\\_Life.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/Supporting_Life.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
33. Coovadia HM et al. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. *Lancet*, 2007, 369:1107–1116.
34. *OMS HIV and Infant Feeding Technical Consultation. Consensus Statement: Held on behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants, Ginebra, October 25–27, 2006*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus\\_statement.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
35. *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_Framework.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
36. *HIV and infant feeding [web site]*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV\\_infant.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
37. *Nutrition counselling, care and support for HIV-infected women: guidelines on HIV-related care, treatment and support for HIV-infected women and their children in resource-constrained settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 ([http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/nutrition/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/nutrition/en/index.html), consultado el 18 de enero de 2008).
38. *Distribution of vitamin A during national immunization days*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9836.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).

39. *OMS statement: iron supplementation of young children in regions where malaria transmission is intense and infectious disease highly prevalent*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 ([http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/nutrition/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/nutrition/en/index.html), consultado el 18 de enero de 2008).
40. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition: guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 ([http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/referral\\_care/homepage.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/referral_care/homepage.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
41. *Guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV-infected children (6 months – 14 years)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en la imprenta).
42. Pelletier DL. The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs, and future research. *Journal of Nutrition*, 1994, 124:2047S–2081S.
43. Myatt M, Khara T, Collins S, A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs. *Food and Nutrition Bulletin*, 2006, 27:S7–S23.
44. *OMS Child Growth Standards [web site]*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (<http://www.who.int/childgrowth/standards/en>, consultado el 18 de enero de 2008).
45. Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Community-based management of severe acute malnutrition: a joint statement by the Organización Mundial de la Salud, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/CHILD\\_HEALTH/Severe\\_Acute\\_Malnutrition\\_en.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/Severe_Acute_Malnutrition_en.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
46. Laufer MK et al. Observational cohort study of HIV-infected African children. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 2006, 25:623–627.
47. Dankner WM et al. Correlates of opportunistic infections in children infected with the human immunodeficiency virus managed before highly active antiretroviral therapy. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 2001, 20:40–48.
48. Bobat R et al. Mortality in a cohort of children born to HIV-1 infected women from Durban, South Africa. *South African Medical Journal*, 1999, 89:646–648.
49. *Management of children with pneumonia and HIV in low-resource settings. Report of a consultative meeting, Harare, Zimbabwe, 30–31 January 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/CHILD\\_HEALTH/ISBN\\_92\\_4\\_1\\_591\\_28\\_5.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_4_1_591_28_5.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
50. Grandin W et al. Deaths at Red Cross Children's Hospital, Cape Town 1999–2003 – a study of death notification forms. *South African Medical Journal*, 2006, 96:964–968.
51. Chhagan MK, Kauchali S. Comorbidities and mortality among children hospitalized with diarrheal disease in an area of high prevalence of human immunodeficiency virus infection. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 2006, 25:333–338.
52. *Reduced osmolarity oral rehydration salts (ORS) formulation – report from a meeting of experts jointly organized by UNICEF y la OMS, UNICEF House, Nueva York, USA, 18 July 2001*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NEWS/Expert\\_consultation.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NEWS/Expert_consultation.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
53. Bahl R et al. Effect of zinc supplementation on clinical course of acute diarrhoea – report of a meeting, New Delhi, 7–8 May 2001. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2001, 19:338–346.

54. Bhutta ZA et al. Prevention of diarrhoea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. Zinc Investigators' Collaborative Group. *Journal of Paediatrics*, 1999, 135:689–697.
55. *Implementing the new recommendations on the clinical management of diarrhoea: guidelines for policy makers and programme managers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 ([http://www.who.int/childadolescent-health/New\\_Publications/Child\\_Health/ISBN\\_92\\_4\\_159421\\_7.pdf](http://www.who.int/childadolescent-health/New_Publications/Child_Health/ISBN_92_4_159421_7.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
56. *Guidelines for the treatment of malaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
57. Webster J et al. *Protecting all pregnant women and children under five years living in malaria endemic areas in Africa with insecticide treated mosquito nets: working paper*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/malaria/docs/VulnerableGroupsWP.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
58. *Malaria and HIV interactions and their implications for public health policy. Report of a technical consultation, Ginebra, Suiza, 23–25 June 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 ([http://www.who.int/malaria/malaria\\_HIV/MalariaHIVinteractions\\_report.pdf](http://www.who.int/malaria/malaria_HIV/MalariaHIVinteractions_report.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
59. Vaccine-preventable diseases [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/vaccines/en/vaccprevidis.shtml>, consultado el 18 de enero de 2008).
60. Vaccines [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
61. Vaccine position papers [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
62. Measles vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2004, 79:130–142 ([http://www.who.int/immunization/wer791\\_4measles\\_April2004\\_position\\_paper.pdf](http://www.who.int/immunization/wer791_4measles_April2004_position_paper.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
63. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization – WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2007, 82:93–103 ([http://www.who.int/immunization/wer8212pneumococcus\\_child\\_Mar07\\_position\\_paper.pdf](http://www.who.int/immunization/wer8212pneumococcus_child_Mar07_position_paper.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
64. Bliss SJ et al. The evidence for using conjugate vaccines to protect HIV-infected children against pneumococcal disease. *Lancet Infectious Diseases*, 2008, 8:67–80 (<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473309907702426/abstract?isEOP=true>, consultado el 18 de enero de 2008).
65. Global Advisory Committee on Vaccine Safety: safety of BCG vaccination in immunocompromised individuals [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/vaccine\\_safety/topics/bcg/immunocompromised/en/index.html](http://www.who.int/vaccine_safety/topics/bcg/immunocompromised/en/index.html), consultado el 18 de enero de 2008).
66. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 29–30 November 2006. *Weekly Epidemiological Record*, 2007, 82:18–23 (<http://www.who.int/wer/2007/wer8203.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
67. *Haemophilus influenzae* type b vaccine. In: *Core information for the development of immunization policy, 2002 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002;27–31 ([http://www.who.int/immunization/documents/OMS\\_VB\\_02.28/en/index.html](http://www.who.int/immunization/documents/OMS_VB_02.28/en/index.html), consultado el 18 de enero de 2008).
68. Hepatitis B vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2004, 79:255–262 ([http://www.who.int/immunization/wer7928HepB\\_July04\\_position\\_paper.pdf](http://www.who.int/immunization/wer7928HepB_July04_position_paper.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
69. *Guidance on pruebas de detección del VIH provider-initiated and counselling in health facilities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pitc2007/en/index.html>).
70. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007:5–10 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).

