

Guía práctica para la ejecución
de la Estrategia y plan de acción para
la eliminación de la transmisión materno-infantil
del VIH y de la sífilis congénita
en las Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Guía práctica
para la ejecución de la Estrategia y
plan de acción para la eliminación
de la transmisión maternoinfantil del VIH
y de la sífilis congénita en las Américas

Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud
Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e ITS
Washington, D.C.
2014



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

Se publica también en:

inglés (2014): Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas.

ISBN 978-92-75-11804-7

Catalogación en la Fuente – Biblioteca de la Sede de Organización

Organización Panamericana de la Salud.

Guía práctica para la ejecución de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas. Washington, DC : OPS, 2014.

I. Infecciones por VIH – prevención & control. 3. Salud de la Mujer. 3. Salud del Niño. 4. Sífilis Congénita. 5. Américas. I. Título.

ISBN 978-92-75-31804-1

(Clasificación NLM :WC 503.3)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unidad de Comunicación (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). La Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e ITS podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana 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.

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

La Organización Panamericana 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 Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Contenidos

Agradecimientos	v
Siglas y abreviaturas	vi
Prefacio	vii
I. Introducción	I
II. Metas y líneas de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas	5
II.1. Metas, objetivos y líneas de acción	9
II.2. Vinculación de la Estrategia Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil con otras iniciativas y programas	9
II.3. Resumen de las medidas fundamentales	12
III. Integración de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/ITS, salud maternoinfantil, y otros servicios de salud familiar y comunitaria	13
III.1. Fomento de la salud sexual y reproductiva y prevención de nuevas infecciones por el VIH y la sífilis	14
III.2. Fomento de la salud sexual y reproductiva y prevención de los embarazos no planificados en las mujeres con VIH	17
III.3. Resumen de las medidas fundamentales	19
IV. Diagnóstico temprano, tratamiento y atención por el VIH y la sífilis en las embarazadas, sus parejas y sus hijos	21
IV.1. Diagnóstico del VIH y de la sífilis	21
IV.2. Tratamiento y seguimiento de las embarazadas infectadas por el VIH o la sífilis	25
IV.3. Tratamiento y seguimiento de los lactantes expuestos al VIH o a la sífilis	28
IV.4. Resumen de las medidas fundamentales	30
V. Fortalecimiento de los sistemas de salud y expansión de la cobertura de los servicios esenciales	31
V.1. Fortalecimiento de los sistemas de salud	32
V.2. Fortalecimiento de los programas para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita	35
V.3. Resumen de las medidas fundamentales	36
VI. Vigilancia y monitoreo del VIH y de la sífilis en los servicios de salud maternoinfantil	37
VI.1. Indicadores de impacto	39
VI.2. Indicadores relacionados con la prevención primaria y la salud sexual y reproductiva	39
VI.3. Indicadores relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento	41
VI.4. Búsqueda e investigación de casos	46
VI.5. Resumen de las medidas fundamentales	49

VII. Apoyo de los laboratorios	51
VII.1. Diagnóstico de la sífilis en adultos y lactantes	52
VII.2. Diagnóstico de la infección por el VIH en adultos y lactantes	56
VII.3. Seguimiento del tratamiento	59
VII.4. Control, garantía y gestión de la calidad de las pruebas del VIH y de la sífilis	60
VII.5. Resumen de las medidas fundamentales	62
VIII. Temas transversales	63
VIII.1. Integración del género, los derechos humanos y otros determinantes sociales	64
VIII.2. Comunicación, movilización social y medios de difusión	67
VIII.3. Coordinación y ejecución	70
VIII.4. Resumen de las medidas fundamentales	71
IX. Validación del logro de las metas de eliminación	73
IX.1. El proceso de validación	74
IX.2. Resumen de las medidas fundamentales	76
Referencias	77
Anexo 1: Recursos regionales	85
Anexo 2: Breve panorama de algunas infecciones de transmisión vertical	87
Anexo 3: Detección y manejo de la coinfección TB / VIH durante el embarazo y posparto	88
Anexo 4: Gestión de la tuberculosis en niños nacidos de madres con VIH	89
Anexo 5: Términos relacionados con la infección por el VIH y la sífilis comúnmente utilizados en el marco de la vigilancia y el laboratorio	90
Anexo 6: Manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita	92
Anexo 7: Esquema del informe del país que debe presentarse como parte de la solicitud de validación	93

Agradecimientos

Redacción y coordinación

Sonja Caffè (OPS)

Contribuyentes:

Suzanne Serruya (CLAP/OPS)

Mónica Alonso González (OPS)

Noreen Jack (OPS)

Karen Hoover (CDC)

Mary Kamb (CDC)

Mark Connolly (UNICEF)

Raúl González (OMS)

Yitades Gebre (OPS)

Rachel Eersel (OPS)

Freddy Pérez (OPS)

Matilde Maddaleno (OPS)

Ralph Midy (UNICEF)

Mirtha Del Granado (OPS)

Anna Volz de Borda (OPS)

Siglas y abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
ARV	Antirretrovirales
BCG	Bacilo Calmette-Guerin
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CRV	Comité regional de validación
ETMI	Eliminación de la transmisión maternoinfantil
FTA-ABS	Prueba de absorción de inmunofluorescencia de los anticuerpos treponémicos
IAE	Inmunoanálisis enzimático
IATT	Inter-Agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and Children (por sus siglas en inglés)
IM	intramuscular
ITS	Infección de transmisión sexual
LCR	Líquido cefalorraquídeo
M&E	Monitoreo y evaluación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
POC	Point of care (por sus siglas en inglés)
POE	Procedimientos operativos estándar
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
PVH	Papiloma virus humano
RPR	Prueba rápida de reagina plasmática
RISS	Redes integradas de servicios de salud
SC	Sífilis congénita
SIP	Sistema Informático Perinatal
SMNI	Salud materna, neonatal e infantil
SSR	Salud sexual y reproductiva
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión maternoinfantil
TPHA	Prueba de hemaglutinación para <i>Treponema pallidum</i>
TPI	Terapia preventiva con isoniacida
TPPA	Prueba de aglutinación de partículas para <i>Treponema pallidum</i>
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VDRL	Venereal disease research laboratory (por sus siglas en inglés)

Prefacio

En septiembre del 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, mediante la resolución CD50.R12 (1). En dicha resolución se exhorta a los Estados Miembros a que den prioridad a la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, y elaboren y ejecuten planes nacionales para alcanzar esta meta, poniendo particular atención en las necesidades de los grupos de población más vulnerables. Además, se solicita a la Directora de la OPS que promueva y apoye la ejecución de la Estrategia y plan de acción, fomente las asociaciones y la cooperación técnica entre los países e informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los avances para alcanzar las metas de la iniciativa.

El equipo VIH/ITS de la OPS, el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindan apoyo conjunto para la ejecución de la Estrategia y plan de acción, en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y otras instituciones. La OPS también estableció un sistema para facilitar la notificación periódica de un conjunto de indicadores y, en el 2013, coordinó una evaluación de mitad de período que abarcó los tres primeros años de la ejecución de la Estrategia (2010 a 2012). Los resultados de la evaluación revelaron que los países de la Región de las Américas han alcanzado progresos considerables, pero que también es necesario acelerar el aumento de la cobertura de los servicios para lograr las metas de eliminación a más tardar en el 2015.

La presente guía práctica se elaboró hacia la mitad del período de ejecución (2010-2015), como un recurso para que las autoridades sanitarias, los directores de los programas y los proveedores de servicios, incluidas las organizaciones del sector privado, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil, elaboraran o actualizaran las estrategias y los planes nacionales de ejecución, los protocolos y las prácticas operativas, con el fin de acelerar la ampliación de los servicios. El documento se fundamenta en e incorpora la orientación técnica y programática más reciente emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Equipo de Tareas Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención y el Tratamiento de la Infección por el VIH en Embarazadas, Madres y Niños, así como los recursos regionales ya elaborados, las enseñanzas resultantes de la evaluación de mitad de período y de las evaluaciones de los programas realizadas en distintos países durante los últimos años. Aquellos países que consideren haber alcanzado las metas de eliminación pueden iniciar el proceso de validación descrito en el presente documento.

La estrategia de ejecución que se detalla en esta guía práctica es de carácter integral y promueve un enfoque integrado que contribuirá no sólo a lograr las metas de eliminación, sino también a fortalecer los servicios integrales de salud materna, neonatal e infantil, así como a introducir mejoras en los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención primaria de la infección por el VIH, la sífilis y otras ITS, además de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de otros compromisos mundiales.

Mediante esfuerzos renovados y concretos, en nuestra Región se abre la posibilidad de lograr el objetivo de eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, de tal manera que nuestros niños nazcan libres de estas enfermedades.

Gina Tambini
Gerente

Área de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud

uno

Introducción

Introducción

En 1995 la región de América Latina y el Caribe (ALC) adoptó el Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita (resolución CEI 16.R3) (1) y, en el 2009, la OPS y UNICEF lanzaron la Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. En septiembre del 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron, mediante la resolución CD50.R12, la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita a más tardar en el 2015 (1).

Mediante esta resolución, la Región se compromete a cumplir, antes del 2015, las siguientes metas (2):

- Reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH al 2% o menos.
- Reducción de la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH a 0,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos o menos.
- Reducción de la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos o menos.

En la resolución se insta a los Estados Miembros a que conciban y ejecuten planes nacionales y promuevan el establecimiento de políticas públicas guiadas por la Estrategia y plan de acción, prestando particular atención a las necesidades de las poblaciones en mayor riesgo y en situación de vulnerabilidad; intercambien experiencias y herramientas; promuevan un enfoque integrado del sistema de salud sobre la base de la atención primaria y la acción intersectorial; fomenten la recopilación y el uso de datos desglosados por edad, sexo y grupo étnico; incrementen la cobertura de los servicios de salud de calidad; fomenten el aumento de la capacidad de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria; mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con otros socios, y promuevan la participación comunitaria (1).

La Estrategia regional está en plena consonancia con las siguientes iniciativas mundiales: Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción (3), lanzada en el 2007, y el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, adoptado en el 2011 (4).

Mediante esta resolución, la OPS se compromete a promover la aplicación de la Estrategia y plan de acción, colaborar con los Estados Miembros, movilizar recursos, fomentar la cooperación técnica entre países e informar periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos realizados para alcanzar las metas que figuran en la Estrategia y plan de acción (1).

El equipo VIH/ITS de la OPS, el CLAP y UNICEF prestan apoyo conjunto para la aplicación de la Estrategia y plan de acción, en colaboración con ONUSIDA, UNFPA, los CDC y otras instancias. Asimismo, la OPS estableció un sistema para facilitar la notificación periódica de un conjunto básico de indicadores y, en el 2013 coordinó una evaluación de mitad de periodo que abarca los tres primeros años de la ejecución (2010 a 2012) (5, 6).

Los resultados de la evaluación de mitad de periodo reflejan considerables avances en la Región, aunque persisten importantes carencias y es necesario acelerar la ampliación de la cobertura de los servicios para lograr las metas de eliminación a más tardar en el 2015.

Para finales del 2012, 33 países y territorios habían elaborado planes estratégicos u operativos; 30 ya habían actualizado o formulado directrices clínicas integradas y 25 habían elaborado estrategias de monitoreo y evaluación (M&E) (6). Se calcula que la cobertura regional de las pruebas de detección del VIH en embarazadas aumentó de un 53% en el 2008, al 66% en el 2011, y que la cobertura de la prueba de la sífilis prenatal pasó de un 35% a más del 95% en los 24 países que notificaron este indicador en el 2011. La cobertura calculada del tratamiento antirretroviral para las embarazadas infectadas por el VIH aumentó de un 57% en el 2008, a un 70% en el 2011 (5). Entre los 22 países que notificaron a la OPS este indicador en el 2011, la cobertura media de la prueba de la sífilis entre las embarazadas fue del 85%. La cobertura del tratamiento contra la sífilis para las embarazadas varió de un 24% a más del 95% en los 19 países que notificaron este indicador a la OPS en el 2011 (5). Mediante la utilización de una herramienta de modelado diseñada por ONUSIDA, se calculó una tasa de transmisión maternoinfantil del VIH del 14,2% (IC de 95%: 5,8%-18,5%) en la Región para el 2011, inferior a la del 18,6% (5%-22,9%) correspondiente al 2010. Si se excluyera el componente de la lactancia materna, la tasa regional de la transmisión disminuiría a un 9,2% (5).

Los datos disponibles indican que, desde 2012, al menos cinco países, incluidos los Estados Unidos de América y Canadá, pueden haber alcanzado la meta de eliminación de la transmisión vertical del VIH, con tasas del 2% o menos; y otros 10 países, cuyas tasas calculadas de transmisión se ubican entre un 2% y un 7%, podrían estar próximos a alcanzarla. Unos 14 países podrían haber logrado la meta de eliminación de la sífilis congénita (5, 6).

Por otro lado, los resultados de la evaluación de mitad de período también indicaron que al menos seis países registran una tasa muy baja (inferior al 50%) de cobertura de las pruebas prenatales de detección del VIH o de la sífilis, y que por lo menos 10 tienen una cobertura entre baja y moderada (entre un 50% y un 70%) (5, 6).

Entre los aspectos fundamentales de la ejecución de la Estrategia y plan de acción y los desafíos mencionados por los países durante la evaluación de mitad de período, estuvieron los siguientes: 1) la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, así como los sistemas de información sanitaria y recopilación de datos, y de crear modelos de prestación de servicios que integren los servicios de atención prenatal, salud sexual y reproductiva e infección por el VIH e ITS; 2) la necesidad de promover el inicio temprano de la atención prenatal y de mejorar su calidad, y 3) la necesidad de fortalecer las estrategias para hacer llegar, de manera eficaz, a los adolescentes y otros grupos vulnerables los servicios de prevención primaria y de salud materna, neonatal e infantil (SMNI) (6).

Los objetivos de la presente guía práctica son:

- **Resumir las enseñanzas extraídas de los tres primeros años de aplicación de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita.**
- **Resumir el asesoramiento técnico pertinente procedente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS y otros organismos técnicos.**
- **Proporcionar a las autoridades sanitarias, los directores de programas y demás personal de salud, orientación práctica sobre la actualización o elaboración de los planes para la ejecución acelerada de la Estrategia Regional y plan de acción.**

dos

Metas y líneas de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas



Metas y líneas de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas

II.1. Metas, objetivos y líneas de acción

La meta general de la Estrategia Regional es eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita como problemas de salud pública en las Américas para el año 2015, mediante (2):

1. La reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH al 2% o menos;
2. La reducción de la incidencia de la transmisión maternoinfantil del VIH a 0,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos o menos; y
3. La reducción de la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos o menos.

Para alcanzar estas metas y conservarlas, es necesario cumplir y mantener los siguientes objetivos programáticos (2):

1. Aumentar la cobertura de atención prenatal y partos atendidos por personal cualificado a un 95% o más.
2. Aumentar la cobertura de detección del VIH y de la sífilis en embarazadas a un 95% o más.
3. Aumentar la cobertura de tratamiento antirretroviral para la PTMI del VIH y de tratamiento de la sífilis en embarazadas y niños a un 95% o más.
4. Aumentar a más de un 95% el número de centros de atención de primer nivel que proporcionan servicios para la prevención y el diagnóstico del VIH/ITS de forma integrada con los otros servicios de salud (atención prenatal, salud sexual y reproductiva, adolescentes, violencia de género, etc.).
5. Aumentar a más de un 95% el número de países de la región que disponen de sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita.

La Estrategia Regional propone cuatro líneas de acción complementarias (figura II.1) que proporcionan un conjunto integral de intervenciones necesarias para prevenir las infecciones por el VIH y la sífilis entre las personas en edad reproductiva y las embarazadas; promover la salud sexual y reproductiva y evitar los embarazos no deseados en las mujeres infectadas por el VIH; promover la detección temprana y el tratamiento adecuado de las embarazadas con infección por el VIH o la sífilis y de sus parejas, y promover el tratamiento y el seguimiento adecuados de los lactantes expuestos al VIH o a la sífilis (2).

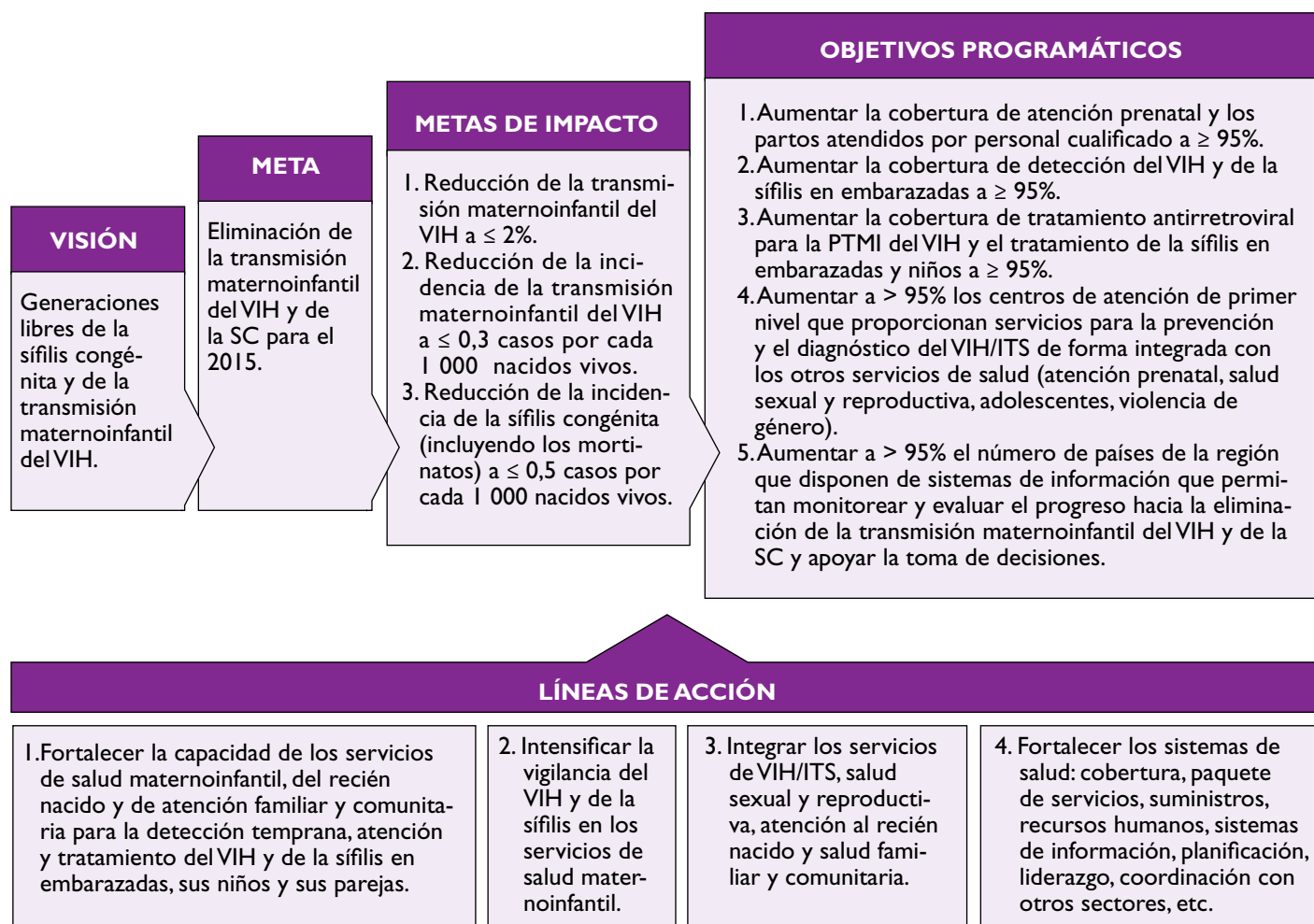
1. Terapia antirretroviral triple.

2. Al menos una dosis de penicilina intramuscular de acción prolongada.

Las líneas de acción del marco conceptual regional son compatibles con la estrategia de ejecución de la visión estratégica para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH de la OMS (7) y con el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres (4). En la figura II.2 se muestran los vínculos entre la estrategia mundial y las líneas de acción regionales.

Presentación esquemática de la Estrategia Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas

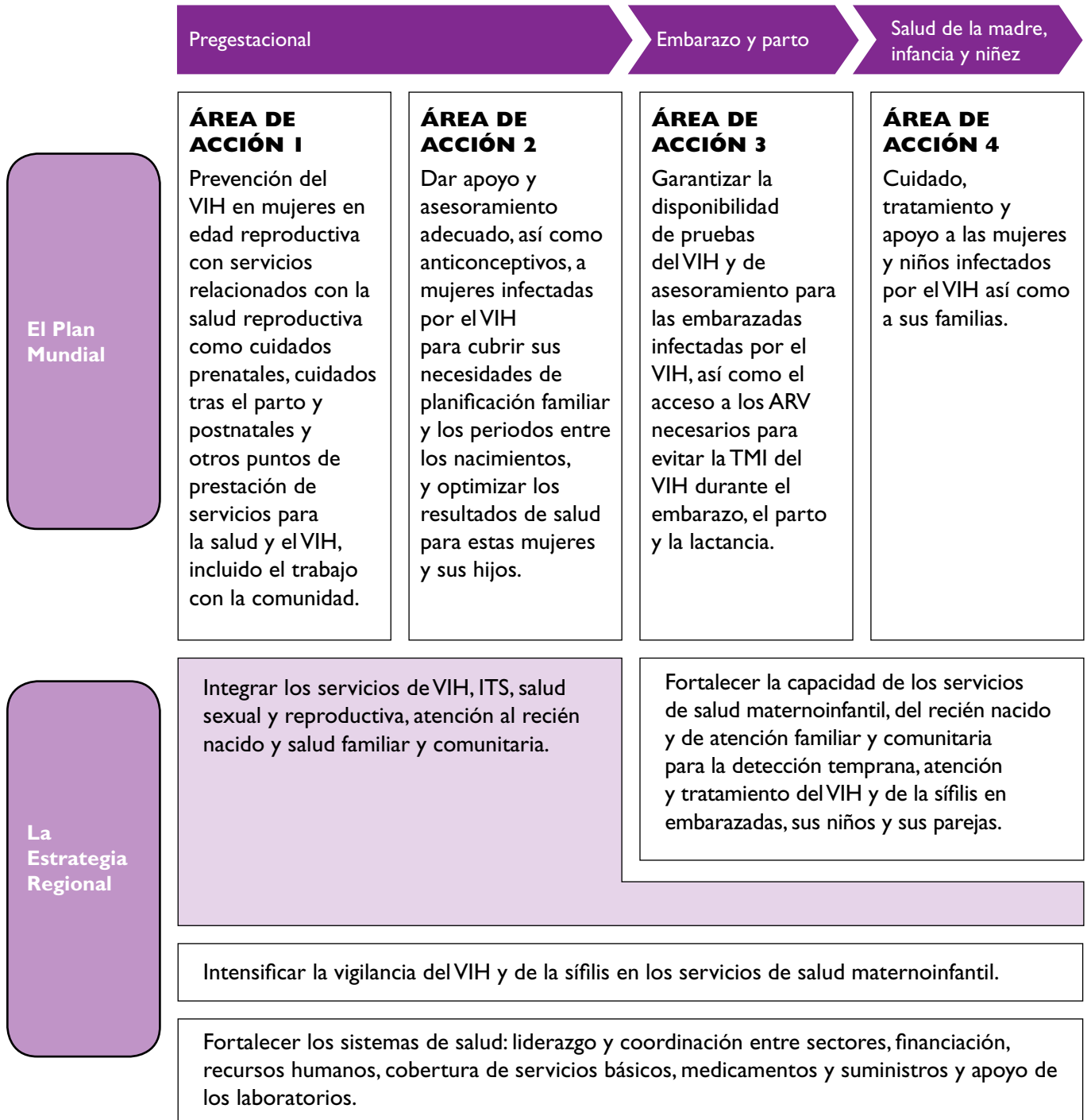
Figura II.1



Desde el lanzamiento de la Estrategia Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, la OPS y UNICEF, en colaboración con otras instituciones, han creado varias herramientas para ayudar a los países a aplicarla, incluido un documento conceptual (2), una guía clínica integrada (8), una estrategia de monitoreo regional inicialmente elaborada en el 2010 y actualizada en el 2013 (9), una herramienta para calcular los costos (10) y recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudios de prevalencia de la sífilis y el VIH en parturientas y/o púerperas (11). En el anexo I se proporciona un panorama de estos recursos.

Figura II.2

Correlación de las líneas de acción de la Estrategia Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita con la estrategia del Plan Mundial



II.2. Vinculación de la Estrategia Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil con otras iniciativas y programas

Para poner en práctica la Estrategia para la eliminación de la transmisión maternoinfantil, se requieren los siguientes servicios: salud sexual y reproductiva, salud de los adolescentes, salud de los hombres, ITS, salud maternoinfantil, y tratamiento y atención del VIH y de la sífilis. Por consiguiente, esta estrategia no debe ejecutarse como una acción vertical, sino más bien como parte de un esfuerzo integral alineado con otros programas destinados a fortalecer los sistemas de salud, prevenir la mortalidad materna y mejorar la salud maternoinfantil, prevenir y tratar la infección por el VIH y las ITS y otros servicios y programas relacionados. A continuación se destacan algunas áreas programáticas, así como ciertas iniciativas directamente relacionadas con esta estrategia.

Tratamiento 2.0

Se trata de una plataforma desarrollada por la OMS y ONUSIDA cuyo objetivo es catalizar la siguiente fase de ampliación del tratamiento del VIH, mediante el fomento de la innovación y el aumento de la eficiencia y cuyo trabajo se centra en cinco áreas prioritarias (12):

- Optimizar los regímenes de medicamentos mediante el uso de regímenes adecuados, más simples y menos tóxicos que reduzcan el desarrollo de resistencia; establecer las dosis óptimas de antirretrovirales; crear combinaciones de dosis fijas de un comprimido al día, y ampliar el acceso a regímenes de medicamentos de primera, segunda y tercera línea más eficaces, seguros y asequibles.
- Proporcionar herramientas de diagnóstico y monitoreo en el punto de atención, con el fin de ampliar el acceso al diagnóstico temprano y el manejo del tratamiento antirretroviral.
- Reducir los costos por medio de la contratación conjunta de medicamentos y medios de diagnóstico, procesos de fabricación simplificados, posibles reducciones de dosis y negociación de precios.
- Mejorar la provisión de servicio a través de la adaptación de los sistemas de prestación de servicios a modelos más descentralizados e integrados, con una mayor participación de las comunidades y una mayor retención en la atención.
- Movilizar a las comunidades de individuos infectados por el VIH, así como a los grupos de población clave involucrados en la creación de la demanda, la planificación, la prestación y la evaluación de los programas de tratamiento y atención de la infección por el VIH basados en los derechos y de calidad garantizada.

