

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Curso Complementario de VIH

Módulo 2

Diagnóstico, clasificación y manejo del niño/a con VIH

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia



Módulo 2
Diagnóstico, clasificación y manejo
del niño/a con VIH

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“AIEPI Curso Complementario en VIH/SIDA: módulo 2. Diagnóstico, Clasificación y manejo del niño/a con VIH/SIDA”

Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-32997-9

I. Título

1. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA
2. INFECCIÓN FOR VIH
3. INFECCIONES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON SIDA – diagnóstico
4. PERSONAL DE SALUD – educación
5. CAPACITACIÓN EN SERVICIOS
6. CURSOS DE CAPACITACIÓN

NLM WC503

Organización Panamericana de la Salud 2009

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Área de Salud Familiar y Comunitaria.

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C 20037

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implica, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras. La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implica la expresión de ninguna opinión o relacionado de parte de la Organización Panamericana de la Salud concernientes al estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área o sobre sus autoridades, o concernientes a las delimitaciones de sus fronteras y bordes. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas aproximadas de límites territoriales de los cuales aun no se obtiene acuerdos finales.

La mención de compañías específicas o de los fabricantes de ciertos productos no implica que estos sean impuestos ni recomendados por la Organización Panamericana de La Salud en preferencia a otros de naturaleza similar que no han sido mencionados. Errores y omisiones exceptuando, los nombres de productos propietarios están distinguidos porque tienen la letra inicial en mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. De todas formas, el material publicado esta siendo distribuido sin ningún tipo de garantía, ni expresa ni implicada. La responsabilidad sobre la interpretación y el uso del material depende del lector. En ningún caso debe acusarse a la Organización Panamericana de la Salud por daños por su uso.

Versión del curso actualizada en mayo, 2010

ÍNDICE

1.0	Introducción	5
2.0	Objetivos de aprendizaje	6
3.0	Información básica sobre el VIH	6
3.1	VIH y el cuerpo humano	6
	Ejercicio de grupo A	14
3.2	Como se infectan los niños/as por el VIH	14
	Ejercicio de grupo B	14
4.0	Evaluar y Clasificar al niño/a por VIH	17
4.1	Realización de pruebas de VIH	17
	Ejercicio de respuestas cortas A: Sobre Pruebas de VIH	19
	Ejercicio de grupo C	20
4.2	Evalúe y clasifique al niño/a entre los 2 meses y los 5 años por VIH	20
	Video del ejercicio A	23
	Ejercicio de respuestas cortas B	24
	Ejercicio de respuestas cortas C: Evaluar y clasificar para VIH	25
	Ejercicio escrito A	26
4.3	Evaluar y clasificar al menor de 2 meses con VIH	27
	Ejercicio escrito B	28
5.0	Identificar el tratamiento para menores de 2 meses y niños/as de 2 meses a 5 años clasificados para VIH	29
5.1	Tratamiento para niños/as de 2 meses a 5 años de edad	27
5.2	Tratamiento para el niño/a menor de 2 meses enfermo	31
6.0	Evaluar, clasificar y tratar las enfermedades agudas comunes	34
7.0	Evaluar, clasificar y tratar las infecciones oportunistas	36
7.1	Evaluar, clasificar y tratar los problemas de la piel	36
7.2	Evaluar, clasificar y tratar los problemas orales	43
8.0	Prevención de enfermedades	47
8.1	Proveer profilaxis de trimetoprim-sulfametoxazol	47
8.1.1	Que niños/as deben recibir profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol	48
8.1.2	Cuando debe iniciarse la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol	48
8.1.3	Cuando debe suspenderse la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol	49
8.1.4	Por que debe utilizarse el trimetoprim-sulfametoxazol para la profilaxis	49
8.2	Inmunización	51
8.3	Suplementos de vitamina A	51
	Ejercicio escrito C	52
9.0	Resumen del módulo y clausura	52

1.0 INTRODUCCIÓN

Los niños/as con sospecha de infección por VIH o con infección de VIH confirmada tienen necesidades especiales.

Para mejorar su comprensión sobre el problema de manejo del niño/a con sospecha de infección por VIH o con infección confirmada de VIH, este módulo provee primero información básica acerca del VIH y sobre los riesgos de transmisión de la madre al niño/a. Luego le enseñará cómo evaluar, clasificar y manejar las enfermedades graves y niños/as con sospecha o infección confirmada por VIH. Finalmente le enseña cómo prevenir las enfermedades en este niño/a.