71. *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults: recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ctx/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
72. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
73. IMAI/IMCI guideline modules [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/hiv/capacity/modules/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
74. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007:79–116 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
75. *Report on adherence to medications in children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://mednet3.who.int/EMI/expcom/CHILDREN/Items/ADHERENCE.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
76. *OMS Consultation on Technical and Operational Recommendations for Scale-up of Laboratory Services and Monitoring HIV Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings, Ginebra, 13–15 December 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/labmeetingreport.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
77. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007:55–58, 129 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
78. *Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/ptmonguidelinesfinalv1.PDF>, consultado el 18 de enero de 2008).
79. *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/OMS\\_HTM\\_TB\\_2006.371\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/OMS_HTM_TB_2006.371_eng.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
80. Stop TB Partnership Childhood TB Subgroup. Management of TB in the HIV-infected child. In: *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006, 10:1331–1336 ([http://www.stoptb.org/wg/dots\\_expansion/assets/documents/IJTLD\\_OS\\_ChildhoodTB\\_Chapter3.pdf](http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/assets/documents/IJTLD_OS_ChildhoodTB_Chapter3.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
81. *International standards for tuberculosis care*. The Hague, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006 ([http://www.who.int/tb/publications/2006/istc\\_report.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
82. *Early detection of HIV infection in infants and children: guidance note on the selection of technology for the early diagnosis of HIV in infants and children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/paediatric/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
83. OMS y UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness complementary course on HIV/AIDS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/ISBN\\_92\\_4\\_159437\\_3.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/ISBN_92_4_159437_3.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
84. *Pocket book of hospital care for children – guidelines for the management of common illnesses with limited resources*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD\\_HEALTH/PB.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/PB.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
85. *Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): evidence and recommendations for further adaptations*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/IMCI/ISBN\\_92\\_4\\_159348\\_2.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/ISBN_92_4_159348_2.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
86. OMS, UNICEF y Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños. *Guidelines on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV: towards*

- universal access for women, infants and children and eliminating HIV and AIDS among children.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/mtct/en>, consultado el 18 de enero de 2008).
87. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach – 2006 version.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
  88. Resources: child nutrition [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/en](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/en), consultado el 18 de enero de 2008).
  89. *Chronic HIV care with ARV therapy and prevention: guidelines for health workers at health centre or district hospital outpatient clinic.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 ([http://www.who.int/hiv/pub/imai/Chronic\\_HIV\\_Care7.05.07.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/imai/Chronic_HIV_Care7.05.07.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).
  90. Patton J et al. Evaluation of Dried Whole Blood Spots Obtained by Heel or Finger Stick as an Alternative to Venous Blood for Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection in Vertically Exposed Infants in the Routine Diagnostic Laboratory. *Clinical and Vaccine Immunology*, February 2007, Vol. 14, No. 2.
  91. Tene G et al. Optimizing entry into care: finding children in need. In: *UNICEF/OMS-sponsored Consultation to Support Development of a Programming Framework for HIV-related Treatment, Care and Support for HIV-infected and -exposed Children in Resource-constrained Settings.* Nueva York, UNICEF and Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://savethechildren.nl/ovc/docu/PaedMeetingreportMarch172006.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
  92. Kankasa C et al. Routine and universal counseling and testing among hospitalized children at University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia [abstract]. *The President's Emergency Plan for AIDS Relief Annual Meeting: the 2006 HIV/AIDS Implementers' Meeting – Building on Success: Ensuring Long-term Solutions, Durban, South Africa, 12–15 June 2006* (<http://www.blsmmeetings.net/implementhiv2006/oralAbstracts.cfm>, consultado el 18 de enero de 2008).
  93. HIV Unit, Department of Clinical Services, Ministry of Health; National TB Control Program; Lighthouse Trust, Lilongwe; and United States Centers for Disease Control and Prevention, Malawi. *Report of a country-wide survey of HIV/AIDS services in Malawi for the year 2006.* Lilongwe, HIV Unit, Department of Clinical Services, Ministry of Health, 2006.
  94. HIV Unit, Department of Clinical Services, Ministry of Health; National TB Control Program; Lighthouse Trust, Lilongwe; and United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Malawi. *Report of a country-wide survey of HIV/AIDS services in Malawi for the year 2006.* Lilongwe, Ministry of Health, Government of Malawi, 2007 (<http://www.evidence4action.org/content/view/34/61>, consultado el 18 de enero de 2008).
  95. AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/hiv/amds/en>, consultado el 18 de enero de 2008).
  96. HIV/AIDS price information services: asociación entre WHO, UNAIDS, UNICEF y MSF partnership [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://mednet2.who.int/sourcesprices/sources.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
  97. Diagnostics and laboratory technology [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/en](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/en), consultado el 18 de enero de 2008).
  98. *Guidelines for appropriate evaluations of HIV testing technologies in Africa.* Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2002 (<http://wwwn.cdc.gov/dls/ila>, consultado el 18 de enero de 2008).
  99. *Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing: applying a quality system approach.* Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2002 (<http://wwwn.cdc.gov/dls/ila>, consultado el 18 de enero de 2008).
  100. *CD4 T-cell enumeration technologies: technical information.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 ([http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/CD4\\_Technical\\_Advice\\_ENG.pdf](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/CD4_Technical_Advice_ENG.pdf), consultado el 18 de enero de 2008).