Al surgir la opción del tratamiento antirretroviral de por vida para las mujeres seropositivas después del parto (13, 14), se vuelve indispensable la plena armonización de la Estrategia de eliminación con los programas de tratamiento de la infección por el VIH, a fin de garantizar su solidez y sostenibilidad, la aplicación de los mismos principios al tratamiento antirretroviral durante el embarazo y una transición eficaz al programa de tratamiento después del parto.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los siguientes cuatro Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) revisten particular importancia para la Estrategia de eliminación de la transmisión maternoinfantil:

- **ODM 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer**

La Estrategia Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita contribuye directamente al logro del ODM 3, al promover el empoderamiento de las mujeres de cualquier edad, en particular de las adolescentes, mejorando su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de prevención, tratamiento y atención por el VIH y las ITS, además de fortalecer su capacidad para negociar la adopción de prácticas sexuales de menor riesgo y controlar su propia fecundidad (15).

- **ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años**

En el 2011 ocurrieron alrededor de 203 000 defunciones de niños menores de cinco años de edad en ALC, de las cuales el 53% (107 000) correspondieron a recién nacidos (16). Si bien las principales causas de la mortalidad de los niños menores de cinco años son las infecciones y la asfixia perinatal, muchas de las causas subyacentes pueden evitarse y son el reflejo de inequidades sociales como el acceso limitado a la educación y a los servicios de salud, incluida la atención prenatal y la atención calificada del parto (17).

Sin un tratamiento y seguimiento adecuados, la mayoría de los niños que contraen el VIH a través de su madre mueren antes de cumplir los cinco años de edad, y la infección por sífilis durante el embarazo contribuye al bajo peso al nacer, la mortalidad neonatal, la mortinatalidad y la infección congénita (2).

La prevención de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas, la ampliación de la cobertura de los servicios prenatales y de atención calificada del parto, y la detección temprana y el tratamiento adecuado de las embarazadas infectadas por el VIH o la sífilis son componentes fundamentales de la Estrategia de eliminación, que contribuirán a la ejecución de la resolución CD47.R19 (La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas), aprobada por los Estados Miembros de la OPS en el 2006 (17), y de la resolución CSP28.R20 (Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez), aprobada en septiembre del 2012 (18), ambas encaminadas a reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

- **ODM 5: Mejorar la salud materna**

Entre los años 1990 y 2010, la tasa de mortalidad materna disminuyó un 43% en América Latina y un 30% en el Caribe (19). Si bien se trata de un avance importante, la trayectoria de la disminución es insuficiente para que la Región cumpla el ODM 5 para el 2015 (19). En el 2011, el 51.º Consejo Directivo aprobó un plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave (20), el cual propone intervenciones fundamentales para promover el acceso sin restricciones a servicios de atención pregestacional de alta calidad prestados por personal capacitado, incluida la planificación familiar y la atención prenatal, durante el parto y el posparto. Entre las intervenciones fundamentales del plan están las siguientes:

- Aumentar el acceso y la cobertura de anticonceptivos, incluidos los métodos anticonceptivos de urgencia y la disponibilidad de educación y asesoramiento en planificación familiar desde antes de la concepción hasta después del parto;
- aumentar el acceso a los servicios de atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el posparto asequibles y de alta calidad, mediante un enfoque regional;

- incrementar la cantidad de personal capacitado en los establecimientos de salud que pueden proporcionar atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el posparto;
- promover la prevención y la detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo; y
- fortalecer los sistemas de información y de vigilancia de la salud materna y perinatal en el marco de los sistemas de información integrada y las estadísticas vitales.

Dado que existe una clara convergencia entre las medidas fundamentales propuestas en el Plan de acción para reducir la mortalidad materna y aquellas propuestas para eliminar la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita, la armonización e integración óptimas de estos esfuerzos contribuirán a un enfoque más integral y a una aceleración de ambas iniciativas.

Tuberculosis en el embarazo

Recuadro II.1

La tuberculosis contribuye a la mortalidad materna y se encuentra entre las principales causas de muerte en mujeres de 15 a 45 años de edad, en áreas de alta carga de la enfermedad. Las complicaciones obstétricas de la TB incluyen el aborto espontáneo, útero pequeño para la edad gestacional, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte neonatal, y en casos raros, la tuberculosis congénita.

El diagnóstico precoz de la TB en el embarazo puede ser difícil porque los síntomas inespecíficos iniciales de la TB tales como debilidad y transpiración excesiva pueden ser erróneamente atribuidos al embarazo, y la pérdida progresiva de peso puede estar enmascarada o compensada por la ganancia de peso propia del embarazo.

El conocimiento de los factores de riesgo y de los síntomas, así como el seguimiento activo para el diagnóstico precoz de la enfermedad son esenciales en todas las mujeres embarazadas.

El conocimiento y la conducta apropiada son importantes en el caso de mujeres embarazadas con VIH a la hora de prevenir complicaciones obstétricas en la madre y el niño relacionados con la TB y con la transmisión de la TB a otras madres y recién nacidos en la sala de maternidad.

Fuentes: Loto, OM., Awowole, I. Tuberculosis in pregnancy: a review. *J. Pregnancy*. Vol. 2012, pp. 1-7 and Mathad, JS., Gupa A. Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. *Clin Infect Dis*. 2012 Dec;55(11): 1532-49.

• **ODM 6: Combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades**

Además de la infección por el VIH y la sífilis, existen otras enfermedades de transmisión vertical. Las intervenciones concebidas para reducir los resultados adversos, se superponen con las líneas de acción y las actividades prioritarias de la Estrategia para la eliminación de la transmisión maternoinfantil, y cada país puede explorar la manera de establecer vínculos óptimos con los programas contra la malaria, la tuberculosis, la hepatitis y el papilomavirus humano (PVH), entre otros, con el fin de maximizar los resultados positivos en materia de salud (21). En el anexo 2 se presenta un panorama de las enfermedades de transmisión vertical que pueden incorporarse o vincularse a la Estrategia de eliminación.

La Estrategia Mundial para la salud de la mujer y el niño

En el 2010, el Secretario General de las Naciones Unidas lanzó la Estrategia Mundial para la salud de la mujer y el niño, a través de la cual se hace un llamado a todos los socios para que se unan y tomen medidas concretas mediante una mayor financiación, políticas sólidas y una mejor prestación de servi-

cios, con el fin de que todas las mujeres y todos los niños tengan acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención necesarios. Esta estrategia, también conocida como “Cada Mujer, Cada Niño”, destaca el acceso a la planificación familiar, a las vacunas, a una nutrición adecuada, y a la prevención y el tratamiento de la neumonía, la diarrea, la infección por el VIH/sida, la malaria, la tuberculosis y las enfermedades no transmisibles (22).

Una Promesa Renovada

En junio del 2012, UNICEF convocó a más de 80 gobiernos y socios de la sociedad civil, las organizaciones religiosas y el sector privado, para lanzar una campaña mundial revigorizada y sostenida encaminada a acabar con las muertes prevenibles de los niños. Este movimiento mundial, conocido como “Una Promesa Renovada”, abarca la salud infantil, materna y reproductiva. A finales del 2012, 172 gobiernos, incluidos 32 de América Latina y el Caribe, habían firmado este compromiso (23).

El Plan de acción Regional sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes

Los Estados Miembros de la OPS aprobaron, en el 2008, la Estrategia Regional para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes, y en el 2009 el Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (24). Mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es una de las prioridades de estos mandatos regionales.

En la Región de las Américas, los adolescentes siguen afrontando dificultades relacionadas con el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva; las adolescentes, en particular, tienen una carga importante de problemas de salud sexual y reproductiva como ITS, embarazos, abortos inseguros, y violencia sexual.

Ampliar el acceso de los adolescentes a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva y abordar los factores subyacentes que contribuyen a su situación de riesgo y vulnerabilidad, reducirán la infección por el VIH y sífilis tanto en las cohortes de embarazadas actuales como futuras; el diagnóstico oportuno de tales infecciones facilitará el establecimiento de intervenciones apropiadas para prevenir la transmisión vertical.

II.3. Resumen de las medidas fundamentales

- Utilizar las herramientas creadas por la OPS y UNICEF para fortalecer los planes de acción nacionales.
- Lograr la armonización óptima de los servicios relacionados con la eliminación de la transmisión maternoinfantil (TMI) con los servicios de tratamiento por el VIH, así como el traslado eficaz de las mujeres al programa de tratamiento para adultos después del parto.
- Procurar la integración o armonización óptima del Plan de acción para la eliminación de la TMI con otros esfuerzos relacionados, como los programas y servicios concebidos para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y la mortalidad infantil; mejorar la salud sexual y reproductiva, la salud maternoinfantil y la salud de los adolescentes, y prevenir la hepatitis viral, el papilomavirus humano y la tuberculosis, entre otras infecciones.

tres

Integración de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/ITS, salud maternoinfantil, y otros servicios de salud familiar y comunitaria



Integración de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/ITS, salud maternoinfantil, y otros servicios de salud familiar y comunitaria

Esta línea de acción, relevante en las cuatro áreas de acción del Plan Mundial (figura II.2) (4), promueve la creación de redes integrales e integradas de servicios de prevención primaria, diagnóstico temprano, tratamiento, atención y seguimiento.

En este capítulo se destacan dos componentes programáticos, a saber: a) fomento de la salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por el VIH y la sífilis en mujeres en edad reproductiva, y b) fomento de la salud sexual y reproductiva en mujeres infectadas por el VIH, lo cual incluye proveer de asesoramiento adecuado, apoyo y anticonceptivos, y cubrir sus necesidades de planificación familiar.

III.1. Fomento de la salud sexual y reproductiva y prevención de nuevas infecciones por el VIH y la sífilis

El Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la Prevención y el Tratamiento de la Infección por el VIH en Embarazadas, Madres y Niños (IATT), proporciona la siguiente justificación de la importancia de la salud sexual y reproductiva así como de la prevención primaria para lograr las metas de eliminación:

- Los modelos demuestran que no se alcanzarán las metas de eliminación si no se reduce la carga de las infecciones por el VIH y la sífilis en la cohorte anual de embarazadas, mediante la prevención de estas infecciones en las mujeres en edad reproductiva (25).
- Las mujeres seronegativas para el VIH presentan una susceptibilidad especial a las infecciones durante el embarazo y la lactancia materna, debido a riesgos fisiológicos y conductuales (25).
- La infección por el VIH aguda durante el embarazo y la lactancia materna está asociada a tasas elevadas de transmisión maternoinfantil; por consiguiente, permanecer seronegativa para el VIH, en particular durante el embarazo, es indispensable para reducir la transmisión vertical (25).
- La motivación de los padres para proteger el bienestar de sus bebés, puede contribuir a una mayor acogida de las prácticas sexuales de menor riesgo (25).

En este contexto, los grupos de población clave para la prevención primaria son: a) todas las mujeres en edad reproductiva y sus parejas sexuales, en particular las que se preparan para tener un hijo; b) las embarazadas y sus parejas sexuales, y c) las mujeres que amamantan y sus parejas sexuales.

Servicios esenciales de salud sexual y reproductiva

Recuadro III.1

- Fomento de la salud sexual, incluido el fomento de un enfoque positivo que respete la sexualidad y las relaciones sexuales.
- Fomento de prácticas sexuales de menor riesgo, entre ellas, posponer la iniciación sexual, reducir el número de compañeros sexuales y utilizar condones de forma sistemática.
- Servicios de planificación familiar y espaciamiento entre los nacimientos.
- Atención prenatal, atención calificada del parto y atención posnatal.
- Manejo de las complicaciones y las emergencias neonatales y obstétricas.
- Prevención del aborto, fomento de opciones de aborto más seguras y manejo de las complicaciones resultantes de los abortos inseguros.
- Prevención, detección y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, antes y durante el embarazo así como en los períodos de lactancia materna.
- Diagnóstico y tratamiento tempranos del cáncer de mama y cervicouterino.
- Fomento de, educación sobre y apoyo a la lactancia materna exclusiva.
- Orientación en materia de alimentación del lactante dirigida a las mujeres con VIH.
- Prevención y tratamiento adecuado de la subfertilidad y la infertilidad.
- Disuasión activa de las prácticas perjudiciales como la ablación de los genitales femeninos y las normas, los valores y los estereotipos nocivos relativos al género.
- Salud sexual y reproductiva del adolescente.
- Prevención y gestión de la violencia de género.
- Fomento y sensibilización sobre los derechos de salud sexual y reproductiva y sus implicaciones.

Adaptado de: Population Council and UNFPA. Planning and Implementing an essential package of sexual and reproductive health services: guidance for integrating family planning and STI/RTI with other reproductive health and primary health services. Population Council, Washington, D.C., 2010; Pan American Health Organization. Linking sexual and reproductive health and gender programs and services with prevention of HIV/STI. PAHO, Washington, D.C., 2010.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda poner en marcha un paquete de atención pregestacional para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil. La atención pregestacional se define como el conjunto de intervenciones biomédicas, conductuales y sociales dirigidas a las mujeres y sus parejas antes de que tenga lugar la concepción, encaminadas a mejorar su estado de salud y reducir los comportamientos y factores individuales y ambientales que contribuyen a producir resultados insatisfactorios en materia de salud maternoinfantil (26).

La OMS señala 13 componentes que deben abordarse en un paquete integral de atención pregestacional; entre ellos, la prevención, la detección y el tratamiento de las ITS; el fomento de las prácticas sexuales de menor riesgo, y la disponibilidad de pruebas diagnósticas y asesoramiento (27). El fomento activo y la prestación de servicios de atención pregestacional para las mujeres que desean quedarse embarazadas y sus parejas, contribuirá a la prevención primaria de la infección por VIH y de la sífilis, así como al seguimiento de un tratamiento adecuado antes del embarazo, en caso de infección.

La evaluación regional de mitad de período de la Estrategia de eliminación (6), así como las evaluaciones de los países, indican que todos los países de la Región cuentan con servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, su prestación tiende a ser fragmentada y a estar a cargo de diferentes proveedores, entre ellos, proveedores públicos y privados, asociaciones de planificación familiar y otras organizaciones comunitarias. Las conexiones y los sistemas de derivación formales son limitados; además, persisten las limitaciones legales, políticas y sociales relacionadas con la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva a los adolescentes. Una deficiencia importante que subsiste, es la falta de una respuesta sistemática para prevenir y abordar la violencia de género y sus consecuencias para la salud sexual y reproductiva.

El asesoramiento técnico mundial recomienda que la planificación, introducción y ampliación del conjunto integrado de servicios de salud sexual y reproductiva, se aborde en el marco de los seis componentes fundamentales de los sistemas de salud de la OMS (descritos con mayor detalle en el capítulo V), a saber: liderazgo y gobernanza, financiación sanitaria, recursos humanos, prestación de servicios, información sanitaria y productos sanitarios, vacunas y tecnologías (26, 28).

Recuadro III.2*Planificación y ejecución de un paquete integral de servicios de salud sexual y reproductiva***Paso 1:** Preparación

- Definir el paquete esencial de servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto local.
- Generar la voluntad y el apoyo políticos.
- Movilizar y convocar a los interesados directos: los encargados de adoptar las decisiones políticas y programáticas, los proveedores de servicios, las ONG, la sociedad civil y los líderes y representantes comunitarios.

Paso 2: Análisis

- Realizar una evaluación de referencia de las condiciones pertinentes de salud sexual y reproductiva, los programas existentes que prestan servicios relacionados con la meta de eliminación, las políticas y estrategias vigentes, los presupuestos, las leyes aplicables, las políticas, los tratados, las capacidades de los socios de todos los niveles y las normas sociales (por ejemplo, la dinámica de género, las creencias religiosas y las normas culturales).
- Definir las posibles deficiencias y los recursos necesarios.

Paso 3: Operacionalización

- Negociar y crear un consenso sobre la división del trabajo con respecto a la prestación, el seguimiento y la evaluación del paquete reconfigurado de servicios.
- Definir las metas y elaborar planes de ejecución con calendarios y presupuestos.
- Elaborar o modificar los perfiles de los recursos humanos, los diagramas de flujo, los procedimientos normalizados de trabajo, las herramientas y guías de referencia, etcétera.
- Identificar lugares donde iniciar la ejecución.
- Aumentar la capacidad de los proveedores de servicios.
- Implantar el equipo y los servicios de apoyo necesarios, incluidos los servicios de laboratorio y farmacia.

Recuadro III.2 (Continuación)

Paso 4: Ejecución y evaluación

- Realizar una ejecución piloto, comenzando por los centros que tienen la capacidad de prestar los servicios y realizando un seguimiento de los datos iniciales y los resultados, así como las enseñanzas extraídas.
- Información y movilización comunitarias.
- Establecer mecanismos para la vigilancia y el seguimiento de los resultados.
- Recopilar y analizar los datos.

Paso 5: Seguimiento y apoyo

- Fortalecer constantemente las asociaciones y el compromiso de los interesados directos y los encargados de adoptar las decisiones.
- Poner en funcionamiento una agenda de desarrollo que tenga en cuenta las enseñanzas extraídas del seguimiento y la evaluación.
- Establecer mecanismos rutinarios de garantía de la calidad.
- Asegurar la continua formación, supervisión, capacitación en el empleo y aumento de la capacidad, según sea necesario.

Adaptado de: Population Council and UNFPA. Planning and Implementing an essential package of sexual and reproductive health services: guidance for integrating family planning and STI/RTI with other reproductive health and primary health services. Population Council, Washington, D.C., 2010; World Health Organization. Asia-Pacific operational framework for linking HIV/STI services with reproductive, adolescent, maternal, newborn and child health services. WHO, Geneva, 2008.

Los centros en los que se brindan los servicios de atención prenatal, VIH/ITS, salud sexual y reproductiva, y salud de los adolescentes, salud de los hombres, así como programas y servicios comunitarios, son adecuados para comenzar a proporcionar acceso al paquete integrado de servicios de salud sexual y reproductiva y, por lo tanto, deben estar involucrados desde el principio (26). Además, los interesados y las organizaciones comunitarias, incluyendo los medios de comunicación, las escuelas, los lugares de trabajo, las organizaciones religiosas y otras ONG y organizaciones comunitarias, así como las propias comunidades, deben participar activamente en la concepción, prestación y seguimiento de estos servicios (26).

III.2. Fomento de la salud sexual y reproductiva y prevención de los embarazos no planificados en las mujeres con VIH

A pesar del progreso realizado, la necesidad insatisfecha de planificación familiar sigue siendo importante en la Región, incluso entre las mujeres con VIH. Cada año se producen 1,2 millones de embarazos no planificados en América Latina y el Caribe (19). Los beneficios de la planificación familiar, entre los que se encuentran el espaciamiento entre los nacimientos y la prevención de los embarazos no deseados, van más allá de la prevención de la transmisión vertical e incluyen reducciones de la mortalidad maternoinfantil, madres y niños más sanos, y mejores perspectivas para las mujeres en materia de educación y empleo (25).

Cualquier intervención en esta área debe partir de la base de que todas las parejas y todos los individuos, incluidos aquellos infectados por el VIH, tienen derecho a decidir libremente y con responsabilidad el número de hijos que quieren tener, el espaciamiento entre su nacimiento y el momento en que los tienen, así como a disponer de la información y de los medios para hacerlo. Por consiguiente, las intervenciones deben ejecutarse sin coacción ni uso de la fuerza y debe proporcionarse toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva, con especial atención a las necesidades de las personas infectadas por el VIH (recuadro III.3). Los puntos de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres con VIH incluyen los servicios relacionados con el tratamiento y la atención de la infección por el VIH; los servicios de salud materno-infantil; los servicios de planificación familiar; los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH, y los servicios relacionados con prevención, detección y tratamiento de las ITS (25).

Recuadro III.3*Necesidades de planificación familiar de las mujeres infectadas por el VIH*

- Abordar las inquietudes sobre las posibles interacciones farmacológicas entre antirretrovirales y los anticonceptivos hormonales, puesto que esta interacción podría reducir su eficacia anticonceptiva. Recomendar la doble protección (condones y anticonceptivo hormonal) como norma.
- Prevención, detección y tratamiento de las ITS: las personas con VIH pueden correr mayor riesgo de contraer ITS, incluido el PVH, la sífilis y el herpes genital (HSV-2 o HSV-1) y estas enfermedades pueden ser más graves, prolongadas o atípicas.
- Proporcionar información sobre los posibles riesgos del embarazo para la salud de la mujer, especialmente si su recuento de CD4 es bajo.
- Discordancia serológica: orientar a las parejas con estados serológicos discordantes sobre el riesgo de contraer VIH, así como las estrategias para reducirlo, en particular si la mujer tiene la intención de quedarse embarazada. En parejas serodiscordantes en las que se requieren medidas adicionales de prevención de la infección por el VIH, puede considerarse el uso de la profilaxis oral preexposición diaria para la persona no infectada (14).
- Concepción más segura: orientar sobre los métodos más seguros de concepción en caso de que se desee el embarazo.
- Prevención de la transmisión vertical: proporcionar información acerca de la prevención de la transmisión del VIH durante el embarazo, el parto y la lactancia materna.

Adaptado de: Interagency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and Children. Preventing HIV and unintended pregnancies: strategic framework 2011–2015. IATT, New York, 2012.

III.3. Resumen de las medidas fundamentales

- Garantizar el acceso a un conjunto integrado de servicios relacionados con la infección por el VIH y la salud sexual y reproductiva (incluidos la educación, el asesoramiento, condones y anticonceptivos, y la detección de la infección por el VIH y las ITS) como parte de los programas y servicios de atención pregestacional, salud materna, salud de los hombres, salud de los adolescentes y lucha contra la infección por el VIH.
- Ampliar el acceso a los anticonceptivos, en particular entre las adolescentes y las mujeres jóvenes.
- Promover la doble protección (uso del condón además del anticonceptivo hormonal) como norma, particularmente entre las adolescentes y las mujeres jóvenes, así como las mujeres infectadas por el VIH.
- Educar y sensibilizar sobre los riesgos de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y otras ITS durante el embarazo, y fomentar las prácticas sexuales de menor riesgo, incluido el uso de condones durante el embarazo.
- Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres y parejas infectadas por el VIH, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las mujeres seropositivas.
- Proporcionar y promover las pruebas de detección entre las parejas, y fomentar el inicio del tratamiento de los compañeros infectados en las parejas serodiscordantes.
- Fomentar la participación de los hombres de la pareja en los servicios de atención prenatal y eliminación de la transmisión maternoinfantil, incluyendo el tratamiento de la sífilis de las parejas de las embarazadas que dan positivo para la sífilis; las decisiones sobre las prácticas sexuales de menor riesgo, el uso de condones, la terapia antirretroviral y las pruebas de detección entre los lactantes expuestos, así como en las campañas para reducir la violencia de género.
- Defender y apoyar la puesta en práctica de programas que empoderen a las mujeres, en particular a las adolescentes, a romper los ciclos intergeneracionales de pobreza e inequidad, a fin de reducir los embarazos no deseados o no planificados, la violencia de género y la vulnerabilidad a la infección por el VIH y las ITS.
- De manera habitual, recopilar, analizar y utilizar datos relevantes desglosados por grupos de edad, grupo étnico y otras variables pertinentes para identificar las barreras, dificultades y deficiencias del sistema, y diseñar intervenciones específicas para mejorar el acceso, la cobertura y los resultados de los servicios.
- Actualizar los programas de capacitación de las enfermeras, los médicos y otros proveedores de servicios para promover los servicios de salud integrados (por ejemplo, servicios de atención pregestacional, atención prenatal y salud de los adolescentes), e incorporar la capacitación en materia de salud sexual y reproductiva y prevención primaria de la infección por el VIH y las ITS.
- Realizar evaluaciones periódicas de la calidad de los servicios integrados de atención prenatal, salud de los adolescentes y salud sexual y reproductiva.

cuatro

**Diagnóstico temprano, tratamiento y atención
por el VIH y la sífilis en las embarazadas, sus pa-
rejas y sus hijos**

IV

Diagnóstico temprano, tratamiento y atención por el VIH y la sífilis en las embarazadas, sus parejas y sus hijos

Esta línea de acción, que corresponde a las áreas de acción 3 y 4 del Plan Mundial (figura II.2), tiene como objetivo la detección temprana del VIH y de la sífilis en las embarazadas, seguida de las medidas adecuadas para prevenir la transmisión vertical y la realización de un seguimiento de las mujeres infectadas y sus familias.

La OMS, la OPS y otros socios técnicos como los CDC, han formulado diversas directrices y actualizaciones técnicas para explicar con mayor detalle el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la infección por el VIH y la sífilis. En el presente capítulo se resume el asesoramiento técnico actual y se exponen más ampliamente las cuestiones y lecciones aprendidas relativas a la ejecución.

IV.1. Diagnóstico del VIH y de la sífilis

La mayoría de las infecciones por el VIH y la sífilis son totalmente asintomáticas y, por lo tanto, la transmisión maternoinfantil se presenta en mujeres que pudieran no ser conscientes de que están infectadas. El diagnóstico oportuno y eficaz durante el embarazo es indispensable para reducir el riesgo de transmisión vertical.

El diagnóstico temprano de la infección por el VIH durante el embarazo es indispensable para iniciar oportunamente el tratamiento antirretroviral profiláctico y planificar las opciones de parto seguro y alimentación del niño, que permitan reducir al mínimo el riesgo de transmisión del virus de la madre al lactante.

El diagnóstico y el tratamiento temprano es particularmente importante en el caso de la sífilis, ya que el riesgo de transmisión es muy elevado. Aproximadamente el 50% de las embarazadas con sífilis no tratadas transmiten la infección al feto (15, 29). La sífilis materna puede tener consecuencias adversas como la muerte fetal y mortinata tan temprano como en el segundo trimestre de embarazo. Aunque el riesgo de mortalidad es mayor en el caso de las infecciones recientes, también pueden presentarse resultados adversos y graves del embarazo relacionados con la transmisión de la sífilis de la madre al bebé en el caso de infecciones latentes sin tratar que se prolongan por más de dos años (30).