Cuando una madre lleva al niño/a a la clínica, usted debe seguir los siguientes pasos:

- **EVALUAR y CLASIFICAR** el niño/a por *todos* los síntomas incluidos en AIEPI y por signos que necesitan remisión urgente o no
- **EVALUAR y CLASIFICAR** al niño/a para infección por VIH
- **IDENTIFICAR EL TRATAMIENTO Y TRATAR** al niño/a, incluyendo profilaxis para prevenir infecciones
- **ACONSEJAR** a la madre sobre los tratamientos disponibles, para la alimentación y el cuidado de los niños/as
- **DAR SEGUIMIENTO** a la madre y al niño/a

Si usted solamente evalúa al niño/a por un problema determinado o por el síntoma por el cual acude, podría obviar otros signos y síntomas propios del VIH o de infecciones sintomáticas causadas por el VIH, que también estén presentes en el niño/a. Entonces podría empeorar la enfermedad del niño/a obligando a hospitalizarlo o a darle tratamiento hospitalario.

2.0 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar este módulo usted será capaz de:

- Explicar brevemente y en términos sencillos qué es el VIH y cómo se transmite la enfermedad a niños/as
- Describir cómo evaluar y clasificar a un niño/a para infección por VIH
- Describir cómo evaluar y tratar enfermedades agudas frecuentes en los niños/as clasificados con VIH
- Describir cómo evaluar, clasificar y tratar infecciones oportunistas frecuentes en niños/as clasificados con VIH, con respecto a las afecciones de piel y la boca
- Describir cómo prevenir enfermedades frecuentes en niños/as clasificados con VIH, administrándoles:
 - o Profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol
 - o Inmunización
 - o Suplemento de Vitamina A

Durante el desarrollo de este módulo debe tener su módulo de AIEPI a la mano junto a los cuadros de procedimientos. Mientras lee este manual, abra su libro guía en una página relevante y refiérase a la gráfica correspondiente. Es mejor si se trabaja con este manual en pequeños grupos y mientras se refiere a los cuadros de procedimientos.

3.0 INFORMACIÓN BÁSICA ACERCA DEL VIH

3.1 VIH Y EL CUERPO HUMANO

- Todas las personas saludables tienen un sistema de defensa en el cuerpo que las defiende de las enfermedades. Este sistema de defensa se llama Sistema inmunológico. Los glóbulos blancos son una parte importante de este sistema de defensa y protección del cuerpo contra toda tipo de enfermedades; son como soldados que defienden el cuerpo.
- Los **linfocitos** son un tipo de glóbulos blancos del cuerpo; algunos de ellos tienen en su superficie un marcador de superficie llamado CD4, y por este motivo se les llama **linfocitos CD4**. Estos linfocitos CD4 son responsables de alertar al sistema inmunológico de que hay gérmenes que tratan de invadir el cuerpo.
- El **VIH** (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es un virus que infecta y toma el control sobre las células del sistema inmunológico. Aunque el VIH infecta a una gran variedad de células, su objetivo principal es el linfocito CD4.
- El cuerpo humano está compuesto por millones de células diferentes. Cada célula humana es capaz de producir nuevas células para mantenerse vivas y reproducirse. Los virus se aprovechan de esta

situación para esconder su propio material en el centro (núcleo) de la célula, y cuando las células se reproducen, se producen nuevas copias del virus.


- Cuando los linfocitos CD4 son infectados con VIH, el virus del VIH usa las células CD4 para hacer nuevas copias del mismo, y estas copias luego infectarán otras células.


- Las células CD4 que han sido infectadas con el VIH no pueden funcionar adecuadamente, y mueren de forma temprana. La pérdida de estas células CD4 debilita el sistema inmunológico y hace que los niños/as y adultos sean mas propensos a desarrollar enfermedades causadas por microorganismos que normalmente no originarían enfermedad o desarrollen enfermedades con mayor frecuencia por gérmenes habituales. Estas infecciones son llamadas infecciones oportunistas, porque se desarrollan aprovechando la oportunidad de que el sistema de defensa está débil.

Figura 2.1 Resumen sobre que ocurre después de que el VIH entra en la célula humana.