101. Knudsen RC et al. *Guidelines for the shipment of dried blood spot specimens*. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 1995 (<http://www.cdc.gov/od/ohs/biosfty/driblood.htm>, consultado el 18 de enero de 2008).
102. Ponnet M. Can we help children taking their medicines? *International Symposium: New Developments in Biological Monitoring and Clinical Management of HIV Infection, Chiang Mai, May 2002* (<http://www.aidsalliance.org/sw3740.asp>, consultado el 18 de enero de 2008).
103. Collins S. *Community-based therapeutic care*. London, Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, 2004 (<http://www.odihpn.org/report.asp?type=Network%20Paper&id=2685&number=48>, consultado el 18 de enero de 2008).
104. Bahwere P et al. Uptake of HIV testing and outcomes within a community-based therapeutic care (CTC) programme to treat severe acute malnutrition in Malawi: a descriptive study. *BMC Infectious Diseases* (in press).
105. *Neighbourhood care points: an advocacy and action strategy for realising the rights of orphans and vulnerable children in Swaziland*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2003 ([http://www.unicef.org/evaluation/index\\_40904.html](http://www.unicef.org/evaluation/index_40904.html), consultado el 18 de enero de 2008).
106. Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. *Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 ([http://www.who.int/childadolescent-health/publications/CHILD\\_HEALTH/ISBN\\_92\\_4\\_159150\\_1.htm](http://www.who.int/childadolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_4_159150_1.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
107. *National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/me/youngchildren/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
108. HIV clinical resource [sitio Web]. Nueva York, Nueva York State Department of Health AIDS Institute, 2008 (<http://www.hivqual.org>, consultado el 18 de enero de 2008).
109. HIV/AIDS [sitio Web]. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2008 (<http://www.ihp.org/IHI/Topics/HIVAIDS>, consultado el 18 de enero de 2008).
110. Quality Assurance Project [sitio Web]. Bethesda, MD, Center for Human Services, University Research Co. LLC, 2008 (<http://www.qaproject.org>, consultado el 18 de enero de 2008).
111. Quality management [sitio Web]. Boston, John Snow, Inc. and JSI Research & Training Institute, Inc., 2008 (<http://www.jsi.com/JSIInternet/Projects/ListProjects.cfm?Select=Topic&ID=27&ShowProjects=No>, consultado el 18 de enero de 2008).
112. Guide to managing for quality [sitio Web]. Boston, Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/quality>, consultado el 18 de enero de 2008).
113. Health manager's toolkit: clinical services and quality management [sitio Web]. Boston, Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/toolkit>, consultado el 18 de enero de 2008).



## ANEXO 1. MODELO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

A continuación, algunos de los componentes esenciales que se deben incluir en un análisis de la situación centrado en la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH.

- ✓ **Estructura de la gestión, incluidas las partes interesadas fundamentales a escala nacional como los funcionarios del gobierno, las instituciones bilaterales, las organizaciones no gubernamentales y los donantes**
- ✓ **Demografía. Estimaciones de:**
  - Número de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal y cuántas han dado positivo en la prueba del VIH
  - Número de lactantes/niños expuestos al VIH
  - Número de lactantes/niños que tienen VIH
  - Número de niños con VIH que reciben terapia antirretroviral
- ✓ **Establecimientos de atención de la salud y fuentes de apoyo**
  - Número de establecimientos de salud para la madre, para el recién nacido y para los niños
  - Número de lugares que ofrecen terapia antirretroviral (con un desglose de los que ofrecen servicios a los niños) – Capacidad clínica en atención y tratamiento de los niños contra el VIH y necesidad de capacitación adicional
  - Situación de la ampliación de la AIEPI
- ✓ **Políticas, programas y materiales relacionados con la prevención de la transmisión de madre a hijo – Objetivos nacionales**
  - Grupo técnico de trabajo para asesorar sobre la dirección y las estrategias de los programas
  - Política en materia de pruebas (como por ejemplo las pruebas de detección del VIH iniciadas por el proveedor y la orientación), incluidas las políticas de orientación antes y después de la prueba
  - Directrices, incluidos los regímenes para evitar la transmisión de madre a hijo – Mecanismos para el seguimiento de los lactantes expuestos al VIH
  - Currículo y plan de capacitación
  - Estructura de costos
  - Políticas sobre el consentimiento
  - Manual del programa
- ✓ **Política sobre la terapia antirretroviral y la ejecución de programas**
  - Existencia de una política nacional sobre terapia antirretroviral para lactantes y niños de acuerdo a recomendaciones internacionales
  - Existencia de objetivos nacionales para lactantes y niños
  - Existencia de una estrategia nacional para ampliar la terapia antirretroviral
  - Fuentes de financiación y fuentes de asistencia técnica
  - Existencia de directrices nacionales específicas sobre el tratamiento de los niños
  - Regímenes específicos comunes de primera línea de terapia antirretroviral para lactantes y niños – Conjunto definido de servicios clínicos relacionados con el VIH para los niños y las familias

- Planes e instrumentos para la evaluación y supervisión de la calidad
- Existencia de un currículo y un plan nacional de capacitación

✓ **Suministro de medicinas y productos**

- Disponibilidad de medicamentos genéricos antirretrovirales y de cotrimoxazol en formulaciones para los niños
- Mecanismos de adquisiciones de suministros y de gestión de suministros e integración con los mecanismos existentes de gestión de las adquisiciones y los suministros
- Otros medicamentos esenciales (como antibióticos, terapias combinadas a base de artemisinina y analgésicos y medicamentos contra la fiebre)
- Suministros esenciales de diagnóstico

✓ **Laboratorio**

- Capacidad de diagnóstico serológico, incluidas las muestras de sangre seca
- Diagnósticos: juegos de pruebas, reactivos y bienes fungibles
- capacidad de supervisión (%CD4)