Las pruebas prenatales de detección del VIH y de la sífilis están bien establecidas en la Región (6). La mayoría de los países han estado ofreciendo la prueba prenatal de la sífilis durante muchos años en, al menos, algunos centros urbanos donde existe capacidad suficiente en materia de laboratorios y han agregado la prueba prenatal del VIH en los últimos 5 a 10 años. Las evaluaciones de programas nacionales (6) también indican que estas pruebas gozan de una buena aceptación entre las embarazadas y que rara vez son rechazadas. Sin embargo, la cobertura y la vigilancia de las pruebas prenatales del VIH y de la sífilis siguen siendo un reto y sólo unos pocos países han logrado la cobertura del 95% (5). Las pruebas del VIH y de la sífilis deben estar disponibles para todas las embarazadas en los servicios de salud públicos y privados.

Diagnóstico del VIH y de la sífilis en el lugar de atención

La puesta en práctica de tecnologías y estrategias de detección del VIH y de la sífilis sencillas y de bajo costo contribuirá al aumento acelerado de la cobertura, facilitará el diagnóstico eficaz y el tratamiento rápido y mejorará los vínculos con los servicios de atención y prevención (31).

Existe una oferta creciente de pruebas rápidas de detección del VIH y de la sífilis que se pueden llevar a cabo en el lugar de atención, la mayoría de las cuales permiten utilizar muestras de sangre completa extraídas con un pinchazo en el dedo, obteniendo los resultados en el mismo día. Personal ajeno al laboratorio, que esté bien capacitado y adecuadamente supervisado, puede llevar a cabo estas pruebas que pueden utilizarse en todos los entornos, incluidos los de escasos recursos con una infraestructura limitada. Se recomienda que los países examinen y consideren, en sus algoritmos y estrategias nacionales, la inclusión apropiada de las pruebas en el lugar de atención. En el capítulo VII se explican con mayor detalle las consideraciones relacionadas con estas pruebas, incluido el control de calidad.

Entre los aspectos y desafíos fundamentales relacionados con la ampliación del diagnóstico prenatal del VIH y de la sífilis, están los siguientes:

- **Embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal en la etapa final del embarazo o que nunca lo hacen.** Como se ha señalado, la infección por sífilis puede tener resultados adversos, entre ellos la muerte fetal y mortinata tan temprano como el segundo trimestre del embarazo. Por consiguiente, la sífilis gestacional debe diagnosticarse y tratarse lo antes posible en la gestación. La OMS y la OPS recomiendan el inicio temprano de la atención prenatal y la realización del diagnóstico del VIH y de la sífilis en la primera consulta prenatal (14, 29); los retrasos pueden significar que las mujeres no sean diagnosticadas, puesto que quizás no regresen para otra consulta de atención prenatal. Las directrices regionales y mundiales (14) recomiendan iniciar el tratamiento antirretroviral en cuanto se diagnostica la infección por el VIH a una embarazada, independientemente del estadio clínico o del recuento de CD4. Las mujeres con serología de sífilis reactiva, así como sus parejas sexuales, deben recibir tratamiento con prontitud.
- **Capacidad limitada de la prueba de detección de la sífilis en los consultorios prenatales.** El diagnóstico de la sífilis se ha basado principalmente en pruebas de detección no treponémicas (por ejemplo, RPR o VDRL), acompañadas de una prueba treponémica confirmatoria (por ejemplo, TPHA, TPPA o IAE). Aunque las pruebas de RPR y VDRL son relativamente sencillas y de bajo costo, cada una requiere de la existencia de una capacidad básica en los laboratorios, incluyendo técnicos de laboratorio capacitados, un rotador y electricidad. Dado que, por lo general, esta capacidad no está ampliamente disponible, las embarazadas normalmente son derivadas a otro lugar para realizar la prueba de la sífilis, o bien se toman las muestras de sangre en el centro de salud y se envían a otro lugar para la prueba de detección, lo que a veces ocasiona retrasos importantes en la entrega de los resultados. La disponibilidad de pruebas rápidas para la sífilis brinda la oportunidad de detectar esta enfermedad y proporcionar resultados inmediatos en la consulta prenatal, como es el caso de las pruebas rápidas de detección del VIH (14, 32). La posibilidad de disponer de los resultados de la prueba de la sífilis durante la consulta, facilita el suministro inmediato de tratamiento (inyección intramuscular de penicilina en la misma consulta), lo que reduce al mínimo las probabilidades de que se dé un tratamiento tardío o inexistente. Independientemente de la metodología, la eficacia de las pruebas y la disponibilidad inmediata de los resultados son indispensables para reducir el número de pacientes a los que no es posible realizarles un seguimiento.
- **Falta de inclusión sistemática de los hombres en la atención prenatal.** La OMS recomienda que las parejas sexuales de las embarazadas diagnosticadas con sífilis también sean

tratados para evitar la reinfección (3). Deben alentarse, asimismo, las pruebas sistemáticas de detección del VIH en las parejas sexuales, a fin de que los hombres infectados sean derivados para un tratamiento que puede salvar sus vidas y los hombres no infectados tengan un riesgo menor de contraer el VIH (33). Son muchos los beneficios de las pruebas y la orientación prestadas a las parejas, entre los que destacan la adopción de medidas adecuadas para prevenir la transmisión del virus a la pareja no infectada, el apoyo a la comunicación recíproca y la participación del compañero en el tratamiento, la adherencia al tratamiento y la atención del lactante (33). Las evaluaciones de los países indican que, hasta la fecha, son pocos los países de la Región que han establecido mecanismos para incluir a la pareja en la atención prenatal y que sólo unos cuantos ofrecen sistemáticamente pruebas y orientación para las parejas.

- **Falta de seguimiento debido a retrasos en las pruebas o en la entrega de los resultados.** Las evaluaciones de los países indican que las embarazadas se enfrentan a muchos obstáculos a la hora de acceder a la amplia gama de servicios de salud que requieren, entre ellos las dificultades con las derivaciones a otros centros para la realización de las pruebas del VIH y de la sífilis, los copagos y los gastos adicionales, y los retrasos en la entrega de los resultados. Estos obstáculos demoran el inicio del tratamiento. Los procedimientos de las pruebas deben ser lo más sencillos y económicos posibles, y los resultados deben estar disponibles cuanto antes (14). La entrega de los resultados el mismo día puede contribuir considerablemente a que más personas se sometan a las pruebas del VIH y la sífilis. Las pruebas rápidas deben realizarse con la conveniente garantía de calidad, lo cual incluye laboratorios nacionales de referencia con garantía externa de la calidad, así como estrategias que aseguren el uso adecuado de las pruebas (por ejemplo, las estrategias de ensayos de aptitud) (14).
- **Desabastecimiento e interrupciones en la disponibilidad del suministro de pruebas.** Algunos países han señalado la existencia de desabastecimiento de las pruebas del VIH o de la sífilis, o interrupciones en la disponibilidad de los mismos en las localidades, debido a factores relacionados con la gestión de los suministros. Para mantener una cobertura elevada de las pruebas, es necesario garantizar la disponibilidad de los suministros, lo cual sólo puede lograrse mediante un proceso de distribución organizado y de calidad garantizada. Es fundamental asegurar la disponibilidad adecuada e ininterrumpida de los medios de diagnóstico, los medicamentos esenciales y otros productos sanitarios; los países deben desarrollar su capacidad para planificar, adquirir y distribuir eficazmente estos productos sanitarios, así como para utilizarlos de forma razonable (14).
- **Incapacidad de diagnosticar la seroconversión y la reinfección durante el embarazo.** La prevención eficaz de la transmisión vertical de la sífilis y del VIH depende de la detección y del tratamiento oportuno de estas infecciones durante el embarazo. Las directrices mundiales con respecto al diagnóstico del VIH y el asesoramiento recomiendan que, en el caso de epidemias concentradas y de bajo nivel, la prueba se realice de nuevo en el tercer trimestre de gestación si la embarazada pertenece a un grupo de alto riesgo (32). Estos grupos incluyen a las embarazadas con una pareja cuyo estado respecto del VIH se desconoce pero que incurre en comportamientos de alto riesgo; las embarazadas con una pareja infectada por el VIH; las trabajadoras sexuales; las que consumen drogas, y las embarazadas que han estado expuestas al VIH durante los tres últimos meses (32). En el caso de la sífilis, es importante que las parejas sexuales se sometan a la prueba de detección y al tratamiento para evitar la reinfección (3). Dado que los comportamientos sexuales de riesgo son comunes en el caso de diversas infecciones de transmisión sexual, las embarazadas diagnosticadas con infección por el VIH o la sífilis también pueden someterse a pruebas para detectar otras infecciones que pueden ser asintomáticas, por ejemplo hepatitis, clamidias, gonorrea e infecciones por el VTLH-1 y el PVH (14, 21). Los países deben revisar sus estrategias para optimizar el diagnóstico prenatal del VIH, la sífilis, y otras infecciones.

IV.2. Tratamiento y seguimiento de las embarazadas infectadas por el VIH o la sífilis

Dado que las mujeres pueden iniciar la atención prenatal tardíamente, o no regresar después de la primera consulta, la manera más eficaz y eficiente de tratar el VIH o la sífilis es iniciando el tratamiento y el seguimiento desde la primera consulta prenatal, a partir del momento en que se recibe un resultado positivo.

En los cuadros IV.1 y IV.2 se resumen las directrices para el tratamiento y el seguimiento de las embarazadas infectadas por la sífilis y el VIH, respectivamente. Las recomendaciones para las embarazadas infectadas por el VIH se tomaron de las directrices más recientes de la OMS (14, 34, 35), mientras que las recomendaciones relativas a la sífilis se basan en diversas fuentes, incluyendo las directrices integradas de la OPS (8) y las recomendaciones de los CDC (36). Es importante señalar que las directrices integradas de la OPS no se formularon siguiendo el mismo proceso de examen sistemático utilizado en el método de clasificación de la evaluación, el desarrollo y la valoración de las recomendaciones (GRADE, por sus siglas en inglés) utilizado para elaborar las directrices de la OMS, sino a través de una revisión bibliográfica y la recopilación de opiniones y revisiones de varios expertos. Para obtener más información, se recomienda consultar los documentos fuente citados.

Tratamiento de la sífilis materna

Cuadro IV.1

Indicador	Descripción
1	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento debe comenzar inmediatamente después de obtener un resultado positivo, de preferencia en el consultorio prenatal, a menos que la condición de la mujer requiera de atención más compleja (8, 36).
2	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y temprana latente consiste en el suministro, en una dosis única, de 2,4 millones de unidades de penicilina benzatínica intramuscular (8, 36). Para las madres con infección latente de más de un año de duración, o con infección de duración desconocida, el tratamiento consiste en el suministro de tres dosis semanales de 2,4 millones de unidades de penicilina intramuscular (8, 36). Si bien los medicamentos administrados por vía oral pueden resultar eficaces en el tratamiento de la sífilis en los adultos, la penicilina intramuscular es el único medicamento que permite tratar con seguridad y eficacia al feto (36). Las pacientes alérgicas a la penicilina pueden desensibilizarse, para lo cual se requiere un centro con capacidad para prestar soporte respiratorio y monitoreo cardíaco si es necesario. Las directrices clínicas de la OPS (8), así como las directrices de los CDC sobre ITS (36) explican en mayor detalle la terapia de desensibilización y las opciones de tratamiento en los casos en que no pueda utilizarse la penicilina.
3	<ul style="list-style-type: none"> Todas las personas con las que la mujer haya tenido relaciones sexuales deben someterse a la prueba y, si el resultado es positivo, deberán recibir tratamiento para la sífilis de acuerdo con las directrices nacionales (8, 36).
4	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres tratadas deben ser evaluadas mediante pruebas no treponémicas cuantitativas (VDRL o RPR) en intervalos de uno a tres meses (8, 36).
5	<ul style="list-style-type: none"> Un aumento de cuatro o más veces de los títulos de anticuerpos puede indicar que el tratamiento ha fracasado, o bien una reinfección o la presencia de neurosífilis. Será necesario repetir el tratamiento y llevar a cabo un seguimiento estrecho (8, 36).
6	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de la sífilis materna debe quedar registrado en el expediente clínico de la paciente. En los casos de diagnóstico positivo sin ningún registro de tratamiento, el lactante vivo o mortinato debe considerarse con diagnóstico de sífilis congénita (36).

Cuadro IV.2 Seguimiento de las embarazadas VIH-seropositivas

Indicador	Descripción
1	<ul style="list-style-type: none"> La OMS recomienda que todas las embarazadas y mujeres lactantes infectadas por el VIH se sometan a triple terapia con ARV (TAR), que debe mantenerse al menos durante el período de riesgo de transmisión materno-infantil. Debe promoverse que las parejas sexuales de estas mujeres también se sometan a la prueba del VIH (13, 14).
2	<ul style="list-style-type: none"> El esquema de primera línea actualmente recomendado para los adultos, incluyendo a las embarazadas, es TDF + 3TC (o FTC) + EFV (13, 14), disponible mediante una combinación de medicamentos en dosis fijas y pastilla única. La profilaxis antirretroviral adecuada para las embarazadas VIH-seropositivas depende de diversos factores, entre ellos si la mujer ya se encuentra en tratamiento para conservar su salud, la exposición previa de corto plazo al tratamiento antirretroviral en el contexto de un embarazo anterior; y el momento en que se inició el tratamiento (durante el embarazo, poco antes del parto o durante el parto). Las directrices mundiales proporcionan información detallada sobre las opciones que existen para cada situación (14, 34).
3	<ul style="list-style-type: none"> La OMS recomienda continuar de por vida el tratamiento antirretroviral iniciado durante el embarazo, lo cual se conoce también como opción B+ (14). Las ventajas de la opción B+ incluyen una mayor simplificación del esquema de tratamiento; la eliminación del recuento de CD4 como requisito previo; simplificación de la prestación del servicio y armonización con los programas de TAR; protección para embarazos futuros, y el posible beneficio de prevención que conlleva la reducción de la transmisión sexual del virus a los compañeros sexuales (14).
4	<ul style="list-style-type: none"> El riesgo de transmisión del VIH durante el parto puede ser minimizado siguiendo varios principios y prácticas clave, como el parto en centros de salud atendido por personal de salud cualificado; evitar la instrumentación innecesaria y la ruptura prematura de las membranas; y la succión no invasiva de las secreciones nasogástricas y el lavado de la sangre en el recién nacido (14).
5	<ul style="list-style-type: none"> Si bien se ha demostrado que la cesárea protege contra la transmisión del VIH, especialmente en ausencia de medicamentos ARV o en el caso de una carga viral elevada, la OMS no recomienda esta práctica en entornos con recursos limitados específicamente para la infección por el VIH; sino en el caso de que sea conveniente según indicaciones obstétricas médicas (14).

Debido a la incertidumbre respecto a la seguridad de su uso en las etapas tempranas del embarazo, anteriormente no se recomendaba el suministro de efavirenz (EFV). No obstante, las directrices actuales dictadas por la OMS establecen que el análisis sistemático de los datos científicos disponibles no revela un aumento en el riesgo de que se produzcan defectos congénitos al suministrar EFV, al compararlo con otros medicamentos antirretrovirales usados durante el primer trimestre del embarazo. Los datos probatorios también indican que la combinación de TDF + 3TC (o FTC) + EFV suministrada una vez al día, se asocia con menor frecuencia a eventos adversos graves, además de que tiene una mejor respuesta virológica y al tratamiento en comparación con otros regímenes que se suministran una o dos veces al día (14).

El esquema TDF + 3TC (o FTC) + EFV se encuentra disponible en forma de una combinación de medicamentos en dosis fijas y pastilla única. El uso de este mismo esquema para la eliminación de la TMI y el tratamiento de primera línea de los adultos puede contribuir a simplificar la previsión, adquisición, distribución y monitoreo de los medicamentos (14).

La evaluación de mitad de período de la Estrategia de eliminación indicó que varios países de la Región ya han introducido el tratamiento antirretroviral de por vida después del embarazo (opción B+), y que otros están preparándose para hacerlo (6). En el recuadro IV.1 se resumen las consideraciones relacionadas con la puesta en práctica de la opción B+ (39).

Consideraciones relativas a la introducción de la opción B+

Recuadro IV.1

- Armonización de las estructuras nacionales responsables de la coordinación de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) y tratamiento antirretroviral, y otros programas pertinentes (por ejemplo, de salud materna, neonatal e infantil, y de planificación familiar).
- Evaluación de la aceptabilidad de la opción B+ entre las mujeres infectadas por el VIH.
- Formulación de las normas y los procedimientos necesarios para adoptar la opción B+.
- Evaluación del costo, la rentabilidad y la factibilidad del suministro de tratamiento antirretroviral a todas las mujeres para la PTMI.
- Evaluación de las modalidades óptimas para la prestación de los servicios de tratamiento antirretroviral durante y después del embarazo, y preparación del sistema de salud para prestar estos servicios, incluidos los servicios de laboratorio y de gestión de la cadena de suministro.
- Garantía de una transición inmediata y eficaz de los programas de PTMI a los de tratamiento antirretroviral, con una evaluación sistemática de la calidad de los sistemas de derivación.
- Garantía de que se ofrece un apoyo adecuado para la adhesión al tratamiento, la educación de las pacientes y la planificación familiar, entre otros servicios.

Adaptado de: Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and Children. Expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B and B+. IATT, New York, 2013.

Se calcula que en el 2011 la cobertura del tratamiento antirretroviral en las embarazadas en la región fue del 61% (79% en el Caribe y 56% en América Latina) (5). Como se señaló anteriormente, la cobertura subóptima de la prueba de detección del VIH influye en la detección y el tratamiento oportunos de las embarazadas infectadas. Sin embargo, los datos disponibles (5) indican que también hay mujeres a las que se les diagnostica la infección pero que no reciben tratamiento, lo que señala deficiencias y retos relacionados con el seguimiento eficaz de las mujeres seropositivas. Es importante que los países analicen y aborden estas deficiencias y retos para reducir el número de oportunidades desaprovechadas.

IV.3. Tratamiento y seguimiento de los lactantes expuestos al VIH o a la sífilis

En los cuadros IV.3 y IV.4 se resumen las recomendaciones para el tratamiento y el seguimiento de los lactantes expuestos al VIH y a la sífilis, respectivamente. Las recomendaciones para los lactantes expuestos al VIH se tomaron de las directrices más recientes dictadas por la OMS, (14, 34, 35), mientras que las recomendaciones para la sífilis se basan en diversas fuentes, incluidas las directrices clínicas de la OPS (8) y las recomendaciones de los CDC (36). Como ya se ha mencionado antes, las directrices clínicas de la OPS no se prepararon siguiendo el mismo proceso de revisión sistemática del método GRADE utilizado para elaborar las directrices de la OMS, sino mediante la revisión bibliográfica y la recopilación de opiniones y revisiones de expertos.

Cuadro IV.3 Tratamiento y seguimiento de los lactantes expuestos al VIH

Indicador	Descripción
1	Todos los lactantes cuyas madres son VIH-seropositivas deben recibir tratamiento profiláctico para reducir su riesgo de contraer el VIH. Los lactantes amamantados deben recibir profilaxis infantil con nevirapina una vez al día durante seis semanas (14). Los lactantes que reciben alimentación de sustitución deben recibir profilaxis infantil con nevirapina una vez al día, o con AZT dos veces al día entre cuatro y seis semanas (14).
2	La mayoría de los países de ALC proporcionan alimentación de sustitución a los lactantes expuestos; si ésta no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses y el suministro continuo de TAR a la madre (14). Debe evitarse combinar la lactancia materna con la alimentación de sustitución, ya que esta opción conlleva el riesgo más elevado de transmisión (14).
3	La atención de seguimiento para los lactantes expuestos al VIH incluye orientación y apoyo para asegurar la adherencia al tratamiento antirretroviral; profilaxis con cotrimoxazol; vigilancia de los posibles efectos colaterales del TAR; cuidados generales y vigilancia del crecimiento; diagnóstico de la infección por el VIH; vigilancia y tratamiento de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas, y posiblemente un calendario de vacunación modificado si el lactante es seropositivo (14). La OMS no recomienda la vacuna del Bacilo Calmette-Guérin (BCG) para los niños con infección por el VIH. La orientación detallada y los calendarios de vacunación pueden consultarse en el documento de la OMS citado (38). Los anexos 3 y 4 proporcionan información adicional sobre el manejo de la coinfección TB /VIH durante el embarazo.
4	Directrices de la OMS recomiendan realizar la prueba del VIH virológica de manera temprana a las 4-6 semanas. Para los lactantes con un resultado inicial de la prueba virológica positivo, se recomienda encarecidamente que se inicie el TAR sin demora y, al mismo tiempo, que se recoja una segunda muestra para confirmar el resultado positivo inicial de la prueba virológica (14). Los lactantes con signos o síntomas sugestivos de infección por el VIH deben someterse a pruebas serológicas del VIH y, en el caso de que el resultado sea positivo, a pruebas virológicas (14). La OMS recomienda también que los bebés sanos expuestos al VIH se sometan a pruebas serológicas del VIH alrededor de los nueve meses de edad o en el momento de la última consulta de inmunización, seguido de pruebas virológicas en caso de una prueba serológica positiva (8,36).

Seguimiento de los lactantes expuestos a la sífilis

Cuadro IV.4

Indicador	Descripción
1	<p>En el caso de las mujeres diagnosticadas con sífilis durante el embarazo y cuya prueba no treponémica no volvió a ser negativa (o cuyos resultados se desconocen), tanto la madre como el lactante deben someterse a pruebas cuantitativas no treponémicas después del parto (preferentemente a la misma prueba, realizada al mismo tiempo y por el mismo laboratorio). Las pruebas de los lactantes deben hacerse con el suero del lactante y no con la sangre del cordón umbilical. Todos los lactantes deben someterse a una evaluación clínica (8, 36).</p> <p>Las mujeres que dan a luz mortinatos, deben someterse a la prueba no treponémica. Todo mortinato cuya madre haya tenido un diagnóstico de sífilis, no haya recibido tratamiento adecuado más de cuatro semanas antes del parto o haya tenido una prueba no treponémica reactiva en el parto, debe considerarse con diagnóstico de sífilis congénita. Si bien no se requiere otro examen patológico del lactante, lo ideal sería llevarlo a cabo (41).</p>
2	<p>Si los niños: a) presentan síntomas clínicos o radiológicos de sífilis congénita; b) nacieron de una madre que no recibió el tratamiento adecuado para la sífilis al menos cuatro semanas antes del parto; c) son asintomáticos y tienen títulos de RPR o VDRL cuatro veces por encima de los de la madre (independientemente del tratamiento materno), o d) son asintomáticos y su madre recibió tratamiento adecuado pero no hay títulos cuantificados para hacer la comparación, deben ser sometidos a la siguiente terapia (8, 36):</p> <ul style="list-style-type: none"> • penicilina G cristalina acuosa: 100.000 a 150.000 unidades/kg/día, administradas en 50.000 unidades/kg/dosis, por vía intravenosa cada 12 horas durante los siete primeros días de vida, y posteriormente cada ocho horas durante un total de 10 días, o • penicilina G procaína: 50.000 unidades/kg/dosis, por vía intramuscular en una única dosis diaria, durante 10 días.
3	<p>En los siguientes casos, los niños deberán recibir 50.000 unidades/kg/dosis de penicilina G benzatínica, por vía intramuscular, en una dosis única: aquellos cuyo examen físico es normal y cuyo título serológico no treponémico cuantitativo es igual o menor que el cuádruple del título materno, y aquellos cuyas madres fueron tratadas durante más de cuatro semanas antes del parto, recibieron tratamiento adecuado para su estadio de infección y no presentaron signos de reinfección ni recaída. No se requiere otra evaluación (8, 36).</p>
4	<p>Todos los niños con serología positiva para la sífilis al nacer deben ser objeto de seguimiento posnatal con exámenes clínicos y pruebas serológicas no treponémicas cada dos a tres meses, hasta que la prueba sea negativa o el título se haya reducido en cuatro diluciones (8, 36). El título de los anticuerpos debe disminuir a los tres meses y ser negativo a los seis meses de edad si el niño no contrajo la infección. Si los títulos permanecen constantes o aumentan después de los 6 a 12 meses de edad, el niño debe ser reevaluado (8, 36).</p>

La atención de seguimiento para los lactantes expuestos plantea importantes retos a los distintos países, como queda demostrado por la escasez de datos en este campo (5). Durante 2010 y 2011, 20 países no notificaron el número de lactantes expuestos al VIH y tratados, así como tampoco los que no tuvieron un seguimiento. En los países que sí notificaron estos datos en el 2011, el porcentaje de lactantes expuestos que no tuvieron seguimiento varió entre el 0% y el 70%, lo que representa un total de más de 1 500 lactantes expuestos. Por otra parte, en el 2010 y el 2011, hubo más de 10 países que no notificaron los casos de sífilis congénita (5).

Estudios sobre el abandono del seguimiento de los lactantes expuestos al VIH, realizados principalmente en África, han revelado que entre los factores asociados a un mayor riesgo de abandono del seguimiento se encuentran la existencia de sistemas de salud que carecen de sistemas de seguimiento de calidad garantizada, los retrasos en las pruebas, la falta de apoyo social, la falta de

conocimiento, la pobreza y la menor edad materna (42, 43, 44). Las intervenciones y los factores que contribuyeron a reducir el número de lactantes sin seguimiento en estos estudios, incluyeron un consultorio posnatal especial para las madres seropositivas y sus lactantes; reducción del tiempo necesario para realizar un diagnóstico; seguimiento activo de las madres y sus lactantes después del parto a cargo de defensores de las pacientes, educadores pares o personal sanitario especialmente asignado para esa tarea, así como integración del seguimiento a los programas habituales de salud de lactantes y niños (43, 44). Un componente fundamental de las estrategias nacionales debe ser el fortalecimiento de la capacidad para el diagnóstico precoz de los lactantes expuestos al VIH o la sífilis.