FIGURA 2.1: PRODUCCIÓN DE NUEVAS COPIAS DEL VIH


Una vez el VIH invade a la célula, el material del VIH se esconde dentro de las células: esto convierte a la célula en una especie de fábrica del VIH.

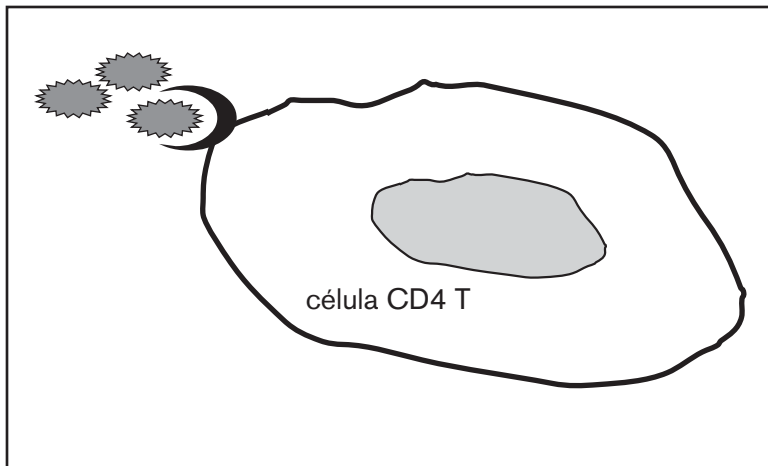
 = VIH

 = VIH que ha cambiado

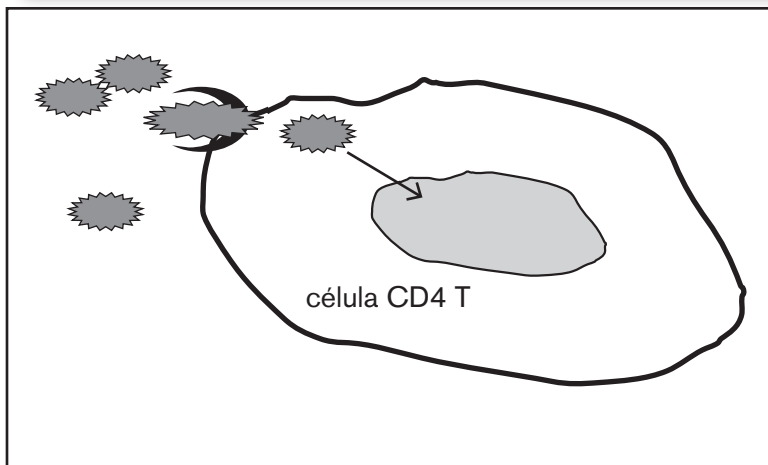
 = Puerta de entrada del VIH en las células CD4

 = parte de las nuevos VIH

 = centro (o núcleos) de las células CD4



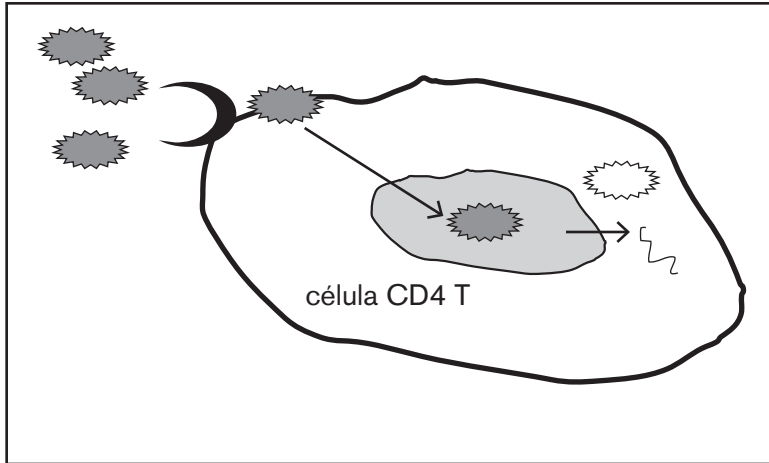
El VIH está entrando a la célula CD4.



Ahora el VIH quiere llegar al núcleo de la célula.