✓ **Participación de la comunidad**

- Políticas que apoyan la participación de la comunidad en el diagnóstico, la atención, el tratamiento y el apoyo a los niños contra el VIH
- Función de las organizaciones comunitarias a la hora de detectar a los niños que necesitan someterse a la prueba del VIH – Prestación de atención y tratamiento relacionado con el VIH a escala comunitaria

✓ **Seguimiento y evaluación**

- Estrategia nacional aprobada sobre el seguimiento de los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo y la prestación de terapia antirretroviral a los lactantes, los niños y las familias
- Datos e instrumentos estandarizados

✓ **Salud infantil**

- Política en materia de cotrimoxazol y situación de la ejecución
- Situación de la ejecución de la AIEPI
- Intervenciones de apoyo en materia de nutrición, entre ellas las políticas nacionales de alimentación de lactantes, y prácticas y situación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna

✓ **Formación de recursos humanos**

✓ **Interacciones**

- Interacciones entre los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño, antirretrovirales, y servicios de salud de la madre y el niño
- Interacciones con programas de apoyo para huérfanos y niños vulnerables (OVC)

✓ **Fuentes de financiación**

## ANEXO 2. INSTRUMENTOS Y RECURSOS

### Documentos de orientación

---

Los siguientes documentos de orientación están disponibles para su uso y/o adaptación:

#### a. Directrices de la OMS

1. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach – 2006 version*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
2. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf)) accessed August 28, 2008.
3. *Global guidance for the scale up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596015\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596015_eng.pdf)), accessed August 28, 2008.
4. *Guidelines on co-trim oxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults: recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ctx/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
5. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008). Nota: se actualizará a mediados de 2008.
6. IMCI: Integrated Management of Childhood Illness [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>, consultado el 18 de enero de 2008).
7. HIV/AIDS: IMAI/IMCI publications [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/imai/en>, consultado el 18 de enero de 2008).
8. HIV and infant feeding [sitio Web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV\\_infant.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm), consultado el 18 de enero de 2008).
9. *IMAI course director and facilitator guides for the Basic ART Clinical Training and Acute Care Training Courses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://ftp.who.int/htm/IMAI/Firstlevel/Basic/BasicFacilitatorGuide.doc>, consultado el 18 de enero de 2008).
10. *OMS recommendations for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/clinicalmentoring/en/index.html>, consultado el 18 de enero de 2008).
11. *Guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV-infected children (6 months – 14 years): chart booklet*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en la imprenta).
12. *Guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV-infected children (6 months – 14 years): handbook*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en la imprenta).
13. *Guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV-infected children (6 months – 14 years): guide for local adaptation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en la imprenta).

**b. African Network for Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANNECA)**

1. Tindyebwa D, et al., eds. *Handbook on paediatric AIDS in Africa*. Kampala, African Network for Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA), 2006 ([http://www.anecca.org/index.php?option=com\\_downloads&Itemid=51](http://www.anecca.org/index.php?option=com_downloads&Itemid=51), consultado el 18 de enero de 2008). Disponible en francés e inglés.

**c. Columbia University International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP)**

1. Fayorsey R, Abrams EJ. *Paediatric HIV/AIDS care and treatment pocket guide*. Nueva York, Columbia University International Center for AIDS Care and Treatment Programs, 2006 (<http://www.columbiaicap.org/resources/peds/files/PediatricPocket06.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).
2. Abrams EJ, Fayorsey R, Gonzalez LF. *Diagnosis of HIV infection in infants: a comprehensive implementation and clinical manual*. Nueva York, Columbia University International Center for AIDS Care and Treatment Programs, 2007 (<http://www.columbia-icap.org/resources/peds/files/Infantdx050307.pdf>, consultado el 18 de enero de 2008).

**d. OMS and the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief.**

La OMS y el Plan de Emergencia del Presidente para Alivio del SIDA están colaborando para producir y ejecutar directrices operativas destinadas a ofrecer servicios de prevención, atención y tratamiento contra el VIH en centros de salud primaria de entornos con recursos limitados y una alta incidencia del VIH. Están preparando dos manuales, uno sobre operaciones y otro sobre servicios básicos contra el VIH, con el aporte de 13 grupos de expertos.

**e. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos**

Los CDC ofrecen una gama de recursos para apoyar la ejecución de diagnósticos para lactantes a aquellos que los soliciten. Cabe destacar un manual de orientación sobre cómo iniciar un programa; instrumentos para la proyección de suministros, información sobre adquisiciones, sugerencias de registros y formularios, y una lista de verificación para personas encargadas de la ejecución. Entre los materiales de capacitación para el personal clínico sobre la recopilación de muestras de sangre seca de los lactantes hay sugerencias de algoritmos para pruebas, materiales de asistencia para el personal clínico, y un DVD sobre la recopilación de muestras de sangre seca. Entre los materiales para el personal de laboratorio hay que incluir orientación sobre cómo establecer un laboratorio para la RCP, recomendaciones sobre equipos, procedimientos operacionales estandarizados para las pruebas, proyección del suministro e información sobre adquisiciones, y materiales de ayuda para personal de laboratorio. Sírvase dirigirse a: Shambavi Subbarao at [sfs2@cdc.gov](mailto:sfs2@cdc.gov) o Tracy Creek at [tgc0@cdc.gov](mailto:tgc0@cdc.gov)

## Sitios web

---

Los siguientes sitios web podrían resultar útiles en la programación infantil del VIH y el SIDA.