IV.4. Resumen de las medidas fundamentales

- Promover el acceso e inicio temprano de la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo.
- Revisar y actualizar las prácticas de diagnóstico del VIH y de la sífilis para adultos y lactantes, al igual que las directrices, los procedimientos normalizados de trabajo y los algoritmos, en consonancia con la orientación mundial actual y con miras a la simplificación, descentralización y calidad garantizada de los resultados de las pruebas.
- Realizar las pruebas de detección del VIH y de la sífilis en la misma consulta cuando sea factible, incluyendo la entrega de los resultados el mismo día y el inicio inmediato del tratamiento.
- Cuando no sea factible realizar las pruebas de detección del VIH y de la sífilis en la misma consulta mediante los servicios de laboratorio, introducir las pruebas rápidas de detección del VIH y de la sífilis en el lugar de atención, con la entrega de los resultados y el suministro del tratamiento durante la consulta.
- Promover las pruebas de detección del VIH y de la sífilis entre las parejas y prestar servicios de orientación y pruebas a las parejas, procurando que las parejas sexuales de las mujeres seropositivas para sífilis reciban tratamiento.
- Proporcionar cursos periódicos de actualización a los proveedores de atención sanitaria sobre los servicios prenatales integrados de calidad, incluidas las pruebas sistemáticas del VIH y la sífilis junto con profilaxis o tratamiento inmediatos.
- Realizar evaluaciones periódicas de los programas de atención prenatal para determinar las deficiencias y los desafíos con respecto a su ejecución.
- Introducir el esquema recomendado de primera línea TDF + 3TC (o FCT) + EFV para las embarazadas VIH-seropositivas, suministrado como combinación de medicamentos en dosis fijas y pastilla única, cuando sea factible.
- Introducir el tratamiento antirretroviral de por vida para las embarazadas VIH-seropositivas (opción B+).
- Garantizar la armonización plena de los servicios de eliminación de la TMI con los programas y servicios de tratamiento antirretroviral, al igual que la transición eficaz de las mujeres y los lactantes infectados por el VIH a los programas de tratamiento.
- Poner en práctica estrategias como el seguimiento activo (por ejemplo, visitas a domicilio), el seguimiento de las madres y los niños, y el diagnóstico temprano de los lactantes para reducir el número de lactantes expuestos al VIH y a la sífilis que se pierden durante el seguimiento.

cinco

**Fortalecimiento de los sistemas de
salud y expansión de la cobertura de
los servicios esenciales**

V

Fortalecimiento de los sistemas de salud y expansión de la cobertura de los servicios esenciales

Esta línea de acción concierne a todas las áreas programáticas y se incluye en el marco regional en reconocimiento de la importancia fundamental que tiene un sistema de salud capaz de prestar los servicios necesarios a todos, en particular a las personas más vulnerables, de una manera integral y en una escala adecuada para lograr y mantener las metas de eliminación.

V.I. Fortalecimiento de los sistemas de salud

La OMS define seis pilares funcionales o componentes de un sistema de salud (28):

- El **Liderazgo** y la **gobernanza** eficaces facilitan la creación de marcos estratégicos de políticas que se combinen con una supervisión competente, provisión de regulación e incentivos apropiados, creación de coaliciones, y rendición de cuentas.
- Un buen sistema de **financiación y aseguramiento sanitario** recauda fondos suficientes para garantizar el acceso a los servicios y la protección contra catástrofes financieras o el empobrecimiento ocasionado por gastos médicos; además, proporciona incentivos para que los proveedores y los usuarios actúen de manera eficiente.
- Los **recursos humanos** de alto rendimiento son aquellos que son competentes y trabajan de manera sensible, imparcial y eficiente para lograr los mejores resultados posibles de salud en las circunstancias dadas y con los recursos disponibles.
- Un buen servicio de salud provee intervenciones sanitarias eficaces, seguras y de alta calidad a aquellos que las necesitan, con un desperdicio mínimo de recursos.
- Un **sistema de información y vigilancia sanitaria** que funciona bien garantiza la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fidedigna y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño del sistema de salud y el estado de salud.
- Un sistema de salud que funciona bien garantiza el acceso equitativo a **medicamentos, vacunas y tecnología** de calidades garantizadas, inocuas, eficaces y rentables, así como su uso adecuado y eficaz desde el punto de vista científico y de los costos.

La OMS define el fortalecimiento de los sistemas de salud como el mejoramiento de estos seis componentes fundamentales y la gestión de sus interacciones para lograr mejoras más equitativas y sostenidas en todos los servicios de salud y resultados en materia de salud (28, 45). El fortalecimiento de los sistemas de salud pasa por reforzar cada componente fundamental, así como la manera en que funcionan juntos para crear un sistema de salud funcional. En el cuadro V.I se resumen los aspectos clave de cada componente.

Áreas prioritarias en los componentes del sistema de salud

Cuadro V.1

Componente	Prioridades
Liderazgo y gobernanza	Políticas del sector de la salud, armonización y alineación, supervisión y reglamentación
Financiación y aseguramiento	Políticas de financiamiento sanitario, herramientas y datos relacionados con los gastos sanitarios y determinación de los costos
Recursos humanos	Políticas relativas al personal y planes de inversiones, defensa de los derechos, normas y datos
Organización y provisión de servicios	Paquetes de servicios, modelos de prestación, infraestructura, gestión, seguridad y calidad y demanda de la atención
Información y vigilancia	Sistemas de información y vigilancia basados en los establecimientos y la población, normas y herramientas
Productos sanitarios, vacunas y tecnología	Normas, políticas, mecanismos de adquisición fiables, acceso equitativo y calidad

Fuente: World Health Organization (WHO). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. WHO, Geneva, 2007.

Los sistemas de salud en la Región de las Américas tienden a estar muy fragmentados, lo que da lugar a dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de calidad deficiente, el uso ineficiente de los recursos y un bajo nivel de satisfacción por parte de los usuarios (43). Por consiguiente, el fortalecimiento de los sistemas de salud constituye una prioridad transversal de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (47).

En respuesta a la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, la OPS creó una iniciativa de redes integradas de servicios de salud (RISS), que culminó en el 2009 con la aprobación de la resolución CD49.R22 por parte de los Estados Miembros de la OPS y con una propuesta para establecer una hoja de ruta para poner en práctica tales redes (47). La finalidad de la iniciativa es contribuir a la creación de sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud mediante la puesta en práctica de elementos fundamentales como la cobertura universal; la atención integral, integrada, continua y adecuada; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria, y la adopción de medidas intersectoriales (47).

La puesta en práctica de la iniciativa RISS de la OPS reveló que la amplia gama de sistemas de salud dificulta la formulación de recomendaciones regionales específicas para fortalecer los sistemas de salud y crear redes de prestación de servicios, ya que cada país, o bien cada contexto local, debe formular su propia estrategia de acuerdo con sus circunstancias políticas, recursos económicos, capacidad administrativa y enseñanzas extraídas. Sin embargo, de manera general cada proceso debe incluir los siguientes pasos: 1) determinación de los problemas principales relacionados con la fragmentación del servicio de salud; 2) formulación de planes nacionales; 3) ejecución de los planes, y 4) evaluación continua (47).

Figura V.1 Atributos esenciales de las redes integradas de servicios de salud

Ámbitos de abordaje

Modelo asistencial	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.	1
	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.	2
	Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	3
	Prestación de servicios especializados en el lugar mas apropiado que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.	4
	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.	5
	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.	6
Gobernanza y estrategia	Un sistema de gobernanza único para toda la red.	7
	Participación social amplia.	8
	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	9
Organización y gestión	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.	10
	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	11
	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.	12
	Gestión basada en resultados.	13
Asignación e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	14

Fuente: Pan American Health Organization. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. PAHO, Washington, D.C., 2011.

V.2. Fortalecimiento de los programas para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita

La Estrategia para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis, exige y ofrece la oportunidad de fortalecer los sistemas de salud de la Región mediante la aplicación de un enfoque “diagonal” en los planes de acción nacionales. Para la OMS, este tipo de enfoque (46):

- Considera los resultados de salud deseados como el punto de partida para identificar las limitaciones del sistema de salud que impiden la ampliación eficaz de los servicios;
- aborda los cuellos de botella del sistema de salud, de manera que se obtengan resultados sanitarios específicos al mismo tiempo que se producen efectos beneficiosos en todo el sistema y en otros programas también;
- aborda las políticas del sistema de salud y los problemas relativos a la capacidad;
- fomenta la elaboración de estrategias y planes nacionales del sector de la salud y reduce las inversiones en planes aislados que abordan aspectos específicos de los sistemas de salud; y
- establece sistemas sólidos de monitoreo y evaluación.

En este sentido, la OPS ha elaborado una metodología de evaluación que incorpora los componentes fundamentales de los sistemas de salud, así como las principales áreas programáticas relacionadas con las metas de eliminación (45). En la figura V.2 se presenta el marco analítico para realizar esta evaluación.

Marco analítico para la evaluación de la estrategia nacional de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita

Figura V.2

Componente del sistema de salud	Área programática							
	Preven- ción primaria del VIH y de la sífilis	Servicios de salud sexual y reproduc- tiva para las mujeres infectadas por el VIH y sus parejas	Atención prenatal (cober- tura y calidad)	Diagnóstico del VIH y de la sífilis para las embarazadas y sus parejas	Tratamiento por el VIH y la sífilis para las embarazadas infectadas, sus parejas y sus niños	Seguimien- to y diag- nóstico de los niños expuestos	Apoyo nutricional para los lactantes expuestos al VIH	Atención y apoyo para las mujeres y los niños infecta- dos por el VIH y sus familias
Rectoría y gobernanza								
Financiación y aseguramiento								
Recursos humanos								
Organización y provisión de servicios								
Productos sanitarios y tecnología								
Información y vigilancia								
<i>Temas transversales: género, derechos humanos, etnicidad, estigma y discriminación, etcétera.</i>								

Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida: lineamientos para la región de las Américas. OPS, Washington, D.C., 2010.

La metodología facilita la evaluación del desempeño de los componentes fundamentales del sistema de salud y de las áreas programáticas en los niveles nacional y local, así como en diversos contextos de la prestación de los servicios (48). La herramienta se ha aplicado en varios países de la Región y los resultados indican que es útil a la hora de identificar las deficiencias y los cuellos de botella, además de ser útil como base para la planificación estratégica a fin de fortalecer los programas nacionales y acelerar el progreso hacia el logro de las metas de eliminación (6).

La ejecución eficaz de esta línea de acción requerirá de una colaboración estrecha entre los gerentes y los interesados directos que representan las áreas programáticas, así como los planificadores sanitarios y los interesados directos que representan los componentes fundamentales del sistema de salud, a fin de garantizar una contribución adecuada y un beneficio óptimo.

V.3. Resumen de las medidas fundamentales

- Promover y aplicar una perspectiva de sistemas de salud en la planificación, ejecución y vigilancia de los planes de acción.
- Garantizar que los planificadores sanitarios y los interesados directos que representan las áreas incorporadas a los componentes fundamentales del sistema de salud, participen y contribuyan a la planificación, ejecución y vigilancia de los planes de acción.
- Realizar evaluaciones de la estrategia nacional mediante la incorporación de una perspectiva integral de sistemas de salud y programática en la metodología.
- Incorporar el fortalecimiento de los sistemas de salud a las estrategias de ejecución y los planes de acción para garantizar la sostenibilidad de los progresos.

seis

**Vigilancia y monitoreo del VIH y de la sífilis en los
servicios de salud maternoinfantil**

VI

Vigilancia y monitoreo del VIH y de la sífilis en los servicios de salud maternoinfantil

Esta línea de acción, que también es transversal, tiene como objetivo fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación, y de vigilancia en todas las áreas programáticas, incluida la prevención primaria, la atención prenatal, el diagnóstico, el tratamiento, la atención y el seguimiento de la infección por el VIH y la sífilis. Su finalidad principal es apoyar a los países para que generen información que permita vigilar el desempeño del programa y el cumplimiento de las metas, y determinar las deficiencias y los desafíos.

Además de la importancia fundamental de contar con datos probatorios fidedignos en los que fundamentar la planificación estratégica para mejorar el desempeño de los programas, es necesario disponer de datos nacionales para validar el logro de las metas de eliminación (48). Los países que cumplen los requisitos para llevar a cabo esta validación, deben disponer de un sistema funcional de monitoreo y vigilancia que:

- Permita evaluar de forma precisa la cobertura de las intervenciones y detectar oportunamente todos los casos (con un error mínimo aceptable) de transmisión vertical;
- pueda obtener datos sobre la prestación de los servicios y los resultados tanto del sector de la salud público como del privado; y
- reduzca al mínimo las fuentes de sesgo sistemático y cumpla los estándares de calidad de los datos.

La OPS, en colaboración con UNICEF, elaboró una estrategia regional de monitoreo que propone un conjunto básico de indicadores que permiten hacer un seguimiento del progreso hacia el logro de las metas de eliminación (9). A fin de reducir al mínimo la carga que recae sobre los países, estos indicadores están alineados con los indicadores y requisitos mundiales en materia de notificación. La utilización de un conjunto estandarizado de indicadores también facilita a la OPS llevar a cabo el seguimiento de los avances en la Región, así como reportar a los Cuerpos Directivos, de acuerdo con lo estipulado en la resolución CD50.R12 (1). La estrategia regional de monitoreo (9) describe los indicadores propuestos para cada una de las áreas prioritarias (cuadros VI.1, VI.2 y VI.3), define los numeradores y denominadores de cada indicador e incluye información acerca de las fuentes de las que proceden los datos.

A fin de ampliar y explicar con mayor detalle la información descrita en la estrategia de monitoreo, en los siguientes apartados se resumen los elementos fundamentales de los sistemas nacionales necesarios para realizar un monitoreo eficaz de la Estrategia de eliminación y la validación del logro de las metas de eliminación.

VI.1. Indicadores de impacto

En el cuadro VI.1 figuran los indicadores de impacto para el monitoreo de la eliminación de la sífilis congénita y de la transmisión maternoinfantil del VIH como problemas de salud pública.

Indicadores de impacto

Cuadro VI.1

Indicador	Descripción
1	Tasa anual de casos reportados de sífilis congénita por cada 1 000 nacidos vivos
2	Tasa reportada de transmisión maternoinfantil del VIH: porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH, que son VIH-positivos
3	Tasa anual de casos reportados de transmisión maternoinfantil del VIH por cada 1 000 nacidos vivos

De acuerdo con lo descrito en la estrategia regional de monitoreo, los países deberían esforzarse en vigilar los indicadores de impacto utilizando datos reales. Sin embargo, los denominadores correspondientes a los indicadores 1.1 y 1.3 (número estimado de nacidos vivos) pueden calcularse a partir de las estimaciones de población de las Naciones Unidas con respecto al número de nacidos vivos, o bien de la base de datos internacional de la Oficina del Censo de los Estados Unidos (9).

En la mayoría de los países de la Región, la sífilis congénita sigue siendo de obligada notificación; no obstante, persisten algunos retos importantes con respecto a las definiciones de casos de sífilis congénita utilizadas en las distintas naciones, el diagnóstico certero de los casos y la inclusión de los mortinatos atribuibles a la sífilis (6). Por consiguiente, el marco de monitoreo y evaluación recomienda la evaluación sistemática de la calidad de los sistemas de vigilancia y notificación de casos de sífilis congénita (9).

Respecto a la infección por el VIH, se han observado problemas específicos relacionados con el seguimiento de las madres y sus hijos (5,6). Dado que existe un porcentaje elevado (>10%) de lactantes expuestos con diagnóstico indeterminado, resulta difícil evaluar con exactitud el impacto del programa. Por consiguiente, es necesario que los países fortalezcan sus mecanismos de seguimiento de las madres y sus hijos, y que establezcan el diagnóstico temprano de los lactantes como parte de la estrategia de monitoreo y evaluación.

VI.2. Indicadores relacionados con la prevención primaria y la salud sexual y reproductiva

En el cuadro VI.2 se resumen los indicadores propuestos para el monitoreo de los avances hacia el acceso universal a la planificación familiar y a la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis.

Cuadro VI.2

Indicadores de la prevención primaria y de la salud sexual y reproductiva

Indicador	Descripción
2.1	Necesidad insatisfecha de planificación familiar
2.2	Porcentaje de adolescentes (15 - 19 años) que son madres o que están o han estado embarazadas
2.3	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus
2.4	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que ha mantenido relaciones sexuales antes de los 15 años
2.5	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los 12 últimos meses y declara haber usado condón durante su última relación sexual
2.6	Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal de salud cualificado durante el período prenatal
2.7	Porcentaje de embarazadas cuya primera consulta de atención prenatal tiene lugar antes de las 20 semanas de edad gestacional
2.8	Prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (total y por grupos de edad): <ul style="list-style-type: none"> • de 15 a 24 años de edad • mayor de 24 años
2.9	Prevalencia de sífilis en embarazadas (total y por grupos de edad): <ul style="list-style-type: none"> • de 15 a 24 años de edad • mayor de 24 años

Los indicadores 2.1 a 2.5 se miden por medio de encuestas demográficas tales como encuestas de demografía y salud, encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, encuestas de comportamiento y encuestas sobre el uso de los anticonceptivos. Tales estudios generalmente requieren una inversión considerable, por lo que no se realizan con frecuencia. La identificación de otras oportunidades de evaluación, en forma de otros estudios demográficos que pueden ampliarse o modificarse a fin de incluir las preguntas necesarias para medir estos indicadores a un costo menor, puede contribuir a un monitoreo más rentable de los indicadores. La uniformidad del muestreo y de los métodos de recopilación de datos es fundamental para poder comparar los resultados de todos los estudios.

Los indicadores 2.6 y 2.7 están orientados al monitoreo de la calidad de la atención prenatal, y los indicadores 2.8 y 2.9 permiten evaluar el impacto de los esfuerzos de prevención primaria según las mediciones de la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en la cohorte anual de embarazadas. Los indicadores 2.8 y 2.9 reflejan la prevalencia entre las mujeres que optan por la atención prenatal, por lo tanto podrían no representar a todas las embarazadas. Sin embargo, el análisis de estos indicadores a lo largo del tiempo puede ser útil, y una cobertura elevada de los servicios de atención prenatal y de las pruebas de detección aumentará la validez de los resultados obtenidos. Es importante recalcar que el cálculo del indicador 2.8 —prevalencia de la infección por el VIH en las embarazadas— debe basarse en todas las embarazadas VIH-seropositivas, no sólo en las que se hicieron la prueba. Así pues, cuanto menor sea la cobertura de la atención prenatal y la prueba de detección del VIH, menos fiable será este indicador. Los dos indicadores de la prevalencia también permiten comprender, en parte, el impacto de los esfuerzos de prevención primaria, en particular cuando son desglosados por grupos de edad. Las tendencias en la prevalencia del VIH entre las embarazadas de 15 a 24 años de edad son consideradas como un proxy de la incidencia de la infección por el VIH.

VI.3. Indicadores relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento

En el cuadro VI.3 se resumen los indicadores propuestos para supervisar los progresos en el diagnóstico temprano de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas y sus parejas sexuales, en el tratamiento y la atención adecuados para las mujeres seropositivas y en el seguimiento de los lactantes expuestos.

Indicadores relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento

Cuadro VI.3

Indicador	Descripción
3.1	Porcentaje de embarazadas a las que se les realizó la prueba para el VIH y que recibieron su resultado durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo puerperal (<72 horas), incluyendo aquellas con serología VIH-positiva conocida de antemano
3.2	Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba para la sífilis durante el embarazo (total y con edad gestacional menor de 20 semanas)
3.3	Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba para la sífilis en la primera visita de atención prenatal
3.4	Porcentaje de mujeres embarazadas con serología positiva para la sífilis cuyas parejas sexuales reciben un tratamiento adecuado
3.5	Porcentaje de embarazadas con serología positiva para la sífilis que reciben un tratamiento adecuado (como mínimo 2,4 millones de unidades de penicilina benzatínica intramuscular en una sola dosis)
3.6	Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibieron antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH (una dosis única de nevirapina no se considera un esquema válido para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH)
3.7	Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH que reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH
3.8	Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH a los que se les realizó la prueba para determinar su estado respecto del VIH
3.9	Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH sin una evaluación definitiva de su estado respecto del VIH
3.10	Distribución de los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH según las prácticas de alimentación a los 3 meses
3.11	Porcentaje de niños (0-14 años) infectados por el VIH que cumplía los requisitos para recibir tratamiento antirretroviral y que actualmente lo está recibiendo
3.12	Política nacional que contempla la opción B+ para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
3.13	Porcentaje de mortinatos atribuibles a la sífilis materna

Otro indicador (4.1) es el porcentaje de niños nacidos de madres con serología positiva para la sífilis que son tratados adecuadamente. Este indicador fue incluido como indicador opcional en consonancia con la Estrategia de la OMS para la eliminación mundial de la sífilis congénita (3).

Cuadro VI.4

Conjunto de datos básicos para el monitoreo de la atención prenatal y el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del VIH y de la sífilis

Categoría	Datos
Todas las embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre e identificador único • Características demográficas: sexo, fecha de nacimiento o edad, raza o grupo étnico, lugar de residencia, estado civil • Edad gestacional en la primera consulta de atención prenatal • Número total de consultas de atención prenatal • Factores de riesgo (trabajo sexual, consumo de drogas, pobreza, violencia doméstica, compañeros sexuales múltiples, sin hogar, enfermedades mentales, etcétera) • Fecha en que se realizaron las pruebas de detección del VIH, tipos de pruebas utilizadas y resultados • Prueba de detección del VIH y orientación para las parejas sexuales • Fechas en que se realizaron las pruebas de detección de la sífilis, tipos de pruebas utilizadas y resultados • Prueba de detección de la sífilis realizada a las parejas sexuales • Datos complementarios sobre la tuberculosis y otras infecciones (por ejemplo, hepatitis C e infección por el VTLH)
Madre con prueba positiva para el VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la primera prueba del VIH y edad gestacional • Fecha del comienzo del tratamiento • Edad gestacional al comienzo del tratamiento • Esquema de tratamiento • Primer recuento de CD4 y recuentos posteriores • Primera medición de la carga viral y mediciones posteriores • Tratamiento antirretroviral continuo después del parto (sí /no)
Lactantes expuestos al VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre e identificador único vinculado al de la madre • Tratamiento de la madre (sí o no y tipo de tratamiento) • Tratamiento del lactante (fechas y tipos) • Fechas y tipos de pruebas de detección del VIH • Diagnóstico definitivo del lactante (resultado y edad en el momento del diagnóstico)
Madre con prueba positiva para la sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha y edad gestacional al diagnosticarse la sífilis • Fecha de comienzo del tratamiento • Detalles del tratamiento • Fechas de las pruebas de seguimiento de la sífilis • Pareja(s) sexual(es) tratado(s) (sí o no)

Cuadro VI.4 (Continuación)

Categoría	Datos
Lactante expuesto a la sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha del parto • Estado vital (vivo, nacido vivo y enfermo, mortinato, desconocido) • Fecha de defunción • Peso al nacer (en gramos) • Edad gestacional estimada • Fechas, tipos y resultados de las pruebas de la sífilis • Signos de sífilis congénita • Fechas y tipos de tratamiento

La mayoría de los países de la Región cuentan con sistemas de recopilación sistemática de determinados datos de salud materna, neonatal e infantil (SMNI), que van desde sistemas integrales electrónicos hasta informes periódicos impresos. La opción más rentable y sostenible es que los países integren las variables mencionadas al sistema existente de SMNI y establezcan vínculos con otras bases de datos pertinentes, entre ellas los sistemas de monitoreo y vigilancia de los pacientes con infección por el VIH.

Con respecto a la infección por el VIH, la OPS recomienda la vigilancia basada en la notificación de casos, la cual facilita el seguimiento longitudinal de las personas infectadas. En el caso de las mujeres diagnosticadas durante el embarazo, la consulta prenatal se vuelve el punto de partida para la notificación y la vigilancia de casos. De manera análoga, para las mujeres diagnosticadas durante el parto el sitio donde éste tiene lugar se convierte en el punto de partida para la notificación de casos. La vigilancia basada en el examen de casos o longitudinal facilita el acceso a la información sobre el diagnóstico y el tratamiento previos al embarazo actual.

Definición de los CDC de mortinato sifilítico

Recuadro VI.1

Muerte fetal que ocurre después de las 20 semanas de gestación o con un peso del feto de más de 500 g, y donde a la madre no se le administró tratamiento contra la sífilis hasta el parto, o bien éste fue inadecuado

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). STD surveillance case definitions. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats08/app-casedef.htm>

Uno de los instrumentos de gestión de datos al alcance de los países es el Sistema Informático Perinatal (SIP), concebido por el CLAP y la OPS. Consta del registro clínico perinatal, la tarjeta perinatal y un programa informático alojado en Internet para procesar la información. En una sola página, el sistema muestra un conjunto integral de datos sobre el embarazo, el parto y el nacimiento, resumiendo así la información requerida para la atención adecuada de la madre y de su recién nacido. El Sistema, que puede administrarse electrónicamente y cuenta con un módulo para facilitar la elaboración de los informes, está disponible de forma gratuita en la siguiente dirección de Internet: <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>.

De los embarazos afectados por la sífilis activa, aproximadamente el 25% tienen como desenlace la muerte temprana del feto o el mortinato; un porcentaje del 2% o menos de mortinatos atribuibles a la sífilis materna se considera un indicador mundial de la eliminación congénita de la sífilis (9).

La disponibilidad de datos para el indicador 3.13 (porcentaje de mortinatos atribuibles a la sífilis materna), requiere un sistema para el seguimiento de las defunciones fetales. Dado que muchos eventos adversos ocasionados por la sífilis sobrevienen en el segundo trimestre, el período propuesto para este indicador va más allá de la definición de mortinato de la OMS, a saber: muerte fetal en el tercer trimestre (más de 28 semanas de gestación o un peso fetal superior a 1 000 gramos) (49).

Para efectos de este indicador, un mortinato se define como un feto nacido sin signos vitales (ausencia de respiración, latido, pulso umbilical o movimiento muscular voluntario) a partir de las 20 semanas de gestación. En caso de que se desconozca la edad gestacional, se utiliza como criterio un peso fetal superior a 500 gramos (9).

Para el monitoreo de este indicador, la prueba serológica de detección de la sífilis debe hacerse a todas las mujeres que hayan dado a luz un mortinato. Si bien existen otras opciones para diagnosticar la sífilis congénita en los lactantes que nacen muertos (por ejemplo, autopsia y prueba de antígenos inmunofluorescentes), una estrategia de salud pública de menor costo consiste en determinar el estado de las madres con respecto de la sífilis ya que, en ausencia de otras causas de muerte fetal, un resultado positivo de la madre y la falta de tratamiento adecuado serían un indicio importante de la presencia de sífilis congénita.

Además del impacto que tienen en el monitoreo, el suministro de las pruebas y el consiguiente tratamiento contra la sífilis en los casos en que procede, evitan que las madres de los mortinatos sean víctimas de las complicaciones que ocasiona la infección progresiva y, por otra parte, constituyen una protección contra la sífilis congénita en futuros embarazos.