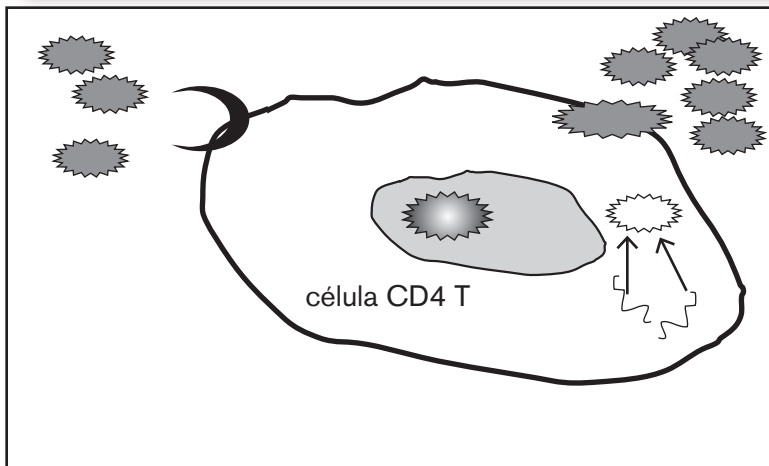
Para hacer esto se necesita cambiar la forma en que se muestra y hace una copia de si mismo, lo cual le permite entrar al núcleo de la célula.

La sustancia especial que el VIH necesita para hacer este cambio es llamada transcriptasa inversa.



El VIH se introduce en el núcleo de la célula de forma diferente a su estado previo.

Ahora el núcleo de la célula comienza a hacer nuevas partes del VIH en lugar de producir nuevas partes de las células de defensa del cuerpo.



Antes de abandonar las células, las nuevas partes del VIH necesitan acoplarse, como si fueran las partes de un automóvil antes de abandonar la fábrica para venderse.

El VIH tiene una sustancia especial llamada proteasa que ayuda a formar las diferentes partes que forman un nuevo VIH antes de abandonar la célula.

El VIH ataca muchas células CD4. La célula CD4 infectada primero produce muchas nuevas copias del virus y luego muere.

Las nuevas copias del VIH atacan después a otras células CD4, las cuales producen nuevas copias del VIH y luego mueren.

Este mecanismo continúa afectando cada vez a más células CD4 que se destruyen y hace que cada vez existan más copias de VIH.

Cuando una persona se infecta con el VIH, el virus comienza a atacar su sistema inmunológico. Como el VIH ataca a las células CD4, es importante realizar un recuento del número de células CD4 en la sangre de un niño/a infectado con VIH, para determinar cuál es el estado de su sistema inmunológico.

En los adultos, durante los primeros años siguientes a la infección, el sistema inmunológico – aunque esté siendo lentamente afectado por el virus del VIH – todavía funciona relativamente bien. El adulto infectado podría no tener síntomas, o tener solamente síntomas menores, como ganglios linfáticos agrandados o enfermedades leves de la piel. La mayoría de los adultos no sabe que están infectados por VIH. Usualmente después de algunos años el sistema inmunológico del adulto se va dañando cada vez más y más, hasta debilitarse de manera que esta persona llega a ser más susceptible a gérmenes y enfermedades de las que normalmente el cuerpo se defiende. Estas infecciones son llamadas infecciones “oportunistas” porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunológico para causar enfermedades. El periodo asintomático se extiende normalmente de 7-10 años después de la infección inicial con VIH, antes de que la persona llegue a desarrollar enfermedades serias por el VIH.

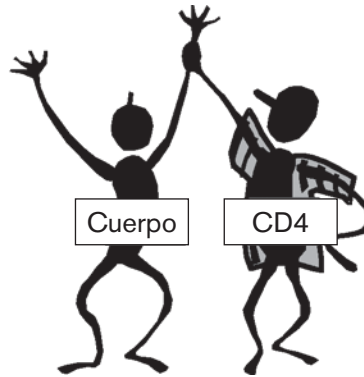
En los niños/as infectados con VIH el curso de la infección es diferente de lo que pasa en los adultos, ya que el sistema inmunológico de los niños/as no está bien desarrollado, por lo que el VIH daña el sistema inmunológico mucho más fácilmente, especialmente si la infección fue adquirida durante el embarazo o el parto. En estos niños/as se debilita y se afecta el sistema inmunológico de manera más rápida; y adquieren enfermedades comunes e infecciones oportunistas con mucha más frecuencia, desarrollando enfermedades definitorias de SIDA de forma más rápida. Cuando esto no se trata adecuada y oportunamente, tres cuartos de los niños/as que se infectan desarrollan pronto problemas consecuentes a la infección por VIH y mueren antes de los 5 años de edad. (En el Módulo 4 se discute con más detalle el tratamiento con ARV).