- a. La OMS y el VIH/SIDA.** Esta sección del sitio web de la OMS contiene información normativa de utilidad sobre la orientación clínica (terapia antirretroviral, profilaxis con cotrimoxazol, diagnóstico temprano, servicios para evitar la transmisión de madre a hijo, alimentación infantil y nutrición) así como datos mundiales relacionados con el VIH y el SIDA: <http://www.who.int/hiv/es/index.html>.
- b. Salud y desarrollo del niño y del adolescente de la OMS.** Esta sección del sitio web de la OMS presenta información de utilidad sobre estas cuestiones, incluida información sobre la supervivencia infantil. En la página se ofrecen también enlaces con otras páginas de la OMS, incluidas las que se refieren a la AIEPI: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/es/index.html).
- c. AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) de la OMS.** El AMDS es una red para la gestión del suministro de productos relacionados con el VIH y facilita la cooperación entre los asociados técnicos, los organismos de financiación, las compañías fabricantes y otras organizaciones. Ofrece

información sobre productos específicos relacionados con el VIH, recalificación/garantía de calidad, y gestión de la adquisición de suministros, incluidas las previsiones, la gestión de logística, y las patentes y registros: <http://www.who.int/hiv/amds/en>.

- d. **OMS HIV/AIDS Toolkit.** La OMS ha producido un manual para gestores de programas, personas encargadas de la ejecución y sus asociados en los sectores público y privado con el objetivo de proporcionar orientación técnica sobre la planificación y ejecución de los programas de terapia antirretroviral en entornos con recursos limitados: <http://who.arvkit.net/arv/en/index.jsp>.
- e. **OMS guidance on scaling up voluntary counselling and testing:** <http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>.
- f. **UNICEF.** El sitio de UNICEF en Internet presenta diversas informaciones sobre la infancia y el VIH, incluidos los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo, el diagnóstico de lactantes, la atención y el tratamiento de los niños contra el VIH, la prevención primaria y los niños afectados por el VIH: <http://www.unicef.org>.
- g. **International Center for AIDS Care and Treatment Programs, Columbia University.** En este sitio web figuran distintos recursos, entre ellos módulos de capacitación, actualizaciones técnicas, y recursos generales sobre la atención y el tratamiento de los niños y los adultos contra el VIH, incluidos los servicios para evitar la transmisión de madre a hijo, el VIH y la TB y la prevención: <http://www.columbia-icap.org/whatwedo/mtctplus/index.html>.
- h. **Iniciativa pediátrica internacional Baylor contra el SIDA.** En este sitio web figuran varias informaciones relacionadas con el tratamiento de los niños contra el VIH, incluidos planes de capacitación, orientación sobre la atención y la ingestión de píldoras por los niños y un atlas pictórico sobre las manifestaciones comunes de la infección por VIH entre los niños: <http://bayloraids.org>.
- i. **African Network for Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA):** ANECCA ha preparado un manual muy útil para la atención y el tratamiento de los niños que tienen VIH, con un especial hincapié en la atención el tratamiento en los entornos africanos: Tindyebwa D, et al., eds. *Handbook on paediatric AIDS in Africa* ([http://www.anecca.org/index.php?option=com\\_downloads&Itemid=51](http://www.anecca.org/index.php?option=com_downloads&Itemid=51)). Disponible en francés e inglés.
- j. **Mothers2Mothers (m2m).** Éste es un innovador programa de tutoría que ofrece un amplio apoyo a las mujeres embarazadas con VIH y las madres primerizas. **m2m** capacita y emplea a madres que viven con el VIH que se han beneficiado ellas mismas de los servicios y ahora se han convertido en **madres tutoras**. Estas tutoras componen un equipo de cuidadoras y educadoras para otras madres que viven con VIH y se convierten en un elemento integral de la atención clínica para evitar la transmisión de madre a hijo: <http://www.m2m.org>.
- k. **International HIV/AIDS Alliance.** La International HIV/AIDS Alliance ofrece muchas publicaciones y manuales útiles sobre la acción comunitaria en materia de VIH y SIDA. Especialmente interesante es la colección en línea de recursos sobre los huérfanos y los niños vulnerables: <http://www.ovcsupport.net>. Se trata de una producción conjunta de la Alliance y Family Health International y presentan más de 500 recursos anotados sobre niños afectados por VIH, con una sección dedicada a la salud y la nutrición: <http://www.aidsalliance.org/sw33869.asp>.
- l. **Centro de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de las enfermedades.** Este sitio web presenta información útil sobre la ejecución de programas del VIH. Especialmente interesante para muchos ejecutores será la información sobre consideraciones de laboratorio en el contexto del VIH y el SIDA: <http://www.cdc.gov/hiv>.
- m. **UNITAID.** UNITAID es un establecimiento internacional de adquisición de medicamentos dedicado a ampliar el acceso al tratamiento contra el VIH, el paludismo y la TB para personas de países de medianos y bajos ingresos por medio de mecanismos de financiación innovadores: <http://www.unitaid.eu>.