Retos relacionados con la vigilancia y el monitoreo

- **No todos los elementos esenciales de los datos están incluidos en el sistema.** Por ejemplo, varios de los países evaluados no recopilaban sistemáticamente los datos de las pruebas prenatales de la sífilis, a pesar de que las pruebas sistemáticas para la detección de esta infección están bien establecidas como parte de la atención prenatal.
- **Dificultades con respecto a la integridad y la exactitud de la notificación,** debido a diversas razones, entre ellas la falta de personal designado para la recopilación y comparación de los datos en los diferentes niveles; la falta de definiciones claras de los elementos de los datos, y la interrupción del flujo de información entre el nivel de prestación de los servicios y el programa.
- **Subsistemas fragmentados que funcionan independientemente.** Esto dificulta la tarea de vincular los registros y la atención prestada en todos los subsistemas, en particular si no existe un identificador único.

- **Falta de uniformidad en las definiciones de caso de sucesos clave.** Por ejemplo, en algunos países la definición de mortinato utilizada por el registro civil es diferente a la que usa la autoridad de salud pública.

Alianzas público-privadas en el marco del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Recuadro VI.2

El PAI puede usarse en la Región como un modelo de alianzas público-privadas, en el cual el gobierno proporciona las vacunas y los proveedores privados notifican sobre las inmunizaciones realizadas.

- **Notificación de datos agregados en el nivel local.** Algunos sistemas de notificación se basan en el recuento y en la finalización periódica de las cifras agregadas (número de clientes nuevos con cita para recibir atención prenatal, número de clientes sometidos a la prueba de detección del VIH durante el período de notificación, número de pruebas positivas, etcétera). Este nivel de recopilación de datos no es lo suficientemente riguroso para fines de eliminación de la TMI, ya que es propenso a errores y al doble conteo, además de que no permite realizar el seguimiento de los individuos en toda la cascada, sobre todo ante la ausencia de un identificador único para cada cliente.
- **Datos recopilados sobre la base de las intervenciones y no de las personas.** Por ejemplo, en algunos países los sistemas de notificación registran el número de pruebas de detección del VIH y de la sífilis realizada, lo cual incluye múltiples pruebas de detección y confirmación; esto dificulta la conversión a porcentajes de cobertura y resultados. Los datos deben fundamentarse en los clientes y estar asociados a ellos.
- **Datos limitados al sector público.** La mayoría de los países se enfrentan a problemas relacionados con la participación de los prestadores de servicios privados en los mecanismos habituales de recopilación de datos. La participación eficaz del sector privado presenta un aspecto jurídico que incluye el establecimiento de un marco jurídico claro para la notificación del sector privado, y un aspecto operativo que incluye el establecimiento de sistemas de recopilación de datos funcionales que respondan a las necesidades de información del gobierno central y sean aceptables para los prestadores privados. Muy pocos países han podido establecer sistemas ordinarios funcionales en este ámbito, y los países normalmente dependen de la recopilación de datos ad hoc para generar la información necesaria. Es necesario el diálogo constante con el sector privado para determinar los niveles de reglamentación y los incentivos necesarios para su participación continua en la recopilación y notificación de los datos.
- **Análisis y utilización limitados de los datos para la toma de decisiones.** Las evaluaciones llevadas a cabo en los distintos países indican que los datos disponibles tienden a utilizarse para cumplir con los requisitos internacionales de notificación y que no suelen analizarse en su totalidad ni notificarse de nuevo a los interesados locales directos para dar sustento a la planificación y modificación de los servicios y programas.
- **Escasez de recursos humanos capacitados para apoyar adecuadamente el sistema de información sanitaria.** Varios países informaron acerca de la escasez de epidemiólogos y de personal de nivel medio capacitado en materia de gestión de datos.

VI.4. Búsqueda e investigación de casos

Como ya se señaló con anterioridad, para validar los logros en materia de eliminación es necesario contar con un sistema funcional de monitoreo y vigilancia. Además de la continua recopilación de datos basada en los indicadores mencionados, otras dos medidas —la búsqueda y la investigación de casos— pueden contribuir a establecer el rigor requerido en el contexto de los esfuerzos para lograr la eliminación.

Búsqueda de casos

La búsqueda de casos puede definirse como el acto o la estrategia de ubicar a los individuos que padecen la enfermedad o afección específica que se investiga. Los casos pueden ser sintomáticos o asintomáticos.

En el contexto de la sífilis y de la infección por el VIH, la búsqueda de casos reviste una importancia particular porque los lactantes infectados pueden pasar inadvertidos si no se lleva a cabo un examen cuidadoso. Las condiciones fundamentales para realizar una búsqueda de casos sistemática incluyen: a) una definición clara del posible caso, y b) una definición clara de dónde y cómo se identificarán los casos probables.

Sífilis congénita

Para la búsqueda de casos, deberá estudiarse más a fondo a cada lactante o mortinato cuyo estado con respecto a la sífilis se desconozca y que presente alguna de las manifestaciones clínicas incluidas en la definición de caso de la sífilis congénita de la OPS (anexo 6).

Los países pueden considerar otras estrategias para la búsqueda activa de casos de sífilis congénita, a saber:

- Preguntar a todas las mujeres que reciben tratamiento para la sífilis si han estado embarazadas en los 12 últimos meses y, en caso afirmativo, cuál fue el desenlace del embarazo;
- examinar los registros de muertes fetales y determinar si incluyen el estado de la madre con respecto de la sífilis;
- colaborar con los hospitales privados y públicos, pediatras, centros de atención de salud infantil y lugares de atención de urgencias, para detectar posibles casos e investigarlos más a fondo;
- identificar y realizar un seguimiento a las mujeres no sometidas a la prueba de detección de la sífilis durante la atención prenatal; e
- integrar los casos de sífilis congénita en la vigilancia activa de enfermedades como el síndrome de rubéola congénita y la parálisis flácida aguda que se realiza en los hospitales.

Infección por el VIH

El estado con respecto al VIH de los lactantes nacidos de mujeres con diagnóstico de infección por el VIH debe determinarse. También debe determinarse el estado con respecto al VIH de los lactantes cuyas madres:

- No se sometieron a la prueba de detección del VIH durante el embarazo;

- no se sometieron a la prueba según el protocolo; o
- se desconoce si se sometieron a la prueba.

Además, debe realizarse la prueba de detección del VIH a todos los niños que presenten alguno de los siguientes síntomas:

- retraso en el crecimiento o emaciación
- infección bacteriana recurrente
- diarrea persistente
- candidiasis oral
- hepatoesplenomegalia inexplicable o linfadenopatía generalizada
- retraso del desarrollo

Los países pueden considerar otras estrategias para la búsqueda activa de casos de transmisión maternoinfantil del VIH, entre ellas:

- colaborar con las clínicas pediátricas privadas y públicas, los pediatras, centros de atención de salud del niño, hospitales y lugares de atención de urgencias, para detectar posibles casos e investigarlos más a fondo.

Investigación de casos

La finalidad de la investigación de casos es:

- Comprobar la validez de los casos;
- determinar posibles fallos en el programa; e
- identificar los casos no detectados anteriormente.

Varios países que realizan una investigación sistemática de casos, han establecido comités para examinar periódicamente los informes de investigación de casos a fin de obtener información sobre casos individuales así como para evaluar las enseñanzas extraídas a partir de tendencias o aspectos específicos observados (6).

En el formulario para la investigación de casos de sífilis congénita debe recopilarse la siguiente información:

- Información de la madre
 - Nombre o identificador único
 - Fecha de nacimiento
 - Lugar de residencia
 - Otros datos demográficos pertinentes (por ejemplo, nacionalidad y grupo étnico)
 - Factores de riesgo (por ejemplo, trabajo sexual, consumo de drogas, sin hogar, enfermedades mentales)
 - Antecedentes obstétricos (por ejemplo, número de embarazos y número de nacidos vivos)
 - Atención prenatal (sí o no), trimestre en el que se realizó la primera consulta prenatal y número total de consultas prenatales

- Fecha de la primera prueba de la sífilis y edad gestacional a la que se realizó, tipos de pruebas
- Fechas y tipos de tratamiento
- Fechas y otros tipos de pruebas para la sífilis realizadas
- Otros diagnósticos pertinentes (por ejemplo, infección por el VIH)
- Tratamiento de las parejas sexuales (sí o no)
- Información del lactante o feto
 - Fecha del parto
 - Estado vital (vivo, nacido vivo y enfermo, mortinato, desconocido)
 - Fecha de defunción
 - Peso al nacer (en gramos)
 - Edad gestacional estimada
 - Prueba de la sífilis no treponémica (por ejemplo, VDRL, RPR) (sí o no)
 - Fecha de la prueba y título
 - » Fechas y otros tipos de pruebas realizadas (por ejemplo, de campo oscuro, de anticuerpos fluorescentes directos, radiografía de hueso largo, VDRL de LCR)
 - » Signos sugestivos de sífilis congénita
 - » Fechas y tipos de tratamiento

De manera análoga, en el formulario de investigación de casos de transmisión vertical del VIH debe recopilarse la siguiente información:

- Información de la madre
 - Nombre o identificador único
 - Fecha de nacimiento
 - Estado civil
 - Lugar de residencia
 - Otros datos demográficos pertinentes (por ejemplo, nacionalidad y grupo étnico)
 - Factores de riesgo (por ejemplo, trabajo sexual, consumo de drogas o de sustancias inyectables, sin hogar, enfermedades mentales)
 - Antecedentes obstétricos (por ejemplo, número de embarazos, número de nacidos vivos)
 - Atención prenatal (sí o no), trimestre en el que se realizó la primera consulta prenatal, número total de consultas prenatales
 - Fechas, edad gestacional y resultados de la primera prueba de detección del VIH, así como de las posteriores
 - Esquema de tratamiento antirretroviral y fecha de inicio
 - Estado de adherencia al tratamiento
 - Pruebas de CD4 y resultados
 - Otros diagnósticos pertinentes (por ejemplo, sífilis y tuberculosis)
 - Otros datos pertinentes (recepción de sangre o transfusión de componentes sanguíneos, trasplante de tejidos u órganos, etcétera)
 - Tipo de parto

- Información del lactante o feto
 - Nombre o identificador único
 - Lugar y fecha del parto
 - Peso al nacer (en gramos)
 - Edad gestacional estimada (a término, prematuro)
 - Tipo, fecha y duración del tratamiento recibido, ya sea como profilaxis o como tratamiento (si está infectado por el VIH)
 - Fechas, tipos y resultados de todas las pruebas de detección del VIH
 - Tipo de alimentación (leche materna, de sustitución, mixta; en caso de lactancia materna, debe especificarse el periodo)

Para completar los formularios de investigación de casos de la sífilis y de la infección por el VIH, será necesario consultar diversas fuentes de información, incluyendo las correspondientes a los datos prenatales, del parto y posnatales. Para ello será necesario contar con los recursos humanos adecuados.

VI.5. Resumen de las medidas fundamentales

- Examinar y actualizar los protocolos y los instrumentos nacionales de vigilancia y monitoreo a fin de recopilar todos los datos fundamentales y que el sistema disponga de la información necesaria.
- Explorar activamente las posibilidades de incluir el monitoreo de los indicadores de la prevención primaria en las encuestas poblacionales ya existentes.
- Introducir o fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de las defunciones fetales, a fin de garantizar que se incluyan todas las defunciones que ocurren a partir de las 20 semanas de gestación, o con un peso fetal de 500 gramos o más, y que se detalle el estado de la madre con respecto de la sífilis.
- Garantizar que haya sistemas adecuados en funcionamiento para la recopilación, el cotejo, el análisis y la difusión oportuna de la información a nivel local, regional y nacional, y que esta información se utilice para la planificación estratégica.
- Fomentar la formación de alianzas con las organizaciones del sector privado para facilitar la notificación de los datos.
- Examinar y armonizar las definiciones de casos de mortinato y de sífilis congénita para hacerlas compatibles con las definiciones internacionales.
- Crear mecanismos para la búsqueda y la investigación de nuevos casos de sífilis y de infección por el VIH en niños.

siete

Apoyo de los laboratorios

VII Apoyo de los laboratorios

Para poder aplicar la Estrategia de eliminación, es fundamental contar con un sistema nacional de laboratorios de referencia que garantice servicios de calidad a todos los niveles. Además de los servicios habituales de laboratorio para la atención prenatal, los servicios esenciales del laboratorio incluyen las pruebas de detección del VIH y de la sífilis para adultos y lactantes, pruebas de CD4 y carga viral, y pruebas de detección de otras infecciones que pudieran estar incluidas en el programa de eliminación, como las hepatitis B y C y la infección por el VTLH-1. Es indispensable que las pruebas estén disponibles en el nivel de servicios más apropiado y que se garantice su calidad, independientemente del nivel. Esto puede lograrse mediante directrices nacionales claramente definidas que describan las funciones y las responsabilidades de los diferentes niveles de laboratorios, así como el establecimiento y el cumplimiento de procedimientos normalizados de trabajo apropiados para el nivel del laboratorio. Además, el personal de laboratorio debe estar capacitado para llevar a cabo las pruebas adecuadas y cumplir con los procedimientos normalizados de trabajo, incluidas las pruebas internas y externas de garantía de la calidad, así como las pruebas de competencia.

Desde hace varias décadas existen métodos eficaces para detectar la sífilis y la infección por el VIH. En los últimos años, los métodos de diagnóstico para ambas enfermedades se han ampliado para incluir técnicas sencillas que pueden ser realizadas en el lugar donde se presta la atención, por personal no especializado, es decir, en entornos distintos a los de los laboratorios tradicionales, lo cual posibilita la entrega de los resultados el mismo día en que se llevan a cabo las pruebas (31, 50, 51). Sin embargo, para asegurar la fiabilidad de estas pruebas más sencillas, es fundamental garantizar su disponibilidad cuidando que no se produzcan desabastecimientos, que estén sujetas a un control de calidad riguroso y que se realicen en un entorno adecuado con garantía de calidad y bajo la dirección de un laboratorio nacional de referencia que funcione correctamente.

VII.1. Diagnóstico de la sífilis en adultos y lactantes

Para diagnosticar la sífilis se emplean dos tipos principales de pruebas serológicas: las pruebas no treponémicas y las pruebas treponémicas. Las primeras, que incluyen la VDRL y la RPR, detectan los anticuerpos dirigidos contra los antígenos lipoides liberados de las células anfitrionas lesionadas y posiblemente de los propios treponemas (31, 52, 53). Estas pruebas son de bajo costo y relativamente fáciles de realizar, aunque para ello es necesario contar con personal de laboratorio capacitado; funcionan con muestras de plasma en lugar de sangre, por lo que se necesita material de laboratorio tal como reactivos especializados, una centrifugadora para separar el suero y un rotador (ambos requieren electricidad) en el caso de la RPR, y un microscopio para la VDRL. Dado que las pruebas no treponémicas pueden resultar en un falso positivo biológico bajo determinadas condiciones o en presencia de ciertas infecciones (31), se recomienda confirmar los resultados positivos mediante pruebas treponémicas. A pesar de que en ocasiones las tarjetas de prueba de la RPR son utilizadas por personal no capacitado o sin experiencia, fuera de los laboratorios básicos, esta práctica no es recomendable porque normalmente la calidad de los resultados es muy mala (52, 53).

Las pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, ELISA, quimioluminiscencia, pruebas treponémicas rápidas y FTA-ABS) permiten detectar los anticuerpos dirigidos contra las proteínas de *Treponema pallidum*. Como estos anticuerpos persisten toda la vida, incluso después del suministro de un tratamiento eficaz (54), una prueba positiva podría señalar una infección anterior tratada, o una actual.

En consecuencia, es difícil emitir un diagnóstico definitivo de sífilis activa únicamente con una prueba treponémica, si no hay signos clínicos o si no se realiza una prueba no treponémica. Las pruebas treponémicas utilizadas por sí solas pueden ser útiles para la detección en ciertos entornos con una prevalencia baja de la sífilis y un riesgo elevado de consecuencias negativas si no se detectan los casos (por ejemplo, en el caso de las pruebas rápidas prenatales para prevenir la sífilis congénita). Incluso en estos entornos, lo ideal sería realizar una prueba no treponémica confirmatoria para reducir el riesgo de suministrar un tratamiento excesivo. Sin embargo, las pruebas treponémicas no son útiles para estudiar la eficacia de la terapia, ni para detectar recaídas o reinfecciones. Las pruebas treponémicas detectan los anticuerpos IgG, que atraviesan libremente la placenta y que tampoco pueden cuantificarse. Por estas razones, no pueden utilizarse para diagnosticar a los recién nacidos ni a los lactantes.

En ocasiones, las pruebas treponémicas ordinarias (no rápidas) resultan más costosas y generalmente requieren de un equipo más complejo que las pruebas no treponémicas; además, como en el caso de estas últimas, se precisa personal de laboratorio capacitado para realizarlas. Por otra parte, con excepción de la prueba de ELISA y las pruebas de quimioluminiscencia, que pueden usarse como pruebas diagnósticas automatizadas de primera línea para analizar un gran número de muestras en entornos donde los costos de mano de obra son elevados, las pruebas treponémicas se utilizan en general para confirmar los resultados positivos de las pruebas no treponémicas (55).

Dado que las pruebas treponémicas no permiten distinguir entre las infecciones activas y las infecciones pasadas tratadas, normalmente no se utilizan como herramienta de detección inicial, salvo en los laboratorios con un volumen elevado, donde se automatizan, o en situaciones que se presentan en el lugar de atención (por ejemplo, las pruebas de detección prenatal descritas anteriormente). En tales casos, lo ideal es confirmar las muestras reactivas mediante una prueba no treponémica. En los entornos de prevalencia baja, donde se esperaría que el número de personas con infecciones pasadas fuera bajo, la presencia de anticuerpos treponémicos constituiría un factor sugestivo de una infección por sífilis actual, más que de una pasada.

Pruebas rápidas para el diagnóstico de la sífilis

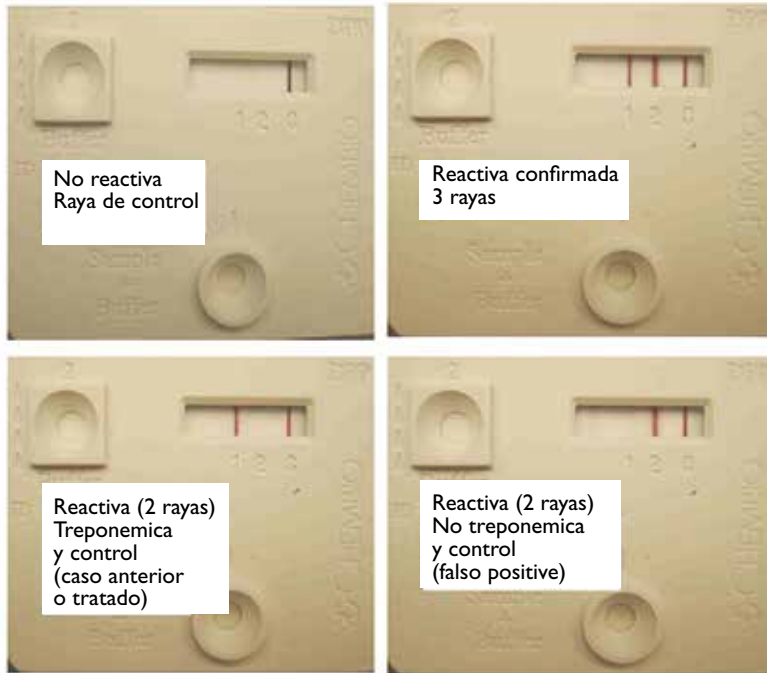
Hoy en día existen varias pruebas rápidas para el diagnóstico de la sífilis. Además de ser más económicas que otras pruebas diagnósticas, son portátiles y fáciles de usar, pueden funcionar con sangre completa, no requieren equipo ni condiciones de almacenamiento especiales y tienen sensibilidades (85% a 98%) y especificidades (92% a 98%) relativamente elevadas en comparación con las pruebas treponémicas realizadas en el laboratorio (31, 51). Pero sobre todo, los proveedores sin conocimientos técnicos especializados pueden realizar estas pruebas rápidas, obtener los resultados y proporcionar el tratamiento durante la visita al consultorio.

Las pruebas treponémicas rápidas pueden considerarse como pruebas de detección de primera línea en las zonas donde las tasas de infección son generalmente bajas, al igual que la frecuencia de las reacciones a los anticuerpos debido a infecciones pasadas. Una de sus limitaciones es que no permiten diferenciar entre las infecciones pasadas y las actuales y, por lo tanto, lo ideal es que los resultados positivos (ya sean de una prueba rápida o de laboratorio) se confirmen con una prueba no treponémica. Tratar a las embarazadas cuya prueba treponémica rápida resulte positiva puede dar lugar a un tratamiento excesivo; no obstante, dadas las graves consecuencias que tiene omitir el tratamiento para la sífilis durante el embarazo y el bajo riesgo de efectos adversos que éste conlleva, los beneficios del tratamiento superan a los posibles daños de un tratamiento excesivo (31).

Otra prueba rápida para la sífilis es la prueba dual no treponémica y treponémica, que se realiza en una sola plataforma y permite detectar y confirmar la infección con una sola punción digital.

Recuadro VII.1

Prueba dual no treponémica y treponémica para la detección de la sífilis



Existen indicios de que esta prueba es muy eficaz para detectar infecciones donde los títulos de la RPR son mayores a 1:8. La prueba dual aún no está ampliamente disponible en la Región de las Américas, pero se espera que, con el tiempo, lo esté en más zonas. Esta prueba sería de gran utilidad en la atención prenatal, en particular para las mujeres con antecedentes de sífilis tratada que hayan tenido más de un embarazo.

Otras pruebas introducidas recientemente en el mercado son dispositivos para pruebas rápidas duales que combinan la prueba del VIH y la prueba treponémica, lo cual permite detectar ambas infecciones con una sola punción digital (también son muy útiles para la atención prenatal). Las primeras evaluaciones de estas pruebas indican que tienen una sensibilidad muy elevada para el VIH y una sensibilidad menor, pero adecuada, para la sífilis. Cuando se utilizan conforme a las instrucciones de los fabricantes, su sensibilidad fluctúa entre un 85% y un 98% y su especificidad fluctúa entre el 93% y el 98%. Las pruebas rápidas de detección de la sífilis pueden adquirirse mediante el Plan de la OMS de adquisición al por mayor, por un precio de entre US\$ 0,19 y US\$ 1 (31).

Como se ha señalado, estas pruebas pueden ser muy útiles en los entornos de atención prenatal, sobre todo en aquellos donde actualmente no se realizan pruebas de detección o no se suministra un tratamiento oportuno a las mujeres que tienen resultados positivos. Las pruebas pueden realizarse en el mismo lugar donde se brinda la atención prenatal, con muestras de sangre completa obtenidas de un pinchazo en el dedo, y los resultados y el tratamiento pueden proporcionarse en una única visita. Además, pueden realizarse en todos los ámbitos de la atención sanitaria, incluso en aquellos que no disponen de electricidad, que carecen de refrigeración, o donde no hay personal de laboratorio capacitado (15,31).

Pruebas directas de detección

Además de las opciones de diagnóstico mencionadas, existen pruebas directas como la microscopía de campo oscuro, la inmunofluorescencia y la inmunocitoquímica; no se explican en la presente guía práctica porque requieren de un grado elevado de conocimientos técnicos especializados y no son particularmente relevantes para el entorno de la atención prenatal.

Diagnóstico de la sífilis congénita

Como ya se ha señalado, la transmisión materno-infantil de la sífilis in utero tiene consecuencias adversas para el embarazo en más del 50% de las infecciones maternas no tratadas (29, 56, 57), y la probabilidad y gravedad de estas consecuencias aumentan si la infección es más reciente. Las complicaciones de la sífilis materna no tratada incluyen muerte fetal en el segundo trimestre, mortinato,

mortalidad neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino y sífilis congénita en los lactantes nacidos vivos. Los estudios de observación de los lactantes que nacen con sífilis congénita, indican que éstos presentan un riesgo elevado de morbilidad y que hasta el 10% pueden morir en el primer año de vida. Una parte considerable del personal de salud desconoce que la sífilis congénita que aqueja a los lactantes, con sus manifestaciones bien reconocidas (anexo 6), representa tan sólo una fracción (cerca del 25%) de las consecuencias graves para el embarazo asociadas a la sífilis. La infección de la madre puede dar lugar a mortinato o muerte fetal a partir de las 20 semanas de gestación, y es posible que estos casos no se reconozcan como atribuibles a la sífilis.

Un diagnóstico confirmado de sífilis congénita requiere de una prueba de laboratorio para confirmar la presencia de *T. pallidum*; no obstante, actualmente pocos centros pueden realizarla. Aunque se realice, una prueba diagnóstica negativa (por ejemplo, microscopía de campo oscuro) no descarta la sífilis congénita. En la práctica, la sífilis congénita generalmente se diagnostica sobre la base de los indicios de la infección materna, determinados mediante una prueba serológica. Si bien la información sobre el riesgo y el cuadro clínico del lactante pueden ser útiles, es posible que los lactantes infectados no presenten los signos propios de la infección. Las decisiones relativas al tratamiento deben fundamentarse en la infección materna, las pruebas serológicas o los riesgos, y no solamente en el examen clínico o en los resultados de la prueba de laboratorio del lactante. El diagnóstico serológico de la sífilis congénita en los lactantes presenta algunas dificultades debido a la persistencia de los anticuerpos IgG treponémicos y no treponémicos de la madre en la sangre del lactante, hasta 15 meses después del parto. Los lactantes nacidos de mujeres seropositivas que no han recibido un tratamiento adecuado con anterioridad, deben ser tratados según los protocolos clínicos nacionales acordados (8).

Diagnóstico antes del parto y mortinatos

- Se recomienda ofrecer la prueba de detección de la sífilis a todas las embarazadas; lo ideal es realizarla al comienzo del embarazo.
- Cuando una mujer a quien no se le ha realizado la prueba de detección da a luz un mortinato, la prueba puede confirmar la infección por sífilis de la madre y facilitar su tratamiento.
- El mortinato o la muerte fetal a partir de las 20 semanas de gestación, o con un peso superior a 500 gramos debe considerarse como un caso de sífilis congénita si la madre es seropositiva para la sífilis y no ha recibido el tratamiento adecuado.