De la misma manera que los adultos, el sistema inmunológico del niño/a se daña y se debilita, provocando que el niño/a se enferme por gérmenes que normalmente no ocasionarían enfermedades graves. Por ejemplo, un niño/a puede tener infección por *Candida* que vive de forma normal en la boca, pero con el sistema inmunológico dañado, la *Candida* causará úlceras en la boca o candidiasis oral recurrente. Como el daño al sistema inmune continúa empeorando, la enfermedad por VIH progresa. El recuento de CD4 es cada vez menor y el niño/a se vuelve cada vez más susceptible a las enfermedades que amenazan la vida del niño/a, características de SIDA - como son neumonía por *pneumocystis*, infección recurrente bacteriana y daño cerebral por VIH (encefalopatía).

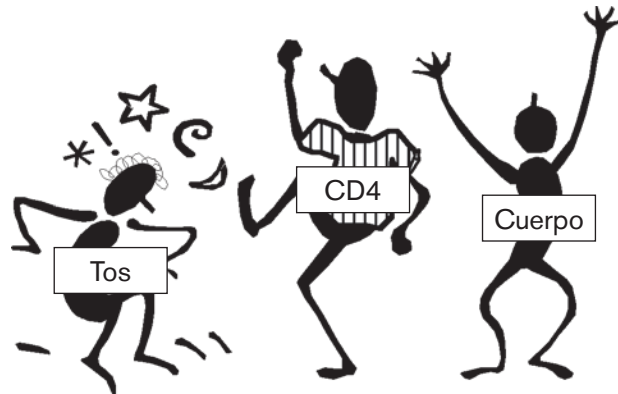
Figura 2.2 ilustra como el VIH ataca la salud

FIGURA 2.2: PRODUCCIÓN DE NUEVAS COPIAS DEL VIH

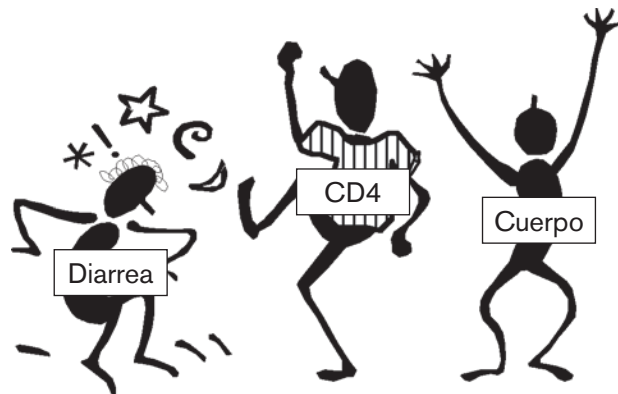
1. La célula CD4 es un tipo de glóbulo blanco.
La célula CD4 es amiga de nuestro cuerpo.



2. Problemas como la infección respiratoria tratan de atacar nuestro cuerpo, pero el CD4 defiende al cuerpo, su amigo.



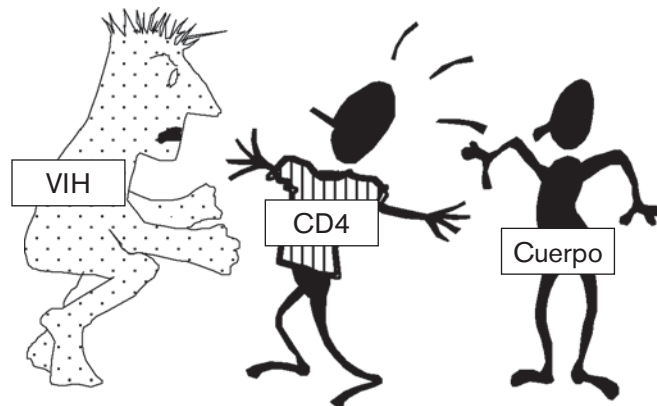
3. También tratan de atacar el cuerpo otros problemas como la diarrea, pero el CD4 defiende al cuerpo también.