- n. **HIVQUAL International.** HIVQUAL International es una iniciativa para la mejora de la calidad establecida por el estado de Nueva York y que se han puesto en marcha con éxito en todos los Estados Unidos, así como en África, Asia y América Latina. El objetivo de la iniciativa es mejorar la calidad de la atención que se presta a la gente que vive con VIH. A los participantes se les enseña a desarrollar aptitudes específicas en materia de medidas, muestras, oportunidades de mejora y conducción de proyectos para mejorar el rendimiento: <http://www.hivqual.org>.
- o. **Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation.** El sitio web describe sus programas, presenta documentos de promoción para el tratamiento de niños, datos mundiales y publicaciones y enlaces técnicos a otros sitios para obtener más información: <http://www.pedaids.org>.
- p. **BASICS.** El sitio web de Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) presenta información útil sobre intervenciones de supervivencia infantil de eficacia demostrada. Hay publicaciones técnicas disponibles sobre infecciones agudas de las vías respiratorias, paludismo, enfermedades diarreicas, VIH, inmunización, nutrición y otras esferas: <http://www.basics.org>.
- q. **Institute for Healthcare Improvement.** El modelo de atención crónica para la mejora de la calidad utilizado por el Institute for Healthcare Improvement subraya seis componentes generales para mejorar las interacciones productivas entre pacientes y proveedores a fin de producir mejores resultados: recursos comunitarios, apoyo a la decisión (como directrices y algoritmos), autogestión eficaz, diseño de sistemas de prestación, sistemas de información y organización de la atención de la salud. Se hace hincapié especialmente en los recursos comunitarios y el apoyo a la toma de decisiones para ampliar medidas relacionadas con el VIH: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions>.
- r. **PEPFAR.** The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), una rama del gobierno de los Estados Unidos, trabaja con dirigentes locales, nacionales e internacionales en todo el mundo para apoyar programas integrados de prevención, tratamiento y cuidado. El plan de emergencia apoya las respuestas nacionales multisectoriales en países a través de los principios conocidos como "los tres unos": un plan nacional, una autoridad coordinadora nacional y un sistema de evaluación y supervisión nacional: <http://www.pepfar.gov>
- s. **USAID:** Sobre la base de sus casi 50 años de historia, la U.S. Agency for International Development (USAID) es uno de los pilares de los esfuerzos de asistencia internacional de los Estados Unidos. Desde 1986, USAID ha movilizado sus mejores recursos y experiencia en luchar contra la pandemia del VIH/SIDA en cada esquina del planeta, con una ayuda de más de 7.000 millones de dólares. El sitio web de USAID incluye información en esferas de programación técnica, publicaciones y recursos, al igual que los últimos avances en VIH/SIDA de las misiones de USAID en todo el mundo: [http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/aids/](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/).

## Planes de capacitación

---

Existen varios planes de capacitación en marcha o que ya han sido producidos. Los siguientes planes se encuentran en las etapas más avanzadas de su producción.

- **IMAI/AIEPI.** La OMS y UNICEF han producido un plan de capacitación para trabajadores de la salud de nivel inferior con el fin de facilitar una detección más eficaz de los niños que tienen VIH y proporcionarles atención sistemática contra el VIH: *Integrated Management of Childhood Illness complementary course on HIV/AIDS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/ISBN\\_92\\_4\\_1\\_59437\\_3.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/ISBN_92_4_1_59437_3.htm)).
- **IMCI complementary course on HIV/AIDS (chart booklet).** El Gráfico 1 es una de seis páginas similares del folleto gráfico del curso complementario de la AIEPI sobre VIH/SIDA centrado en diferentes condiciones. Esta página concretamente, y otras páginas relacionadas en el folleto gráfico, fueron diseñadas para prestar asistencia a los trabajadores de atención a la salud a evaluar y clasificar a los lactantes y los niños con respecto a la infección por VIH y las infecciones oportunistas asociadas. Este manual tiene también por objetivo prestar asistencia a los trabajadores de atención de la salud a evitar las enfermedades entre los

lactantes y los niños que tienen VIH, comunicarse con las madres con respecto a las opciones de alimentación y realizar un seguimiento apropiado de los lactantes expuestos al VIH o que lo tienen con respecto a la atención crónica, la clasificación clínica de las etapas de la enfermedad y la iniciación a la terapia antirretroviral: OMS y UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness complementary course on HIV/AIDS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/ISBN\\_92\\_4\\_159437\\_3.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/ISBN_92_4_159437_3.htm)).

**Gráfico 1. Página del folleto gráfico del curso complementario de la AIEPI sobre VIH/SIDA**

### A CONTINUACIÓN VERIFICAR LA INFECCIÓN DE VIH\*

O  
 O  
 O

> ¿Se le ha realizado a la madre o al niño (a) una prueba de VIH?  
 > ¿Tiene el niño (a) una o más de las siguientes condiciones?
 

- Neumonía\*\*
- Diarrea persistente\*\*
- Secreción por el oído (aguda o crónica)
- Muy bajo peso para su edad\*\*

**Si la respuesta es afirmativa, consulte el cuadro a continuación y busque las siguientes condiciones que revelan una infección por VIH**

| NOTAR O PREGUNTAR   | OBSERVAR Y PALPAR  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿NEUMONÍA?</li> <li>• ¿DIARREA PERSISTENTE?</li> <li>• ¿SECRECIÓN POR EL OÍDO?</li> <li>• ¿MUY BAJO PESO?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniliasis oral</li> <li>• Inflamación de parótidas</li> <li>• Linfadenopatía generalizada persistente</li> </ul> |

Resultados disponibles de las pruebas de VIH realizadas a la madre y al niño (a)

\*Un niño que ya recibe tratamiento con antirretrovirales no se incluye en esta casilla  
\*\*Note que para consultar el cuadro siguiente se pueden utilizar formas graves tales como la neumonía grave, la diarrea grave persistente y la desnutrición grave. Completar la evaluación rápidamente y referir al niño urgentemente.