Diagnóstico de los lactantes nacidos vivos

- Los lactantes nacidos de madres con una posible infección por sífilis deben examinarse minuciosamente al nacer. Si se sospecha la presencia de sífilis congénita, las pruebas especializadas de laboratorio o radiológicas pueden confirmar el diagnóstico; sin embargo, una prueba o radiografía negativa no permite descartar la infección. Por otra parte, muchas de estas pruebas no se encuentran disponibles en todos los ámbitos.
- Las pruebas de detección directa tales como la microscopía de campo oscuro pueden utilizarse para detectar treponemas en lesiones, tejidos o secreciones (8, 36).
- Los cambios radiológicos en los huesos largos pueden ser relativamente específicos, aunque la falta de signos radiológicos no permite descartar la infección en un lactante o en un niño (36).
- Lo ideal es que la prueba serológica incluya una VDRL cuantitativa (en contraposición a la RPR) realizada con una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR), junto con un recuento de células del LCR y una cuantificación de la concentración de proteínas. Estas pruebas son más complejas y deben

llevarse a cabo en entornos hospitalarios que dispongan de laboratorios adecuadamente dotados. Los resultados de la prueba del LCR practicada durante el período neonatal pueden ser difíciles de interpretar, ya que los valores difieren según la edad gestacional. Mientras que una prueba positiva del LCR es coherente con el diagnóstico de sífilis congénita, una VDRL en el LCR negativa no permite descartar la infección (36).

- Se considera que los lactantes nacidos de madres seropositivas cuyos títulos son al menos cuatro veces mayores que los de la madre (cuando ambas muestras se someten a la prueba simultáneamente), tienen un diagnóstico de sífilis congénita (por ejemplo, si el título de la madre es de 1:8, el título del lactante debe ser superior a 1:32) (8, 36). En el caso de lactantes cuyos títulos son inferiores al cuádruple de los de su madre, debe asumirse que padecen la enfermedad, suministrarse el tratamiento adecuado y realizar las pruebas de seguimiento.

VII.2. Diagnóstico de la infección por el VIH en adultos y lactantes

Existen diversos medios de diagnóstico de la infección por el VIH para adultos y niños, entre ellos las pruebas diagnósticas de laboratorio convencionales (por ejemplo, ELISA y Western Blot) y las pruebas diagnósticas rápidas. La OMS recomienda el uso de las pruebas diagnósticas rápidas para mejorar la calidad, aceptabilidad y uso de los servicios de diagnóstico del VIH, ya que permiten entregar los resultados con mayor rapidez, no requieren de la obtención de muestras de sangre por punción venosa y pueden ser realizadas por personal ajeno al laboratorio con la capacitación y supervisión adecuadas (14, 32). En los entornos donde se lleva a cabo un número considerable de pruebas y donde los pacientes son ingresados (por ejemplo, en hospitales y en algunos servicios grandes de atención prenatal), la realización de las pruebas conforme a los métodos de laboratorio puede resultar más rentable y adecuada.

Cada país debe elegir la estrategia nacional y los algoritmos de pruebas más adecuados para su situación. El proceso de selección nacional debe basarse en consideraciones como las que siguen (32):

- El perfil de riesgo y la prevalencia de la infección en los grupos de población que se someterán a la prueba;
- el rendimiento de la prueba (sensibilidad y especificidad) así como el costo;
- la facilidad de uso (cantidad de pasos del procesamiento, conocimientos técnicos especializados y equipo necesario);
- los objetivos de la prueba (detección, confirmación, seguimiento clínico, etcétera);
- las condiciones de uso (húmeda, seca, fría, caliente);
- las condiciones de almacenamiento (temperatura, por ejemplo); y
- el período máximo de almacenamiento (un período mayor reduce la presión sobre la cadena de distribución).

- La estrategia de pruebas secuenciales consiste en realizar una prueba inicial muy sensible, seguida de una segunda prueba de especificidad muy elevada con las muestras reactivas. Puede realizarse una tercera prueba en función del resultado obtenido en la segunda y del objetivo de la prueba. Tanto la selección de las pruebas como el orden en que se efectúan (es decir, el algoritmo) son de suma importancia para el resultado final. Si las combinaciones de pruebas no se eligen cuidadosamente, los individuos pueden recibir un diagnóstico incorrecto. La OMS recomienda realizar pruebas secuenciales en la mayoría de los entornos porque es más económico, ya que la segunda prueba solo es necesaria cuando el resultado de la primera es positivo.
- En la estrategia de pruebas paralelas se utilizan simultáneamente dos pruebas diferentes para analizar las muestras. Al igual que con las pruebas secuenciales, puede realizarse una tercera prueba según los resultados de las dos primeras y el objetivo de la prueba. En los entornos de prevalencia baja, esta estrategia se recomienda solo cuando añade valor a las situaciones que exigen una decisión rápida (por ejemplo, una embarazada que llega al consultorio o al hospital para dar a luz sin haberse sometido a ninguna prueba con anterioridad). En estos casos, dos pruebas paralelas rápidas con muestras de sangre obtenidas de una punción digital proporcionarán resultados en tan solo 10 a 15 minutos.

Fuente: World Health Organization. Service delivery approaches to HIV testing and counseling (HTC): a strategic HTC programme framework. WHO, Geneva, 2012.

Los algoritmos pueden incluir solamente las pruebas diagnósticas rápidas o combinaciones de éstas con la prueba de ELISA u otros inmunoanálisis enzimáticos. La OMS recomienda que la prueba de Western Blot y otras pruebas confirmatorias se utilicen sólo para aclarar resultados no concluyentes (32). Las pruebas rápidas de detección del VIH que cumplen con las normas mínimas de precalificación de la OMS, pueden adquirirse a través del plan de adquisiciones al por mayor de las Naciones Unidas (32).

Partiendo del supuesto de que todas las pruebas de detección del VIH utilizadas tienen sensibilidades de, al menos, un 99% y especificidades de, al menos, un 98%, lo cual se traduce en un valor diagnóstico general del 99% para un resultado positivo, la OMS recomienda la siguiente estrategia de pruebas secuenciales para establecer diagnósticos en los entornos de prevalencia baja (prevalencia de la infección por el VIH menor a un 5% en el grupo de población que se someterá a la prueba) (32):

- Una primera prueba mediante un ensayo cualquiera (rápido o no rápido).
- Las muestras no reactivas se consideran negativas y se notifican como tal.
- Las muestras que son reactivas para la primera prueba deben analizarse nuevamente mediante una segunda prueba, diferente de la primera.
- En el caso de las muestras reactivas tanto para la primera como para la segunda prueba, debe realizarse una tercera prueba para confirmar los resultados.
- Si la tercera prueba no es reactiva, el resultado se considera no concluyente y la persona deberá someterse de nuevo a las pruebas al cabo de 14 días.

- Las muestras que son reactivas para la primera prueba y no reactivas para la segunda deben volver a analizarse mediante las mismas pruebas usando la misma muestra si se trata de suero o de plasma, o con una nueva muestra si se utiliza sangre completa extraída por punción digital.
- Las muestras que son reactivas para la primera prueba y no reactivas para la segunda se consideran negativas para el VIH y se notifican como tal.
- Si la primera prueba es un ensayo de detección de antígenos o anticuerpos y la segunda un ensayo exclusivamente de detección de anticuerpos, el resultado se notificará como no concluyente y la prueba deberá realizarse de nuevo con otra muestra tomada después de 14 días.

Diagnóstico de la infección por el VIH en los lactantes

La elevada tasa de mortalidad entre lactantes infectados por el VIH durante su primer año de vida hace que el diagnóstico temprano del VIH así como el inicio rápido del tratamiento de los lactantes infectados sean fundamentales. Las pruebas serológicas de laboratorio utilizadas para diagnosticar la infección por el VIH detectan la presencia de anticuerpos contra las proteínas víricas. Estas técnicas no son válidas para el diagnóstico de los recién nacidos y los lactantes menores de 18 meses, debido a la presencia de anticuerpos contra el VIH transferidos por la madre.

Las pruebas virológicas empleadas para diagnosticar la infección por el VIH en los niños son la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del ADN del VIH, la PCR del ARN del VIH (carga viral) y la detección del antígeno p24 (14, 35). Todos los lactantes nacidos de mujeres VIH-seropositivas deben someterse a la prueba, independientemente de los antecedentes de tratamiento. La OMS recomienda realizar la prueba del VIH virológica entre 4 y 6 semanas después del nacimiento o en la primera oportunidad posterior, de modo que los niños con infección por el VIH puedan comenzar el TAR. En el caso de los niños con un resultado de la prueba virológica inicial positivo, debe tomarse una segunda muestra para confirmar el resultado de la prueba inicial (14). Se recomienda repetir las pruebas para los lactantes alimentados con leche materna, seis semanas o más después de la interrupción de la lactancia (14).

PCR del ADN del VIH

- Esta prueba detecta el ADN vírico del VIH en los glóbulos sanguíneos.
- La PCR del ADN es una técnica relativamente compleja que debe realizarse en laboratorios.
- La sincronización de las pruebas virológicas concuerda con el inicio del calendario de vacunación normal, y esta vinculación puede mejorar el seguimiento de los lactantes.
- Existen formas de garantizar el acceso a la prueba de PCR del ADN, en particular en entornos con recursos limitados; por ejemplo, el uso de gotas de sangre seca para recoger, empaquetar, enviar y analizar las muestras, se ha estandarizado y actualmente se pone en práctica en todo el mundo.

PCR del ARN del VIH (determinación de la carga viral del VIH)

- La determinación de la carga viral, o detección de la cantidad de ARN vírico en el plasma, proporciona una medida cuantitativa de la presencia del VIH en la sangre.
- La determinación de la carga viral se utiliza principalmente para supervisar la respuesta al tratamiento con antirretrovirales; también puede utilizarse para diagnosticar a los lactantes, pero

sólo debe realizarse después de las seis semanas de edad, cuando se discontinúa la profilaxis con antirretrovirales para reducir la transmisión materno-infantil (35).

Prueba ultrasensible de detección del antígeno p24 del VIH

- Esta prueba detecta las proteínas víricas en sangre.
- Para diagnosticar a los lactantes debe usarse exclusivamente la versión ultrasensible de la prueba (35).

Las directrices de la OMS (14, 35) explican con mayor detalle el diagnóstico de la infección por el VIH en los lactantes.

VII.3. Seguimiento del tratamiento

Las pruebas de laboratorio utilizadas para el monitoreo del tratamiento antirretroviral son el recuento de células CD4 y la determinación de la carga viral; la OMS recomienda esta última como método preferido de seguimiento para diagnosticar y confirmar el fracaso del tratamiento antirretroviral. Si la determinación de la carga viral no está disponible habitualmente, debe recurrirse al recuento de CD4 y a la supervisión clínica para determinar el fracaso del tratamiento (14).

La determinación de la carga viral, o detección del ARN vírico en el plasma, proporciona una medida cuantitativa de la presencia del VIH en la sangre. Esta prueba puede utilizarse para vigilar el tratamiento y la atención de las embarazadas infectadas por el VIH y sus parejas. El resultado de esta prueba se expresa como el número de copias del VIH que hay en un mililitro de sangre.

Simplificación de las pruebas para determinar la competencia

Recuadro VII.3

Las pruebas para determinar la competencia son una parte importante de las estrategias externas de garantía de la calidad. Tradicionalmente los tribunales de evaluación de la competencia utilizan muestras de suero o de plasma que deben cumplir condiciones estrictas de almacenamiento y transporte, incluida una cadena de frío.

Los CDC brindan apoyo para preparar muestras secas en tubo, que no requieren una cadena de frío y son estables durante al menos un mes.

La experiencia sobre el terreno indica que las muestras secas en tubo pueden simplificar los programas externos de garantía de la calidad y permitir la expansión de las pruebas rápidas de detección del VIH a lugares remotos.

Fuente: Parekh BS, Anyanwu J, Patel H, et al. Dried tube specimens: a simple and cost-effective method for preparation of HIV proficiency testing panels and quality control materials for use in resource-limited settings. *J Virol Methods* 2009;163(2):295–300.

VII.4. Control, garantía y gestión de la calidad de las pruebas del VIH y de la sífilis

Todas las pruebas de detección del VIH y de la sífilis que se realizan en el sitio donde se brinda la atención y en los laboratorios, deben efectuarse bajo estrictas condiciones de control y garantía de la calidad, a fin de garantizar su exactitud y reproducibilidad (58). Todos los niveles de la red de prestación de servicios (laboratorios y lugares donde se ofrecen las pruebas) tienen responsabilidades relacionadas con la creación y el mantenimiento de las condiciones de calidad.

Responsabilidades de los centros del nivel central (preferentemente laboratorios centrales de salud pública)

- Formulación de políticas nacionales y procedimientos normalizados de trabajo para las pruebas de detección del VIH y de la sífilis, incluyendo directrices sobre su selección y uso apropiado.
- Nombramiento de un punto focal nacional para la calidad (una entidad o un gerente de calidad).
- Establecimiento de un sistema para garantizar que todas las pruebas y los algoritmos se evalúen y validen antes de su puesta en funcionamiento.
- Establecimiento de un sistema para autorizar y acreditar los lugares que ofrecen las pruebas.
- Creación de un mecanismo para garantizar el desarrollo de programas de capacitación eficaces y que el personal que realiza las pruebas, incluido el personal ajeno a los laboratorios, esté capacitado y certificado, además de sujeto a evaluaciones periódicas de competencia.
- Supervisión de la formulación, la puesta en práctica y el monitoreo de los planes de calidad por parte de los laboratorios, y aplicación de los requisitos de seguridad.
- Mantenimiento de sistemas de adquisición eficaces y rentables para asegurar la disponibilidad constante de los reactivos y los suministros.
- Establecimiento de disposiciones eficientes y eficaces relativas al mantenimiento de los equipos para garantizar su funcionamiento óptimo e ininterrumpido.
- Inventario de las existencias que serán distribuidas por el programa nacional, y puesta a prueba de cada lote frente a muestras control para evaluar su calidad.
- Supervisión de las estrategias de pruebas de competencia en los laboratorios locales.

Responsabilidades de los centros locales donde se realizan las pruebas (centros de salud y laboratorios)

- Designar a un funcionario competente para que sea el responsable de las operaciones de calidad que se llevan a cabo en el centro, y que tenga autoridad para tomar y ejecutar decisiones pertinentes, consultando oportunamente con los responsables de la toma de decisiones importantes.
- Garantizar que el personal está adecuadamente capacitado y certificado, así como la existencia de sistemas apropiados para verificar periódicamente su competencia, incluida una capacitación sólida basada en competencias que asegure la capacidad del personal de ejercer de manera eficaz.

-
- Garantizar que el personal que realiza las pruebas conoce los procedimientos normalizados de trabajo y los utiliza de forma sistemática en la realización cotidiana de las pruebas.
 - Cumplir con los requisitos en materia de validación, control de calidad, garantía de la calidad, confidencialidad, seguridad y registros, según se describen en los procesos normalizados de trabajo correspondientes.
 - Supervisar de manera continua y eficaz al nuevo personal a través de mecanismos de control documentados.
 - Evaluar al personal encargado de la supervisión del centro con ayuda de una lista estructurada de control del seguimiento, y cumplimiento oportuno de las medidas correctivas acordadas, incluyendo intervenciones de actualización profesional, de ser necesario.
 - Gestionar de manera eficaz el control del inventario para garantizar un suministro constante de reactivos y otros bienes consumibles, y limitar la escasez de reactivos o las pérdidas de reactivos caducados.
 - Utilizar exclusivamente los estuches y pruebas de detección del VIH y de la sífilis autorizados o aprobados en el plano nacional.
 - Cumplir con los requisitos establecidos para el mantenimiento del equipo a fin de garantizar la seguridad de las prácticas, el funcionamiento continuo y óptimo del equipo, así como la reducción del tiempo en que se encuentra inactivo el mismo.
 - Cumplir las actividades de control de los procesos, incluyendo el uso exclusivo de pruebas o algoritmos evaluados o validados; la observancia rigurosa de los procesos normalizados de trabajo (establecidos por escrito) en todos los aspectos de la realización de las pruebas; el uso continuo de materiales internos de control de la calidad; la participación en las pruebas de competencia o en los programas externos de garantía de la calidad; la documentación de la información sobre el control de calidad y las pruebas, y el mantenimiento de registros según sea necesario.
 - Realizar periódicamente encuestas de satisfacción y responder de manera oportuna a las inquietudes de los clientes.

VII.5. Resumen de las medidas fundamentales

- Examinar y optimizar las prácticas de realización de las pruebas para reducir al mínimo el tiempo necesario para diagnosticar la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas, y realizar las pruebas en el lugar de atención cuando sea factible y apropiado.
- Examinar las prácticas de realización de las pruebas de la sífilis para garantizar el uso de algoritmos adecuados para la detección de anticuerpos no treponémicos y treponémicos.
- Actualizar las prácticas de diagnóstico de los lactantes para garantizar el diagnóstico temprano y eficaz mediante la prueba de PCR a los seis meses de edad.
- Fortalecer los sistemas de adquisición para garantizar la disponibilidad ininterrumpida de los suministros de las pruebas.
- Garantizar la exactitud de los resultados de las pruebas mediante la implantación de medidas eficaces de supervisión, incluyendo la designación de encargados de calidad, supervisión, pruebas de evaluación de la competencia y otras medidas de control de la calidad, en todos los niveles de la red de laboratorios y en los lugares donde se brinda la atención (ámbitos ajenos al laboratorio).

ocho

Temas transversales

VIII Temas transversales

VIII. I. Integración del género, los derechos humanos y otros determinantes sociales

El género se refiere a las normas sociales, los valores y las expectativas con respecto a las funciones, los deberes, los derechos, las responsabilidades y la situación de las mujeres y los hombres (59). La dinámica de género tiene especial importancia en el contexto de la Iniciativa para la Eliminación de la TMI, porque influye en la capacidad de las mujeres y de los hombres para adoptar prácticas sexuales de menor riesgo y para tomar decisiones sobre cuestiones reproductivas. Los estudios indican que las parejas de las mujeres influyen en su participación en los servicios de atención prenatal y en las pruebas de detección del VIH, así como en su adherencia al tratamiento antirretroviral (25). Las parejas también desempeñan un papel crucial en la protección de la salud del feto. La integración de las cuestiones relativas al género requiere un estudio minucioso de cómo las normas de género, los valores y las expectativas predominantes influyen en cada etapa del programa, incluyendo la prevención primaria, la planificación familiar, la atención prenatal, las pruebas y el tratamiento de la infección por el VIH y de la sífilis, y el seguimiento de los lactantes expuestos y sus madres (60).

Los esfuerzos para movilizar la participación de los hombres deben adaptarse a las diversas modalidades y dimensiones de las relaciones entre los hombres y las mujeres en la comunidad, incluidas las uniones civiles y de derecho común, las relaciones concurrentes y secuenciales múltiples, y otros tipos de relaciones comunes. En el caso de las embarazadas infectadas por la sífilis, la identificación y el tratamiento de sus parejas sexuales son particularmente importantes para prevenir la reinfección.

Los derechos humanos son garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos contra acciones que interfieren con las libertades fundamentales y la dignidad humana; entre ellos están el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, el derecho a la privacidad y el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (61). El derecho a la salud incorpora cuatro elementos esenciales: a) garantizar la disponibilidad de un número suficiente de establecimientos, servicios y productos de salud; b) garantizar la accesibilidad física, económica y cultural de los servicios para todos; c) garantizar la aceptabilidad de los servicios y los programas, en particular con relación a las normas culturales y las creencias; y d) garantizar la calidad adecuada de los servicios (62).

La integración de los derechos humanos también implica que las autoridades sanitarias, los directores de programas y los proveedores de servicios garanticen la libertad de elección y la protección de la autonomía, la confidencialidad y el consentimiento informado de forma equitativa para todos y en todo momento.

Un aspecto importante del género y los derechos humanos se refiere a abordar la violencia infligida por el compañero íntimo en el contexto de los esfuerzos de eliminación de la TMI. Este tipo de violencia afecta profundamente al bienestar físico, sexual, reproductivo, emocional, mental y social de las personas, además de aumentar el riesgo de que se produzcan consecuencias negativas para la salud, tales como embarazos no deseados, infección por el VIH e ITS y problemas de salud mental.

Abordar la violencia infligida por el compañero íntimo en los entornos de atención de salud

Recuadro VIII. I

Prevención primaria:

- Promover la tolerancia cero hacia la violencia en la comunidad
- Mantener la confidencialidad
- Incorporar las valoraciones del peligro a la prestación de los servicios
- Derivar a otros servicios

Prevención secundaria:

- Preguntar sistemáticamente a las clientas si viven situaciones de violencia
- Apoyar la creación de planes de seguridad
- Proporcionar servicios de asesoramiento y terapia
- Proporcionar anticonceptivos de emergencia, profilaxis posexposición y profilaxis de ITS
- Derivar a otros servicios

Prevención terciaria:

- Derivar a los servicios especializados para la atención a largo plazo

Fuente: Pan American Health Organization. Integration of gender and human rights in HIV and sexual and reproductive health services: training for health care providers. PAHO, Washington, D.C., 2013.

El cuadro VIII. I proporciona un panorama de las medidas que pueden adoptarse para integrar cuestiones relativas al género y a los derechos humanos a la Estrategia de eliminación de la TMI.

Integración de cuestiones relativas al género y los derechos humanos a la Estrategia para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita

Cuadro VIII. I

Esfera de acción	Ejemplos
Fomento de un entorno propicio	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal sanitario en materia de género y derechos humanos • Garantizar el compromiso y la capacidad del personal sanitario y las sociedades profesionales de aplicar sistemáticamente los principios de derechos humanos, incluyendo la confidencialidad, el consentimiento informado, la autonomía y la divulgación apropiada de la información • Adoptar medidas para reducir el estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH en los entornos de atención a la salud • Garantizar que en la educación y formación de las enfermeras, los médicos y otros proveedores de atención sanitaria se incluya orientación actualizada sobre la integración adecuada de género y derechos humanos en los servicios relacionados con la salud maternoinfantil y el VIH/ITS

Cuadro VIII.1 (Continuación)

Esfera de acción	Ejemplos
Participación masculina	<ul style="list-style-type: none"> • Recaltar durante las campañas de movilización comunitaria la importancia de la participación de la pareja sexual en la protección de la salud del feto • Incluir a la pareja sexual en la orientación sobre la reducción de los riesgos que se ofrece en los entornos de atención prenatal • Hacer partícipes a los hombres de la creación de un entorno de tolerancia cero hacia la violencia infligida por el compañero íntimo • Promover activamente la realización de las pruebas de detección del VIH y de la sífilis entre las parejas sexuales y ofrecer vínculos con los servicios de atención a la salud de los hombres • Proporcionar tratamiento para la sífilis a las parejas sexuales de las embarazadas
Prevención primaria y fomento de la salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar que los mensajes de prevención transformen la perspectiva de género, al representar a los hombres como modelos positivos a emular que tienen comportamientos sexuales responsables y respetan a las mujeres, y a las mujeres como personas que participan por igual en las decisiones sobre salud sexual y reproductiva • Ejecutar y promover programas que confieran autonomía y poder de decisión a las niñas • Proporcionar a las mujeres infectadas por el VIH, a las parejas VIH-seropositivas y a las parejas serodiscordantes servicios adecuados de salud sexual y reproductiva, a fin de facilitar la toma de decisiones fundamentada con respecto a la salud sexual, las prácticas sexuales de menor riesgo y la maternidad
Atención prenatal y pruebas de detección, tratamiento y seguimiento de la infección por el VIH y la sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer orientación a las parejas sobre las pruebas de detección del VIH, la divulgación del estado con respecto a la infección por el VIH y la planificación familiar • Incluir la detección de la violencia infligida por el compañero íntimo en los servicios de atención prenatal, prestar ayuda a la hora de planificar las medidas de seguridad y derivar a las mujeres que se enfrentan a este tipo de violencia a servicios más especializados • Determinar los obstáculos, por razón de género, a los que pudieran enfrentarse las mujeres a la hora de comunicar su estado con respecto a la infección por el VIH, así como otros factores que pudieran influir en el acceso a los servicios y la adherencia al tratamiento • Incluir a las parejas de las mujeres en las conversaciones y en la toma de decisiones sobre el seguimiento para los lactantes expuestos

Otros determinantes sociales de la salud

Además del género, otros determinantes sociales como el grupo étnico, el nivel educativo, el empleo y la pobreza, también influyen en la vulnerabilidad a la infección por el VIH y las ITS, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y su aceptación, y el acceso a los servicios relacionados con el tratamiento y la atención de la infección por el VIH y las ITS. Los programas deben garantizar que los servicios lleguen a los grupos más vulnerables y que estos determinantes sociales se aborden en el diseño de los programas.

Lo anterior incluye garantizar que los sistemas de atención sanitaria se fundamenten en los principios de equidad, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y que cumplan su función de rectoría a la hora de promover y asegurar que las políticas y medidas de otros sectores mejoren la equidad en salud. Entre las medidas que pueden adoptarse en este contexto, están las siguientes:

- La recopilación y el análisis de los datos sobre la cobertura y los resultados, desglosados por sexo, grupos de edad, grupo étnico y ubicación geográfica, para facilitar la identificación de las desigualdades en el acceso, la utilización y los resultados de los servicios y programas;
- el fomento y la formulación de políticas de protección social, incluidas las relacionadas con el acceso a la atención de la salud entre los grupos más vulnerables; y
- el fomento de los programas que aumentan las oportunidades educativas y confieren autonomía y poder de decisión a los grupos de población clave, entre los que se encuentran las mujeres jóvenes y las minorías étnicas.

El Proyecto de Atención Obstétrica Gratuita en Haití “*Soins Obstetricaux Gratuits*”

Recuadro VIII.2

El número de defunciones maternas y neonatales en Haití es de los más elevados de la Región de las Américas. Un estudio del 2007 reveló que el 76% de las mujeres del Departamento Meridional de Haití indicaron que optarían por dar a luz en su hogar, en lugar de en un establecimiento de salud, debido a la falta de dinero. El Proyecto de Atención Obstétrica Gratuita (*Soins Obstetricaux Gratuits*) se concibió para aumentar la utilización de los servicios obstétricos mediante un conjunto de intervenciones que incluían pagar a los establecimientos de salud por servicios relacionados con el embarazo, el nacimiento y el posparto; el reembolso de los costos de transporte a las embarazadas, y el pago a las parteras tradicionales que acompañan a las embarazadas a los centros de salud para que den a luz. El proyecto también prestó apoyo para la rehabilitación de centros de salud, la capacitación de los proveedores de atención sanitaria y la provisión de suministros médicos y medicamentos esenciales.

Las consultas prenatales aumentaron de tres a seis veces en las zonas en las que el programa se puso en marcha. La cobertura de partos en centros de salud aumentó un 26,5% en Haití y las complicaciones de salud disminuyeron considerablemente en las zonas en las que se ejecutó el programa.

Fuente: World Health Organization. Free obstetric care in Haiti: making pregnancy safer for mothers and newborns. WHO, Geneva, 2010.

VIII.2. Comunicación, movilización social y medios de difusión

Los países han logrado progresos considerables en el establecimiento y la ampliación de los servicios; no obstante, será necesario que adopten medidas estratégicas y sostenidas para lograr las metas de eliminación. Para ello, será necesario el compromiso y la participación de diversas partes interesadas, como los responsables de elaborar las políticas, los directores de programas, los proveedores de servicios, las embarazadas y sus parejas, y la comunidad. Asimismo, cabe señalar que a medida que los países amplíen la cobertura de los servicios esenciales, será necesario que concentren y redoblen sus esfuerzos para atraer y llegar hasta los grupos vulnerables tales como los adolescentes, los migrantes, los consumidores de drogas y las mujeres sin hogar. Se precisarán esfuerzos de movilización y comunicación bien definidos y estratégicos que aprovechen plenamente los medios de difusión, los socios comunitarios y otros posibles intermediarios.

Existen diversas estrategias de comunicación en salud para apoyar y hacer partícipes a los individuos, las comunidades y los profesionales de la salud. Tres de ellas son la promoción, la movilización social y la inculcación de cambios de comportamiento.

- 1. La promoción** tiene como fin informar y motivar a los interesados directos que ocupan puestos de liderazgo y de toma de decisiones (por ejemplo, los dirigentes políticos, comunitarios y del sector privado) para que apoyen una medida concreta. En este sentido, los objetivos de las actividades de promoción son proporcionar a estos interesados directos información sobre:
 - Las esferas que precisan cambios fundamentales para lograr las metas de eliminación (por ejemplo, finanzas, legislación, política, institucional);
 - cómo pueden ayudar a realizar estos cambios; y
 - cómo pueden apoyar o defender públicamente la Iniciativa de Eliminación.
- 2. La movilización social** consiste en lograr que las instituciones, redes comunitarias y organizaciones sociales, religiosas y demás organizaciones locales, movilicen a sus miembros, así como sus recursos, para fortalecer la participación a nivel local. Las actividades de movilización social pueden incluir la celebración de ferias comunitarias, la inclusión del tema en el programa de las reuniones organizadas por o para los grupos y las asociaciones profesionales, la organización de reuniones comunitarias o de movilización con grupos específicos, y la utilización de los medios de comunicación para difundir las actualizaciones, los informes de situación, los logros, los retos y otros mensajes pertinentes.
- 3. La inculcación de cambios de comportamiento** tiene por objetivo educar, motivar y apoyar los cambios de comportamiento de los individuos y los grupos para lograr las metas de eliminación. Mediante una combinación de comunicación mediática, grupal e interpersonal, se persiguen objetivos de comportamiento específicos. A la hora de desarrollar esta estrategia de comunicación, deben tomarse en consideración los siguientes elementos:
 - Los comportamientos que es necesario modificar para obtener los resultados deseados en materia de salud (por ejemplo, asistencia temprana a la atención prenatal, suministro de tratamiento para la infección por el VIH y la sífilis a las parejas de las embarazadas, adherencia al TAR entre las embarazadas, uso de condones entre las personas en edad reproductiva);
 - los factores subyacentes (favorables, de refuerzo, predisponentes) que influyen en estos comportamientos; y
 - la manera de fomentar un entorno propicio para lograr y conservar la salud sexual y reproductiva y el bienestar, incluidas las prácticas sexuales de menor riesgo antes y durante el embarazo, la prevención de embarazos no planificados, la asistencia temprana a los servicios de atención prenatal y la aceptación de los servicios de atención y tratamiento en los casos de infección por el VIH o ITS antes y durante el embarazo.

Los planes de acción nacionales deben incluir estrategias de movilización social y comunicación, así como recursos para ponerlas en práctica. Las estrategias y los mensajes deben basarse en el contexto local, la relevancia de las metas de eliminación para cada grupo de interesados directos y las medidas previstas o requeridas de cada grupo. En el cuadro VIII.2 se ofrece un panorama de los grupos de interesados directos clave y de las medidas propuestas para cada grupo. Se recomienda que los países realicen un análisis de las partes interesadas para orientar sus actividades de promoción y las estrategias de comunicación.

Resumen de las medidas de comunicación y movilización social propuestas

Cuadro VIII.2

Grupo de interesados directos	Medidas necesarias para acelerar el progreso
Los responsables de las políticas y los dirigentes nacionales (incluidos los miembros del parlamento, las primeras damas, etcétera)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar un entorno propicio y favorable para la aplicación eficaz de la Estrategia de eliminación • Garantizar el apoyo económico suficiente para la ampliación rápida y sostenible de los servicios y programas esenciales de prevención, tratamiento y atención • Proporcionar liderazgo y apoyo público en los niveles nacional y comunitario para las actividades de eliminación
Directores de programas	<ul style="list-style-type: none"> • Dar prioridad a la Estrategia de eliminación • Reorganizar los servicios para facilitar la disponibilidad, el acceso y la calidad óptimas del conjunto integrado de servicios • Introducir procedimientos normalizados de trabajo compatibles con la orientación mundial y regional, y supervisar su ejecución • Proporcionar capacitación y apoyo a los proveedores de servicios a fin de que presten servicios de calidad • Garantizar la integración y armonización eficaces de los programas y servicios • Garantizar la distribución eficaz de los suministros
Proveedores de atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar un compromiso para lograr las metas de eliminación • Prestar servicios de apoyo libres de prejuicios que alienten a las mujeres a regresar al seguimiento • Implantar procedimientos normalizados de trabajo de calidad • Participar en las oportunidades de capacitación disponibles
Grupos profesionales y asociaciones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores sanitarios legos	<ul style="list-style-type: none"> • Movilizar el apoyo y la participación de los miembros y grupos profesionales • Crear o actualizar programas de formación y perfiles de competencias de acuerdo con las directrices y los requisitos programáticos y técnicos actuales
Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar prácticas sexuales de menor riesgo para prevenir la infección por el VIH y la sífilis durante el embarazo • Iniciar tempranamente la atención prenatal • Aceptar las pruebas del VIH y de la sífilis para sí mismas y para sus parejas sexuales durante el embarazo • Cumplir con el tratamiento cuando los resultados de las pruebas de detección del VIH o de la sífilis son positivos
Parejas sexuales de las embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar la prueba de detección del VIH y el tratamiento de la sífilis si la pareja presenta serología positiva para la sífilis • Adoptar prácticas sexuales de menor riesgo para evitar que la pareja y el feto contraigan el VIH y la sífilis
Personas en edad reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir la infección por el VIH y la sífilis en el contexto de la salud pregestacional • Procurar hacerse la prueba del VIH y de la sífilis antes de la concepción • Buscar y utilizar los servicios de planificación familiar
Mujeres infectadas por el VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar y utilizar los servicios de planificación familiar para prevenir los embarazos no deseados y no planificados • Seguir el tratamiento para mejorar el estado de salud y proteger al feto
ONG y organizaciones comunitarias (grupos de mujeres, grupos de hombres, organizaciones de personas infectadas por el VIH, organizaciones religiosas, clubes de servicio, grupos de jóvenes, etcétera)	<ul style="list-style-type: none"> • Movilizar a la comunidad en torno a la maternidad sin riesgo y la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita • Respaldar las actitudes y normas saludables y propicias de la comunidad y contrarrestar las normas sociales nocivas relacionadas con la infección por el VIH y las ITS, el género, la maternidad y la atención a la salud

Cuadro VIII.2 (Continuación)

Grupo de interesados directos	Medidas necesarias para acelerar el progreso
Medios de difusión	<ul style="list-style-type: none"> • Dar cobertura mediática gratuita a la Iniciativa de Eliminación • Contribuir a la educación de las comunidades en materia de prevención primaria de la infección por el VIH y las ITS entre las personas en edad reproductiva, el inicio oportuno de la atención prenatal y la importancia del tratamiento y la atención de la infección por el VIH y la sífilis durante y después del embarazo • Movilizar a la comunidad para que participe en las actividades de eliminación

VIII.3. Coordinación y ejecución

En la resolución CD50.R12 (1) se insta a los países a que den prioridad a la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita mediante la concepción y ejecución de planes nacionales, el fomento de la recopilación y utilización de los datos, y el mejoramiento de la coordinación en el sector de la salud y con participantes de otros sectores.

Punto focal del país

Para concretar la función de coordinación se recomienda que los países designen un punto focal, preferentemente un equipo de coordinación (comité, grupo de trabajo), que reúna a los representantes de las áreas programáticas fundamentales destacadas en el marco estratégico y en la presente guía práctica, incluida la salud maternoinfantil, la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH y las ITS, la salud de los adolescentes y la vigilancia y el seguimiento. Las funciones principales de este equipo serían facilitar la formulación, la evaluación periódica y la actualización del plan nacional, además de supervisar su ejecución y coordinar la notificación interna y externa.

Cuadro VIII.3

Elementos básicos de las estrategias y los planes nacionales de ejecución

<ul style="list-style-type: none"> • Línea basal y metas (metas finales y metas intermedias progresivas) • Estructuras y mecanismos de coordinación y supervisión • Actividades fundamentales para cada línea de acción, con entidades responsables básicas • Apoyo de los laboratorios • Estrategia de comunicación • Plan de seguimiento y vigilancia (incluyendo indicadores, las fuentes de los datos, las estrategias de recopilación de los datos, las entidades responsables, el calendario de notificación, etc.) • Presupuesto
--

Plan de acción

Como ya se ha mencionado, la evaluación de mitad de período y la presente guía práctica ofrecen a los países la posibilidad de elaborar o de actualizar sus planes de acción; los componentes fundamentales de los planes nacionales también se han descrito con anterioridad.

Los planes de los países que consideren haber logrado las metas de eliminación, deben centrarse en medidas para mantener los logros y prepararse para la validación, lo cual incluye cerciorarse de que se han implantado los componentes fundamentales del proceso de validación, a saber:

- Un sistema funcional de seguimiento, monitoreo y de vigilancia a nivel nacional y local;
- datos de los niveles nacional y subnacional sobre los indicadores básicos, compilados durante, al menos, dos años y accesibles a un equipo externo para que realice la validación;
- programas y servicios claramente definidos, ejecutados de una manera compatible con los derechos humanos básicos y las consideraciones relativas a la equidad; y
- datos que prueben la sostenibilidad de los programas y servicios.

VIII.4. Resumen de las medidas fundamentales

- Capacitar a los proveedores de servicios en materia de género y de derechos humanos.
- Fomentar un ambiente de tolerancia cero hacia la violencia de género.
- Lograr que las parejas sexuales participen activamente en los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención, para proteger la salud del feto.
- Establecer mecanismos para la supervisión y el monitoreo del cumplimiento de los principios de los derechos humanos tales como la autonomía, la confidencialidad y el consentimiento informado.
- Recopilar y analizar los datos desglosados por sexo, grupos de edad, grupo étnico y ubicación geográfica para identificar y abordar las inequidades.
- Defender y apoyar los programas ajenos al sector de la salud que confieren autonomía y poder de decisión a las adolescentes y a otros grupos vulnerables, y que reducen su vulnerabilidad.
- Realizar un análisis de las partes interesadas y establecer una estrategia de comunicación y movilización social.
- Establecer o actualizar los mecanismos de coordinación y planes de acción nacionales de acuerdo con las directrices mundiales y regionales actuales, y aplicando las enseñanzas extraídas a partir de la evaluación de mitad de período.

nueve

Validación del logro de las metas de eliminación

IX

Validación del logro de las metas de eliminación

IX.1. El proceso de validación

La validación del logro de las metas de eliminación se llevará a cabo por países. Los países iniciarán el proceso de validación mediante la presentación de un informe nacional y una solicitud formal a la OPS/OMS que, junto con UNICEF, actuará como la secretaría regional para la validación. Las evaluaciones de validación estarán a cargo de equipos de expertos. La verificación y confirmación definitivas de la eliminación se completarán mediante los mecanismos mundiales facilitados por la OMS.

Los países candidatos a la validación del logro de las metas de eliminación deben reunir las siguientes condiciones:

1. Datos probatorios que indiquen: **a) haber logrado las metas de eliminación** durante al menos **dos** años; **b) haber logrado estas metas** en al menos una de las unidades administrativas subnacionales de menor desempeño; y **c) haber cumplido los objetivos programáticos** durante al menos dos años.
2. La existencia de **un sistema funcional de vigilancia y monitoreo** de alcance nacional (que incluya tanto al sector público como al privado) que sea lo suficientemente sensible para detectar todos los casos de transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis, e incluya:
 - la vigilancia de la atención prenatal;
 - la vigilancia activa de las embarazadas con serología positiva para el VIH o la sífilis;
 - el seguimiento activo de todos los lactantes expuestos al VIH o a la sífilis hasta que pueda establecerse un diagnóstico definitivo; y
 - la búsqueda e investigación activa de casos de infección por el VIH y de sífilis congénita en los niños de menos de tres años de edad.
3. La existencia de una **red nacional de laboratorios adecuada**, que cuente con mecanismos para garantizar la fiabilidad de los resultados de las pruebas e incluya:
 - el diagnóstico de la infección por el VIH (adultos, niños y lactantes);
 - el diagnóstico de la sífilis (adultos y niños);
 - el recuento de CD4; y
 - la determinación de la carga viral.
4. Datos que evidencien la existencia de los sistemas de salud esenciales y la **capacidad programática** para mantener las metas de eliminación.

Se establecerá un comité regional de validación para coordinar y supervisar la validación de cada uno de los países, y la OPS/OMS y UNICEF prestarán su apoyo como secretaría para el proceso de validación.

Las evaluaciones de validación estarán a cargo de equipos de expertos externos, bajo la supervisión del Comité Regional de Validación, que establecerá una nómina de expertos reconocidos regional y mundialmente, y que podrán asignarse a los equipos de validación.

El proceso de validación comprenderá las siguientes etapas:

- 1. Solicitud de validación:** el ministerio de salud del país inicia el proceso de validación con la presentación de una solicitud formal y un informe del país que contenga los datos sobre el conjunto de indicadores acordados a escala regional, es decir, indicadores de impacto, de los productos y de los resultados; abarque un mínimo de tres años consecutivos, y describa la estructura y las funciones del programa nacional, incluido el sistema de vigilancia. En el anexo 7 se presenta un esquema propuesto del informe del país. Se recomienda a los países crear un comité nacional de validación que coordine la elaboración del informe del país y actúe como contraparte del equipo externo de validación.
- 2. Etapa de prevalidación:** con la presentación del informe del país se inicia la etapa de prevalidación, que comprende lo siguiente:
 - A. Examen del informe del país.** El Comité Regional de Validación examinará el informe del país, solicitará aclaraciones o más información, según sea necesario, y establecerá un equipo de validación.
 - B. Visita de prevalidación al país.** Si es necesario, se realizará una misión preliminar al país para obtener mayores detalles y determinar si está preparado para la evaluación de validación formal. El Comité Regional de Validación determinará si esta visita es necesaria.
 - C. Recomendación.** Sobre la base de los resultados de la etapa de prevalidación, el Comité Regional de Validación decidirá si se lleva a cabo una evaluación de validación completa. Si el Comité recomienda postergar la evaluación, deberá justificar claramente su decisión y proporcionar recomendaciones a las autoridades nacionales con respecto a los ámbitos y cuestiones que deben abordarse antes de la validación.
- 3. Validación:** la evaluación de validación consta de cuatro elementos básicos, a saber: evaluación del sistema de vigilancia, evaluación de la red de laboratorios, comprobación del logro de las metas y los objetivos de eliminación, y evaluación de los sistemas de salud y de la capacidad programática necesaria para mantener las metas.
 - A. Comprobación del logro de las metas de eliminación.** Se determinará la fiabilidad de los denominadores y numeradores utilizados para calcular las metas de eliminación. Para llegar a una conclusión con respecto a la fiabilidad de las cifras notificadas, se exigirá la comprobación del carácter integral y la fiabilidad de las fuentes de los datos de los denominadores, la triangulación de los datos notificados con otras fuentes y la comprobación de las definiciones de caso y los algoritmos de diagnóstico.
 - B. Evaluación del sistema de vigilancia.** Se evaluará el diseño del sistema y el carácter integral, la calidad y la representatividad de los datos.
 - C. Evaluación de la red de laboratorios.** Se determinará si existe una red de laboratorios adecuada para apoyar los servicios esenciales. La red debe disponer de fondos suficientes y personal capacitado, algoritmos y mecanismos de garantía de la calidad fiables, tiempos razonables de entrega de los resultados confirmados de las pruebas, mecanismos de suministro de los laboratorios y un sistema funcional de gestión de la información de los laboratorios.

D. Evaluación de los sistemas de salud y de la capacidad programática necesaria para mantener las metas de eliminación.

- Examen de los componentes programáticos relacionados con la Iniciativa de Eliminación, entre ellos la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis; los servicios de atención prenatal; las pruebas de detección, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH y la sífilis para las embarazadas infectadas, sus bebés y sus parejas sexuales desde la perspectiva del sistema de salud.
- Examen del entorno general del sistema de salud, basado en los componentes fundamentales de la OMS (liderazgo y gobernanza, financiación de los sistemas de salud, prestación de servicios, personal sanitario, productos y tecnologías médicas y sistemas de información sanitaria) y su interacción con los componentes programáticos.
- Examen de la cobertura de los servicios para los grupos de población de mayor riesgo, incluyendo migrantes, poblaciones móviles, indígenas y jóvenes.
- Examen de las cuestiones transversales como el género, los derechos humanos, la diversidad étnica y cultural, y otros determinantes sociales de la salud importantes para el logro y la sostenibilidad de las metas de eliminación.

El tiempo previsto para completar todo el proceso de validación una vez que el país presenta su informe, es de 6 a 12 meses, dependiendo del tamaño del país y del alcance de la evaluación.

La metodología de validación se aplicó a modo de prueba piloto en Santa Lucía y Chile; los resultados mostraron que, dada su integralidad y sensibilidad, permite obtener una sólida apreciación de la situación en que se encuentran las metas de eliminación. Varios países han aplicado esta metodología para evaluar sus programas para, posteriormente, elaborar su planificación estratégica y prepararse para la validación.

IX.2. Resumen de las medidas fundamentales

- Los países que consideren que han logrado las metas de eliminación deben preparar un informe nacional y presentar una solicitud de validación.
- Los países pueden aplicar la metodología para evaluar la validación con el objetivo de determinar el estado de sus programas y fundamentar la planificación estratégica.

Referencias

1. Pan American Health Organization. Strategy and Plan of Action for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis. 50th Directing Council, 62nd Session of the Regional Committee. Resolution CD50.R12. PAHO, Washington, D.C., 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-e.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. CLAP/MR, Montevideo, 2009. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Documento%20Conceptual%20-%20Eliminaci%C3%B3n%20de%20la%20transmisi%C3%B3n%20materno-infantil%20del%20VIH%20y%20de%20la%20s%C3%ADfilis%20cong%C3%A9nita.pdf>
3. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. WHO, Geneva, 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf
4. UNAIDS. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. UNAIDS, Geneva, 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-elimination-HIV-Children_en.pdf
5. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas: 2012 progress report. PAHO, Washington, D.C., 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21836&Itemid=270
6. Pan American Health Organization. Strategy and plan of action for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis: mid-term evaluation. 52nd Directing Council, 65th Session of the Regional Committee. Provisional Agenda Item 7.4. PAHO, Washington, D.C., 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=en#official
7. World Health Organization. PMTCT strategic vision 2010–2015. WHO, Geneva, 2010. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision/en/index.html
8. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. CLAP/SMR, Montevideo, 2009. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gws_rd=cr&ei=X3NGUqPrNsrc4AP-xoDoDA#
9. Pan American Health Organization. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: regional monitoring strategy. 2nd ed. PAHO, Washington, D.C., 2013. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20135&Itemid=270&lang=en
10. Pan American Health Organization. Elimination Initiative costing tool and user manual. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5874%3Aherramienta-de-costeo-para-la-iniciativa-de-eliminaciun&catid=1098%3Afchiv-information%2C-news%2C-events%2C-etc&lang=en

11. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudios de prevalencia de sífilis y VIH en parturientas y/o púerperas. OPS, Montevideo, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=209&Itemid=
12. World Health Organization. The Treatment 2.0 Framework for Action: catalyzing the next phase of treatment, care and support. WHO, Geneva, 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501934_eng.pdf
13. World Health Organization. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: programmatic update. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: http://www.who.int/hiv/PMTCT_update.pdf
14. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, 2013. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>
15. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rts/9789241504348/en/index.html>
16. United Nations Children's Fund. Levels and trends in child mortality: 2012 report. UNICEF, New York, 2012. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2012.pdf
17. Pan American Health Organization. Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn and Child Health for the Attainment of the Millennium Development Goals. 47th Directing Council of the Pan American Health Organization, 58th Session of the Regional Committee. Resolution CD47.R19. PAHO, Washington, D.C., 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/consejo.ing.pdf>
18. Pan American Health Organization. Strategy and Plan of Action for Integrated Child Health. 28th Pan American Sanitary Conference, 64th Session of the Regional Committee. Resolution CSP28.R20. PAHO, Washington, D.C., 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=en
19. Pan American Health Organization. Health in the Americas: 2012 edition. Regional outlook and country profiles. PAHO, Washington, D.C., 2012. Disponible en: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=en
20. Pan American Health Organization. Plan of Action to accelerate the reduction in maternal mortality and severe maternal morbidity. 51st Directing Council, 63rd Session of the Regional Committee. Resolution CD51.R12. PAHO, Washington, D.C., 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=plan+of+action+to+accelerate+reduction+of+maternal+mortality&searchword=plan+of+action+to+accelerate+reduction+of+maternal+mortality&sa=Search...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&ie=iso-8859-1&scope=1&option=com_search&Itemid=1#gsc.tab=0&gsc.q=plan%20of%20action%20to%20accelerate%20reduction%20of%20maternal%20mortality&gsc.page=1
21. Latin American Center for Perinatology. Perinatal infections transmitted by the mother to her infant. CLAP, Montevideo, 2008. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gws_rd=cr&ei=X3NGUqPrNsrc4AP-xoDoDA#

22. United Nations Secretary-General Ban Ki-moon. Global strategy for women's and children's health. United Nations, New York, 2010. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf
23. A Promise Renewed in the Americas. Website accessed September 20, 2012. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/?s=global+document&op.x=34&op.y=10>
24. Pan American Health Organization. Adolescent and youth regional strategy and plan of action 2010–2018. PAHO, Washington, D.C., 2010. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Adolescent%20and%20Youth%20Regional%20Strategy%20and%20Plan%20of%20Action.pdf>
25. Inter-Agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and Children (IATT). Preventing HIV and unintended pregnancies: strategic framework 2011–2015. In support of the Global Plan towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive. IATT, New York, 2012. Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/10575>
26. Population Council and UNFPA. Planning and implementing an essential package of sexual and reproductive health services: guidance for integrating family planning and STI/RTI with other reproductive health and primary health services. Population Council, Washington, D.C., 2010. Disponible en: http://www.popcouncil.org/projects/323_EssentialSRHServices.asp
27. World Health Organization. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. WHO, Geneva, 2013. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/concensus_preconception_care/en/
28. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO framework for action. WHO, Geneva, 2007. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
29. World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. WHO, Geneva, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503020/en/>
30. De Santis M, De Luca C, Mappa I, et al. Syphilis infection during pregnancy: fetal risks and clinical management. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2012. DOI: 10.1155/2012/430585
31. World Health Organization. The use of rapid syphilis tests. WHO/TDR, Geneva, 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/TDR_SDI_06.1_eng.pdf
32. World Health Organization. Service delivery approaches to HIV testing and counseling (HTC): a strategic HTC programme framework. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf
33. World Health Organization. Guidance on couples HIV testing and counseling including anti-retroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
34. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/>

35. World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html>
36. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-12):1–110.
37. World Health Organization. Technical update on treatment optimization. Use of efavirenz during pregnancy: a public health perspective. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/treatment2/efavirenz/en/>
38. World Health Organization. Technical update on treatment optimization. Pharmacological equivalence and clinical interchangeability of lamivudine and emtricitabine: a review of current literature. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/treatment2/lamivudine_emtricitabine/en/index.html
39. Inter-Agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and Children. Expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B and B+. IATT, New York, 2013. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/iatt_optionBplus_toolkit/en/index.html
40. World Health Organization. WHO recommendations for routine immunization – summary tables. WHO, Geneva, 2012. Disponible en: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/
41. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis case investigation and reporting form instructions. CDC, Atlanta, 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/program/ConSyphInstructions2013.pdf>
42. Cook R, Ciampa PJ, Sidat M, et al. Predictors of successful early infant diagnosis of HIV in a rural district hospital in Zambezia, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 56(4):e104–e108.
43. Nyandiko W, Otieno-Nyunya B, Musick B, et al. Outcomes of HIV-exposed children in western Kenya: efficacy of prevention of mother to child transmission in a resource-constrained setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 54(1):42–50.
44. Chetty T, Knight S, Giddy J, et al. A retrospective study of human immunodeficiency virus transmission, mortality and loss to follow-up among infants in the first 18 months of life in a prevention of mother-to-child transmission programme in an urban hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Pediatr* 2012; 12:146.
45. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/sida: lineamientos para la Región de las Américas. OPS, Washington, D.C., 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5901&Itemid=
46. Pan American Health Organization. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. PAHO, Washington, D.C., 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
47. Pan American Health Organization. Health agenda for the Americas 2008–2017. PAHO, Washington, D.C., 2007. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Health_Agenda_for_the_Americas_2008-2017.pdf

48. Pan American Health Organization. Regional guidance for validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. PAHO, Washington, D.C., 2013. Borrador disponible en el secretariado de la OPS.
49. World Health Organization. Indicator code book: world health statistics indicators. WHO, Geneva, 2011. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2011_IndicatorCompendium.pdf
50. Mabey D, Peeling RW, Ballard R, et al. Prospective, multi-centre clinic-based evaluation of four rapid diagnostic tests for syphilis. *Sex Transm Infect* 2006; 82(suppl 5):v13–v16.
51. Herring AJ, Ballard RC, Pope V, et al. A multi-centre evaluation of nine rapid, point-of-care syphilis tests using archived sera. *Sex Transm Infect* 2006; 82(suppl 5):v7–v12.
52. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 1995; 8(1):1–21.
53. Ratnam S. The laboratory diagnosis of syphilis. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2005; 16(1):45–51.
54. Romanowski B, Sutherland R, Fick GH, Mooney D, Love EJ. Serologic response to treatment of infectious syphilis. *Ann Intern Med* 1991; 114(12):1005–1009.
55. Centers for Disease Control and Prevention. Discordant results from reverse sequence syphilis screening—five laboratories, United States, 2006–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60(5):133–137.
56. Hira SK, Bhat GJ, Chikamata DM, et al. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. *Genitourin Med* 1990; 66(3):159–164.
57. Watson-Jones D, Gumodoka B, Weiss H, et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania: II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single-dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *J Infect Dis* 2002; 186(7):948–957.
58. World Health Organization. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. WHO, Geneva, 2013. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505840/en/index.html>
59. Pan American Health Organization. Gender mainstreaming in health: a practical guide. PAHO, Washington, D.C., 2010. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manual-IENweb.pdf>
60. World Health Organization (WHO). Integrating gender into HIV programmes in the health sector: tool to improve responsiveness to women's needs. WHO, Geneva, 2009. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf
61. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. International guidelines on HIV/AIDS and human rights: 2006 consolidated version. UNAIDS, Geneva, 2006. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
62. United Nations, Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. United Nations, New York, 2000. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