Clasificar por infección de VIH

| SIGNOS  | CLASIFICAR                                      | TRATAMIENTO   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba anticuerpos de VIH positiva en niños (as) mayores de 18 meses</li> <li>O</li> <li>• Prueba virológica positiva y</li> </ul>   | <b>INFECCIÓN POR VIH CONFIRMADA</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección existente.</li> <li>&gt; Dar profilaxis con Trimetoprim-sulfametoxazol</li> <li>&gt; Dar suplemento de vitamina A cada 6 meses a partir de los 6 meses</li> <li>&gt; Evaluar la alimentación del niño (a) y proveer orientación apropiada a la madre</li> <li>&gt; Referir para mayor evaluación incluyendo cuidados para VIH y tratamiento con antirretrovirales</li> <li>&gt; Dar seguimiento en 14 días, luego mensualmente durante 3 meses o cuando le toque visita de vacunación.</li> </ul>  |
| 1 o ambos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre VIH positivo y no resultado de la prueba en el niño (a)</li> <li>O</li> <li>• Prueba de anticuerpo positiva en un niño (a) menor de 18 meses</li> </ul> | <b>POSIBLE VIH EXPUESTO AL VIH</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección actual</li> <li>&gt; Dar profilaxis con Trimetoprim-sulfametoxazol</li> <li>&gt; Dar suplemento de vitamina A desde los 6 meses cada 6 meses</li> <li>&gt; Evaluar la alimentación del niño (a) y proveer orientación apropiada a la madre</li> <li>&gt; Confirmar el estatus de infección por VIH del niño (a) tan pronto como sea posible, con la mejor prueba disponible</li> <li>&gt; Dar seguimiento en 14 días, luego mensualmente por tres meses y luego cada tres meses o cuando le toque vacunación</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 o más problemas</li> <li>y</li> <li>• No hay resultado de prueba disponible en el niño (a) o en la madre</li> </ul>  | <b>SOSPECHA DE INFECCIÓN DE VIH SINTOMÁTICA</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tratar, asesorar y dar seguimiento a la infección existente</li> <li>&gt; Dar profilaxis con Trimetoprim-sulfametoxazol</li> <li>&gt; Dar suplemento de vitamina A cada 6 meses a partir de los 6 meses</li> <li>&gt; Evaluar la alimentación del niño (a) y ofrecer información apropiada a la madre</li> <li>&gt; Realizar pruebas para confirmar infección por VIH</li> <li>&gt; Referir para mayor evaluación incluyendo cuidados para VIH y tratamiento con antirretrovirales</li> <li>&gt; Dar seguimiento en 14 días, luego mensualmente por 3 meses y luego cada 3 meses o cuando le toque vacunación.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 2 condiciones</li> <li>y</li> <li>• No disponibilidad de resultados de pruebas en el niño (a) o la madre</li> </ul>   | <b>INFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH IMPROBABLE</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección actual</li> <li>&gt; Aconsejar a la madre acerca de la alimentación y acerca de su propia salud</li> <li>&gt; Estimular para realizar pruebas de VIH</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de VIH negativa en la madre o en el niño (a)</li> <li>y</li> <li>• No hay signos suficientes para clasificar como sospecha de infección sintomática por VIH</li> </ul>              | <b>INFECCIÓN DE VIH IMPROBABLE</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección actual</li> <li>&gt; Aconsejar a la madre acerca de la alimentación y acerca de su propia salud.</li> </ul>  |

TAR : terapia antirretroviral.

Fuente : OMS y UNICEF: *Integrated Management of Childhood Illness complementary course on HIV/AIDS*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007, [http://www.who.int/child-adolescent-health/IMCI/ISBN\\_92\\_4\\_159437\\_3.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/IMCI/ISBN_92_4_159437_3.htm)

- **Infant and young child feeding counselling: an integrated course.** Este curso, producido por la OMS y UNICEF, prepara a trabajadores de la salud y a trabajadores legos a orientar y apoyar a las madres, incluidas las mujeres que viven con el VIH, para llevar a cabo las prácticas de alimentación recomendadas para sus lactantes y niños desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad: [http://www.who.int/nutrition/iycf\\_intergrated\\_course/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/iycf_intergrated_course/en/index.html).
- **African Network for the Care of Children affected by HIV/AIDS (ANECCA):** Un plan de capacitación sobre el VIH, preparado originalmente en inglés y traducido actualmente al francés, y disponible para su uso en los países anglo y franco parlantes de África: [http://www.anecca.org/index.php?option=com\\_downloads&Itemid=51](http://www.anecca.org/index.php?option=com_downloads&Itemid=51).

ANECCA ha producido también planes de estudio por un curso de capacitación sobre atención psicosocial y orientación de los niños y los adolescentes con VIH. El curso está dirigido a los proveedores de atención de la salud de primera línea que se ocupan de la atención, el tratamiento y el apoyo cotidianos a los niños y las familias afectadas por el VIH y el SIDA. Presentado en 14 módulos, el curso abarca varios aspectos en la esfera de la orientación de niños en materia de VIH, entre ellos: técnicas prácticas de comunicación y orientación con niños de diferentes grupos de edad; pruebas y revelación de la situación en materia de VIH a los niños y las familias; atención a la terapia antirretroviral y otros aspectos de la atención; apoyo a los adolescentes; atención paliativa y orientación sobre el duelo y el dolor. El curso incluye una serie de sesiones prácticas, juego de roles, demostraciones en vídeo de aptitudes vitales seleccionadas, estudios monográficos y debates en el aula: [http://www.anecca.org/index.php?option=com\\_downloads&Itemid=51&func=selectfolder&filecatid=10](http://www.anecca.org/index.php?option=com_downloads&Itemid=51&func=selectfolder&filecatid=10).

## Instrumentos

---

### *Spectrum*

Spectrum es un conjunto de programas informáticos preparado por ONUSIDA que puede utilizarse para establecer las consecuencias de las tendencias actuales y las intervenciones futuras de los programas con respecto a la epidemia del VIH, incluido el número de personas que viven con VIH por edad y género, el número de muertes por SIDA y el número de huérfanos como resultado del SIDA, así como otros indicadores demográficos de interés, como la esperanza de vida y la mortalidad de los niños menores de cinco años. El conjunto informático utiliza proyecciones sobre la incidencia del VIH entre los adultos a lo largo del tiempo así como hipótesis sobre la epidemiología local del VIH, incluido el coeficiente de prevalencia entre hombres y mujeres, la distribución de la infección por edad, la distribución del tiempo desde la infección hasta la muerte por SIDA y el efecto del VIH sobre la fecundidad. Más información sobre SPECTRUM en la página <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology>.