Anexos

Recursos regionales

Anexo I

Recurso	Contenido	Referencia y enlace
Documento conceptual (español e inglés)	En este documento se explican las razones por las cuales debe alcanzarse la meta de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Además ofrece información sobre la factibilidad, los costos y los beneficios. Por otra parte, se presentan la visión, las metas, los principios orientadores y las líneas de acción propuestas para la puesta en práctica de la Iniciativa de Eliminación.	Organización Panamericana de la Salud. <i>Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual</i> . CLAP/SMR, Montevideo, 2009. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Documento%20Conceptual%20-%20Eliminaci%C3%B3n%20de%20la%20transmisi%C3%B3n%20maternoinfantil%20del%20VIH%20y%20de%20la%20s%C3%A9filis%20cong%C3%A9nita.pdf Pan American Health Organization. <i>Regional Initiative for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean. Concept document for the Caribbean</i> . PAHO, Washington, D.C., 2010. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Regional%20Initiative%20for%20Elimination%20Concept%20Document%20for%20the%20Caribbean.pdf
Directrices integradas (español, francés e inglés)	Este documento se centra en las intervenciones prioritarias para aplicar un enfoque integrado al diagnóstico de la infección por el VIH y la sífilis, el manejo clínico de las embarazadas infectadas por el VIH o la sífilis, y el seguimiento de los lactantes expuestos.	Organización Panamericana de la Salud. <i>Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe</i> . CLAP/SMR, Montevideo, 2009. Pan American Health Organization. <i>Clinical guidelines for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis</i> . CLAP/SMR, Montevideo, 2009. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Guia_Clinica_Eliminacion_de_Transmision_del_VIH_y_SC_eng(2).pdf
Estrategia de monitoreo (español e inglés)	Esta estrategia propone un conjunto integral de indicadores para el monitoreo de los avances. La OPS utiliza estos indicadores para monitorear los progresos a escala regional y recomienda a los países utilizarlos para el seguimiento nacional. La estrategia se actualizó en el 2012. Los enlaces corresponden a la versión actualizada.	Pan American Health Organization. <i>Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: regional monitoring strategy</i> . 2nd ed. PAHO, Washington, D.C., 2013. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20135&Itemid=270&lang=en
Recomendaciones técnicas para los estudios de prevalencia del VIH y de la sífilis en parturientas y púerperas (español)	Este documento ofrece orientación para la elaboración de protocolos para realizar estudios nacionales de vigilancia centinela durante el parto o el puerperio.	Organización Panamericana de la Salud. <i>Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudios de prevalencia de sífilis y VIH en parturientas y/o púerperas</i> . OPS, Montevideo, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=209&Itemid=

Anexo I (Continuación)

Recurso	Contenido	Referencia y enlace
<p>Herramienta de estimación de los costos (español, francés e inglés)</p>	<p>Esta herramienta se concibió para ayudar a los países a calcular los recursos financieros necesarios a escala nacional o local para lograr las metas de eliminación y fundamentar la planificación.</p>	<p><i>Elimination Initiative costing tool and user manual (2011).</i> Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5874%3Aherramienta-de-costeo-para-la-iniciativa-de-eliminacion&catid=1098%3Afchiv-informacion%2C-news%2C-events%2C-etc&lang=en</p>
<p>Directrices para la validación (borradores en español e inglés)</p>	<p>Este documento contiene las directrices regionales para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, mediante un proceso estandarizado y fiable. El documento está dirigido principalmente a los equipos de validación externos, aunque los directores de los programas también pueden emplear la metodología para evaluar la situación del país.</p>	<p>Pan American Health Organization. Regional guidance for validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. PAHO, Washington, D.C., 2013. Borrador disponible en el secretariado de la OPS.</p>

Breve panorama de algunas infecciones de transmisión vertical

Anexo 2

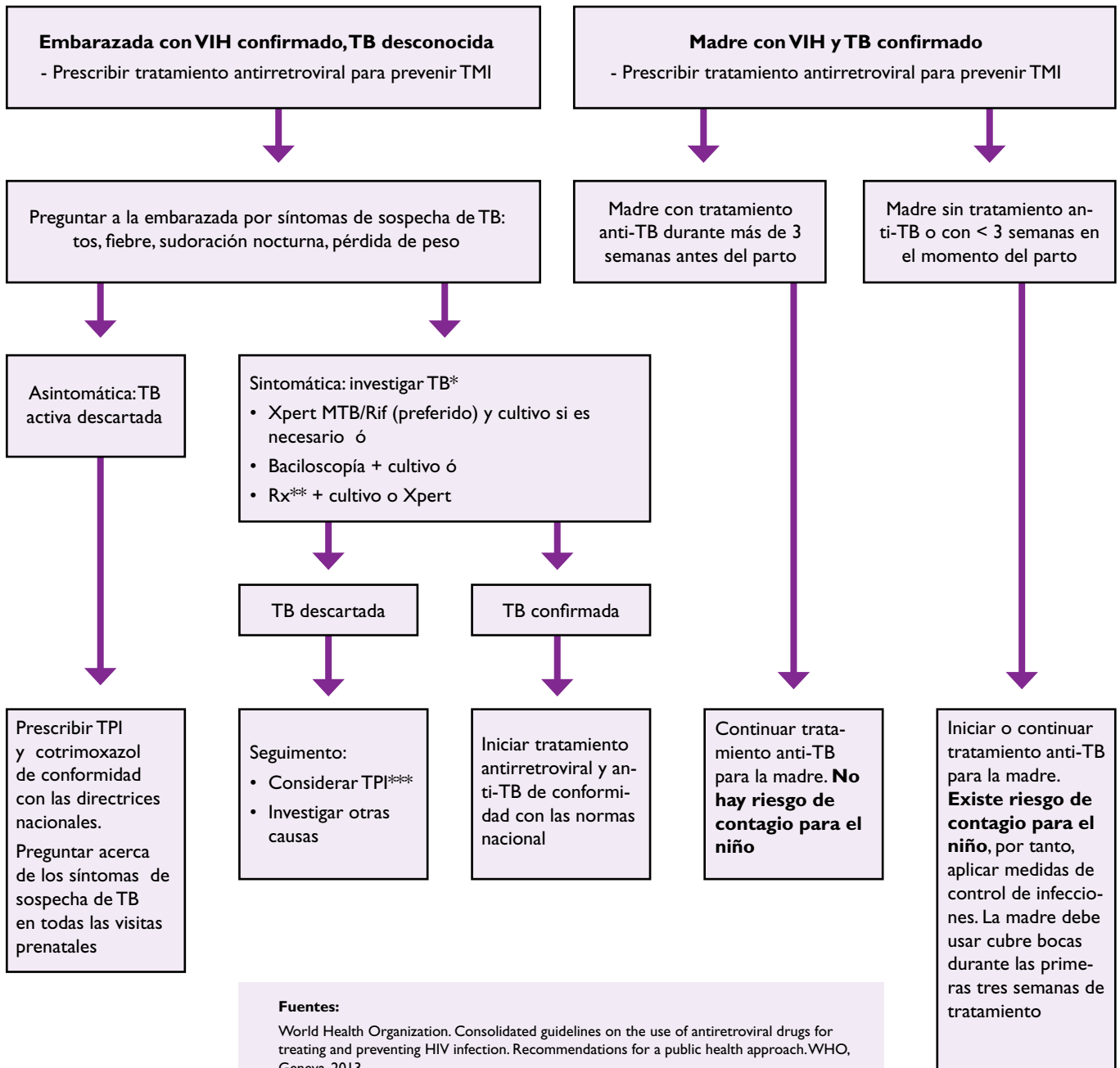
Agente patógeno o enfermedad				Intervenciones para prevenir o reducir los resultados adversos
	Intrauterino	Perinatal	Posnatal	
Virus de la hepatitis B	+	++	+/-	Vacunación durante el período pregestacional y vacuna contra la hepatitis B para el recién nacido en las 12 horas posteriores al nacimiento.
Virus de la hepatitis C	+/-	++ (H)	...	Recomendación de evitar el consumo de drogas intravenosas.
Virus linfotrópico humano de células T de tipo I (VTLH-I)	+	+	++	Prácticas sexuales seguras, uso de condones, prueba de detección materna. Los CDC recomiendan no amamantar en el caso de que la prueba sea positiva.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	+	++ (G)	...	Prácticas sexuales seguras, uso de condones, prueba de detección durante el embarazo, tratamiento con eritromicina o azitromicina, profilaxis ocular neonatal.
<i>Neisseria gonorrhoea</i>	+	++ (G)	...	Prácticas sexuales seguras, uso de condones, prueba de embarazo, tratamiento con cefixima y ceftriaxona, profilaxis ocular neonatal.
<i>Listeria monocytogenes</i>	++	+(G, H)	...	Recomendación de evitar los embutidos y los quesos blandos. Penicilina.
Estreptococos del Grupo B	+/-	++ (G, H)	+/-	Tratamiento con penicilina o ampicilina intravenosa más de 4 horas antes del parto.
Virus de la rubéola	++	...	+	Vacunación durante el período pregestacional.
<i>Plasmodium falciparum</i> (malaria)	++	Dormir bajo mosquiteras tratadas con insecticida.
Virus de la varicela zóster	+/-	++ (H)	...	Vacunación durante el período pregestacional.
Virus del herpes simple	+	++ (G, H)	...	Prácticas sexuales seguras, uso de condones. En el caso de madres sin herpes genital comprobada, evitar el coito sin protección con parejas con herpes genital posible o confirmado durante el tercer trimestre del embarazo. En el caso de madres sin lesiones oralabiales (herpes labial), evitar el sexo oral con parejas con antecedentes de lesiones oralabiales durante el tercer trimestre del embarazo. En el caso de madres que contrajeron una nueva infección o desarrollaron lesiones herpéticas genitales recurrentes al final del embarazo, considerar el tratamiento con aciclovir por vía oral o intravenosa, o el parto por cesárea.
<i>Toxoplasma gondii</i>	++	Evitar el contacto con la arena de gatos con heces.

Nota: ++ = vía principal de transmisión; + = vía reconocida pero menos común; +/- = vía posible pero poco común; (G) = genital; (H) = hematógeno.

Fuente: Pan American Health Organization. Perinatal infections transmitted by the mother to her infant: educational material for health personnel. Scientific publication CLAP 1567.02.

Anexo 3

Detección y manejo de la coinfección TB / VIH durante el embarazo y posparto



Fuentes:
 World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, 2013.
 World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. WHO, Geneva, 2006.
 Mathad, J, and Gupta, A. Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Clin Infect Dis 2012. DOI:10.1093/cid/cis732
 Loto O, and Awowole I. Tuberculosis in pregnancy: a review. J Pregnancy 2012. DOI:10.1155/2012/379271.

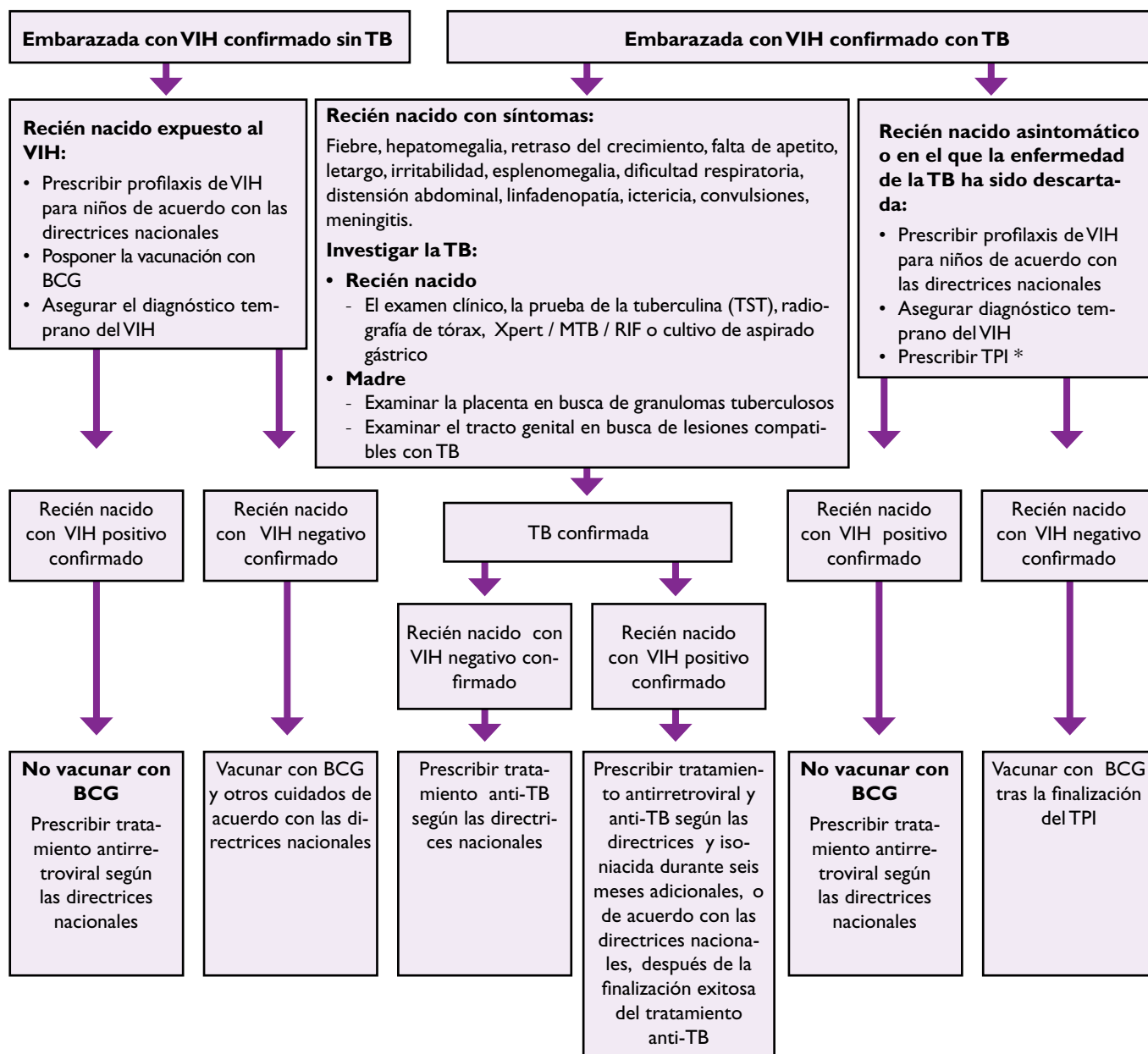
* Depende de directrices nacionales y disponibilidad

**Debe considerarse tomar precauciones en el uso de Rx durante el embarazo temprano.

***Las contraindicaciones para TPI son: hepatitis (aguda o crónica), consumo regular y excesivo de alcohol y síntomas de neuropatía periférica.

Gestión de la tuberculosis en niños nacidos de madres con VIH

Anexo 4



Fuentes:

World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, 2013.

World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. WHO, Geneva, 2006.

Mathad, J, and Gupta, A. Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Clin Infect Dis 2012. DOI:10.1093/cid/cis732

Loto O, and Awowole I. Tuberculosis in pregnancy: a review. J Pregnancy 2012. DOI:10.1155/2012/379271.

* Si el niño es VIH negativo: prescribir quimioprofilaxis con isoniacida (TPI), a los 3 meses de TPI realizar una prueba de la tuberculina (TST). Si la prueba es negativa, interrumpir la TPI y proceder con la vacunación BCG. Si la prueba es positiva, continuar con la TPI hasta completar los 6 meses.

Anexo 5**Términos relacionados con la infección por el VIH y la sífilis comúnmente utilizados en el marco de la vigilancia y el laboratorio**

Término	Definición
Anticuerpo	Proteína producida por el sistema inmunitario que está presente en la sangre y otros fluidos corporales y cuya función es combatir las sustancias extrañas (antígenos), como las bacterias o los virus, que se introducen en el organismo.
Antígeno	Toda sustancia reconocida por el organismo como extraña y capaz de inducir una respuesta inmunitaria específica y de reaccionar con los productos de esa respuesta (por ejemplo, un anticuerpo).
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Retrovirus que causa el sida principalmente al infectar los linfocitos T auxiliares (linfocitos T CD4+), lo que da lugar a una deficiencia de la respuesta inmunitaria.
Antígeno vírico del VIH	El VIH se compone de varios antígenos asociados a la cubierta vírica, el núcleo y las enzimas, los cuales estimulan la producción de anticuerpos en el huésped humano infectado.
Pruebas de anticuerpos contra el VIH	Permiten detectar los anticuerpos contra el VIH 1 y 2.
Pruebas virológicas del VIH	Permiten detectar los ácidos nucleicos del VIH (ADN o ARN) o los antígenos víricos del VIH (por ejemplo, el antígeno p24).
Pruebas rápidas del VIH	Pruebas cualitativas o semicuantitativas sencillas y de uso único que proporcionan un resultado rápido y permiten tomar decisiones relativas al tratamiento en el mismo día.
Inmunoanálisis enzimático (IAE, ELISA)	La prueba de ELISA es cuantitativa y consiste en utilizar una reacción enzimática como indicador de la presencia de anticuerpos contra el VIH o de antígenos del VIH en la sangre u otros fluidos corporales, generalmente mediante la producción de un color que puede identificarse visualmente o mediante equipo automatizado; puede ser sumamente sensible y específica.
Prueba de Western Blot	La transferencia de Western es una técnica que consiste en separar sobre una tira de celulosa los antígenos víricos del VIH; cada banda de antígeno atrae a su anticuerpo correspondiente. Se utiliza para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH.
Ácidos nucleicos del VIH	Los ácidos nucleicos se encuentran en todas las células vivas y contienen el material genético. Los dos principales ácidos nucleicos son el ácido desoxirribonucleico (ADN) y el ácido ribonucleico (ARN).
Prueba de ácidos nucleicos del VIH o prueba de amplificación del ácido nucleico	Permite amplificar el material genético del VIH contenido en las muestras de sangre a una concentración cuantificable.
Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del ADN del VIH	La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una prueba de ácidos nucleicos sumamente sensible, que puede amplificar la cantidad de ADN, pasando de una cantidad diminuta a una cantidad cuantificable en tan solo unas pocas horas. Por lo tanto, puede utilizarse para detectar cantidades muy pequeñas del VIH presentes en la sangre o en otros fluidos corporales. Teóricamente, la PCR puede producir, a partir de una sola molécula, cantidades cuantificables de ADN idéntico en un período corto.
CD4	Linfocitos T que llevan en su superficie el cúmulo de diferenciación 4.
Carga viral del VIH o PCR del ARN del VIH	Esta prueba permite medir la cantidad de virus VIH activos o de ARN vírico. Puede medirse en el plasma y en otros fluidos corporales (semen, leche materna, etcétera). Se refiere con mayor frecuencia al plasma y los resultados se expresan como el número de copias por mililitro de plasma. Las pruebas de la carga viral, junto con los recuentos de CD4, se utilizan para determinar cuándo debe comenzarse o cambiarse el esquema de tratamiento con antirretrovirales.

Anexo 5 (Continuación)

Término	Definición
Período silente	Intervalo de tiempo entre el momento en que ocurre la infección por el VIH y el momento en que la infección puede detectarse mediante una prueba (por ejemplo, mediante la detección de anticuerpos contra el VIH o de antígenos o ácidos nucleicos víricos).
Sensibilidad	Medida estadística del rendimiento de una prueba que se refiere a la proporción de resultados positivos verdaderos o personas infectadas que son identificadas correctamente por la prueba. Se calcula dividiendo el número de resultados positivos verdaderos entre el número de resultados positivos verdaderos y de resultados negativos falsos. Cuanto mayor es la sensibilidad de una prueba, menor es la tasa de resultados negativos falsos.
Especificidad	Medida estadística del rendimiento de una prueba que se refiere a la proporción de resultados negativos verdaderos o personas no infectadas que son correctamente identificadas por la prueba. Se calcula dividiendo el número de resultados negativos verdaderos entre el número de resultados negativos verdaderos y de resultados positivos falsos. Cuanto mayor es la especificidad de una prueba, menor es la tasa de falsos positivos.
Valor pronóstico negativo	El valor pronóstico negativo de una prueba es la probabilidad de que una persona no esté infectada cuando el resultado de la prueba es negativo. Esta medida de la exactitud debe utilizarse únicamente si los datos incluyen información sobre la prevalencia.
Valor pronóstico positivo	El valor pronóstico positivo de una prueba es la probabilidad de que una persona esté infectada cuando el resultado de la prueba es positivo. En la práctica, los valores pronósticos sólo deben calcularse a partir de los estudios de cohortes o de los estudios que reflejen fielmente el número de personas del grupo de población en cuestión que están infectadas por el agente de interés en ese momento. Esto se debe a que los valores pronósticos dependen, inevitablemente, de la prevalencia de la infección.
Garantía de calidad del laboratorio	Se refiere al seguimiento y la evaluación sistemáticos de los diversos aspectos de las operaciones del laboratorio para garantizar que se cumpla con las normas de calidad. Un programa de garantía de la calidad incorpora las normas en función de las cuales se realizan las evaluaciones o auditorías internas y externas. Se utiliza una combinación de normas, procedimientos, procesos y herramientas apropiadas.
Pruebas no treponémicas	Estas pruebas para la sífilis detectan los anticuerpos dirigidos contra los antígenos lipoides liberados de las células anfitrionas lesionadas, o de los propios treponemas. Dado que pueden dar resultados positivos falsos en presencia de ciertas enfermedades o infecciones, se recomienda confirmar los resultados positivos mediante una prueba treponémica.
Pruebas treponémicas	Estas pruebas detectan los anticuerpos dirigidos contra las proteínas de <i>Treponema pallidum</i> . Dado que estos anticuerpos persisten toda la vida, incluso después del suministro de un tratamiento eficaz, una prueba positiva puede indicar una infección pasada tratada o una infección actual. Por lo tanto, las muestras reactivas deben confirmarse mediante una prueba no treponémica.

Anexo 6

Manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita

Manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita temprana

- Prematurez.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Sífilis pulmonar congénita (Neumonía blanca).
- Hepatoesplenomegalia.
- Manifestaciones hematológicas: anemia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia.
- Manifestaciones cutáneo-mucosas: púrpura, pénfigo palmoplantar, erupción máculopapular, condiloma plano, grietas, petequias grietas.
- Lesiones óseas, osteocondritis, periostitis.
- Manifestaciones renales: síndrome nefrótico.
- Manifestaciones del sistema nervioso central: meningitis aséptica, pseudo parálisis de Parrot.
- Manifestaciones oculares: corioretinitis, retinitis.
- Otros hallazgos: fiebre, rinitis sífilítica, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis.
- Hidropesía fetal.

Manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita tardía

- Dientes de Hutchinson.
- Queratitis intersticial.
- Deformidad de nariz en forma de silla de montar, frente amplia.
- Gomas cutáneas.
- Lesiones del sistema nervioso central: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera, ceguera.
- Lesiones osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable, goma ósea, escápula alada palacar alto, deformaciones maxilares, micrognacia, molares en mora.

Fuente: Pan American Health Organization. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: regional monitoring strategy. 2nd ed. PAHO, Washington, D.C., 2013.

Esquema del informe del país que debe presentarse como parte de la solicitud de validación**Anexo 7****I. Situación del país**

- Organización política y administrativa
- Geografía
- Demografía
- Contexto socioeconómico (indicadores macroeconómicos, pobreza, etcétera)
- Indicadores básicos de salud (esperanza de vida, morbilidad, mortalidad, etcétera)

II. Descripción del sistema de salud y los componentes programáticos de la Estrategia de eliminación

- Regiones o distritos sanitarios
- Gobernanza y liderazgo (SMNI, VIH, sífilis)
- Financiación y aseguramiento sanitario (SMNI, VIH, sífilis)
- Recursos humanos (SMNI, VIH, sífilis)
- Organización y prestación de servicios (SMNI, VIH, sífilis; público y privado)
- Servicios de laboratorio (SMNI, VIH, sífilis; público y privado)
 - Red de laboratorios (públicos y privados)
 - Algoritmos para los diagnósticos de la infección por el VIH y la sífilis en adultos y lactantes
 - Mecanismos de garantía de la calidad
- Programas y servicios para la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis
- Atención prenatal y parto
- Pruebas de detección de la infección por el VIH y la sífilis durante el embarazo, inclusive para las parejas sexuales
- Tratamiento, atención y apoyo relacionados con la infección por el VIH y la sífilis
- Seguimiento de los lactantes expuestos

III. Perfil epidemiológico de la infección por el VIH y la sífilis en el país

- Tendencias en la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en la población general, por grupos de edad y sexo
- Tendencias en la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en la población prenatal, por grupos de edad y sexo
- Tendencias en la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en grupos de población específicos (hombres que tienen relaciones homosexuales, profesionales del sexo, minorías étnicas y culturales), por grupos de edad y sexo
- Prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis por región geográfica
- Modalidades de transmisión del VIH
- Morbilidad y mortalidad relacionadas con la infección por el VIH, por grupos de edad y sexo

Anexo 7 (Continuación)

- Otra información:
 - Tendencias y tasas de embarazo en adolescentes
 - Tendencias de mortinatos y factores contribuyentes

IV. Descripción del sistema de vigilancia en general y en relación con la Estrategia de eliminación, incluyendo:

- Descripción del flujo de datos
- Fuentes y formatos de los datos
- Protocolos y mecanismos para el procesamiento, el análisis y la difusión de los datos
- Cuestiones relativas a la calidad de los datos

V. Datos sobre los indicadores nacionales y regionales durante, al menos, dos años

- Nacional
- Por región sanitaria

Guía práctica para la ejecución
de la Estrategia y plan de acción para
la eliminación de la transmisión maternoinfantil
del VIH y de la sífilis congénita
en las Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Américas



9 789275 318041