## ANEXO 3. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y SUMINISTROS

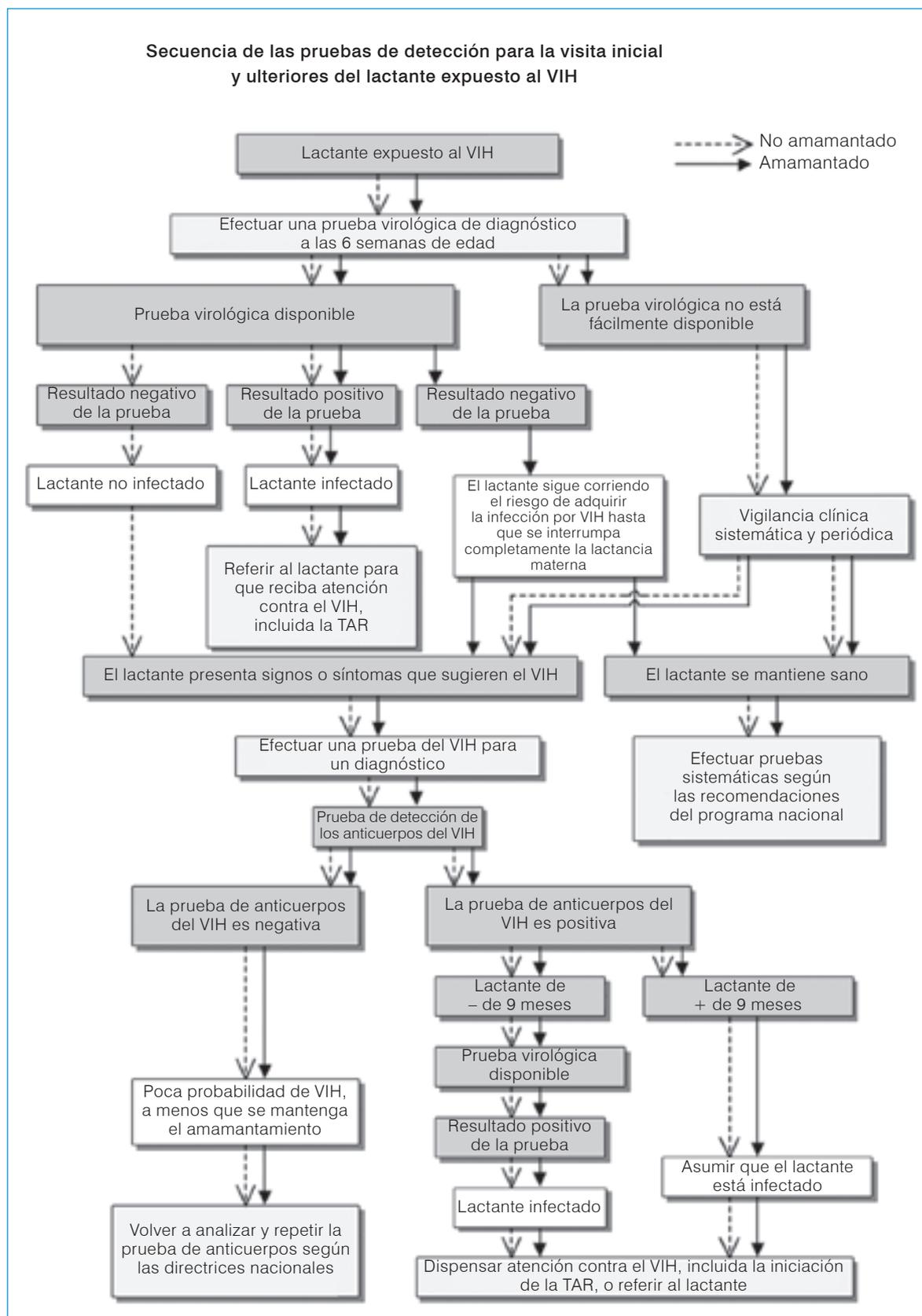
### Lista de verificación para un enfoque progresivo a la incorporación de nuevos productos

|  |                          |                                      |                          |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| ¿Se ha definido una estrategia adquisiciones (el comprador y el producto a comprar) para las fases de iniciación y ampliación del proyecto? ¿Cómo se integrará esta estrategia para la infancia en los métodos existentes de adquisiciones?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Hay criterios mínimos de calidad para los productos suministrados?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Hay una lista de suministradores potenciales cualificados para todos los equipos y productos? ¿Cómo se garantiza la competición local e internacional?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Se han tomado en consideración los requisitos regulatorios para la adquisición de estos materiales, como la situación de las medicinas en materia de registro?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Se han tomado en consideración las implicaciones jurídicas, como la situación de las patentes, la restricción en las recetas de determinadas medicinas y/o las lagunas en los contratos de mantenimiento de los equipos?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Se ha realizado una evaluación de los flujos de suministros, con estrategias claramente documentadas, calendarios para abordar las lagunas y puntos de referencia de preparación para la integración? ¿Está la estrategia de fomento de la capacidad coordinada con la estrategia de ejecución? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Se ha preparado un módulo de orientación y capacitación para el personal de adquisiciones y hay un calendario para ejecutar esta capacitación?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Hay un plan de suministros con cantidades y fechas de entrega para los pedidos iniciales, los pedidos de seguimiento y los pedidos de emergencia o las existencias para imprevistos?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Se han añadido nuevos productos en los formularios existentes de solicitud y los instrumentos de gestión de suministros? ¿Han recibido todas las personas capacitación sobre su utilización?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |
| ¿Hay una estrategia de seguimiento y evaluación que incluya el seguimiento de las cantidades adquiridas y distribuidas y su vinculación con el número de clientes inscritos en la intervención?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> En preparación | <input type="radio"/> No |

Fuente: adaptado del Marco de UNICEF/OMS para ampliar la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH.



## ANEXO 4. SECUENCIA DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH PARA LACTANTES EXPUESTOS





# NOTAS



A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top of the page and extending down to the footer area.

V.....





Este documento ha contado con la colaboración técnica y editorial de los siguientes miembros del Equipo Especial Interinstitucional para la prevención y la transmisión del VIH de la madre al hijo:



Si desea obtener más información, sírvase dirigirse a las organizaciones responsables de la elaboración de este documento.

ISBN 978 92 4 359680 8