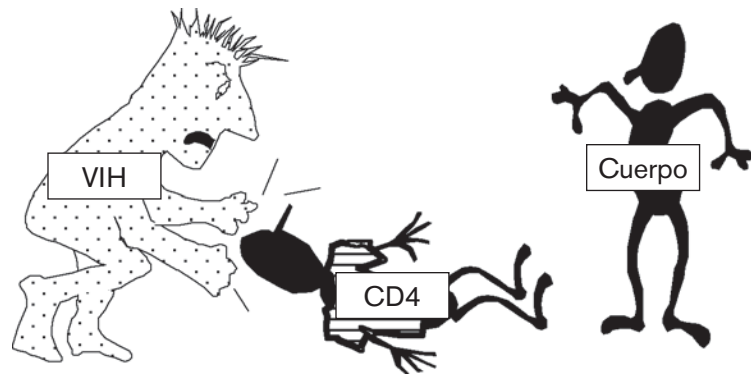
4. Ahora entra el VIH y comienza a atacar a la célula CD4.



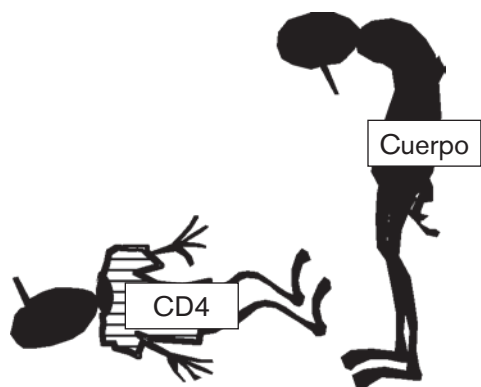
5. ¡El CD4 se da cuenta de que no puede combatir al VIH!



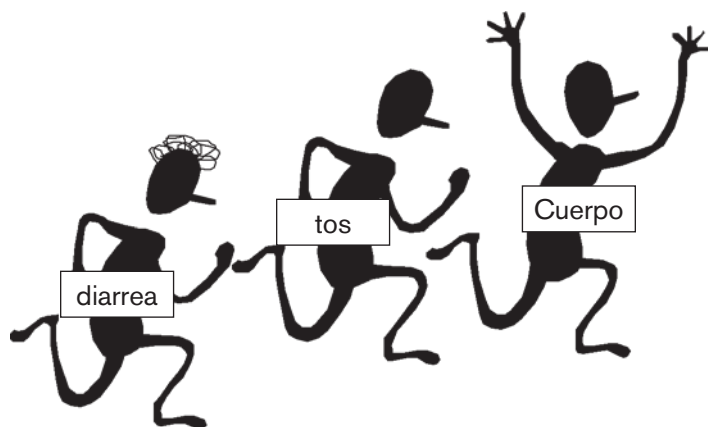
6. Rápidamente el CD4 pierde su resistencia contra el VIH.



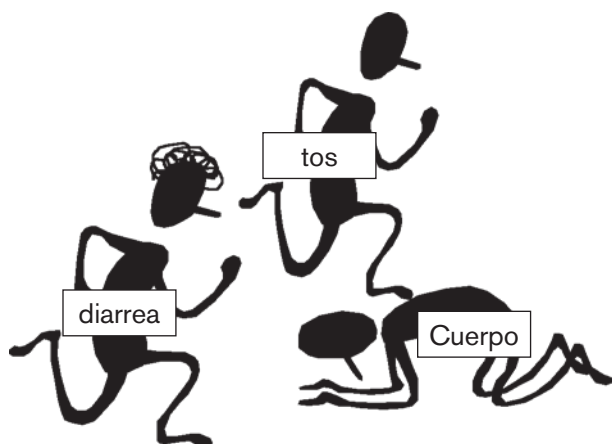
7. CD4 pierde la pelea y el cuerpo se queda sin defensa.



8. Ahora el cuerpo se encuentra sin defensa y todo tipo de problemas, como las diarreas y tos, aprovechan la situación e inician su ataque al cuerpo.



9. Finalmente, el cuerpo se llega a debilitar tanto que todas las enfermedades pueden atacarlo sin dificultad.



EJERCICIO DE GRUPO A

Tómese unos minutos para definir los siguientes términos: sistema inmunológico, CD4, infección oportunista. Piense acerca de la definición y luego expóngalos en el grupo, para compartir su definición con el resto de los participantes. El facilitador podría luego escribir la definición mas adecuada en la pizarra.

3.2 COMO SE INFECTAN LOS NIÑOS/AS CON VIH

La transmisión vertical, o transmisión madre a hijo o maternoinfantil (TMI), es la **forma más común por la que los niños/as se infectan por VIH**. Otras formas en las que se pueden infectar:

- Abuso sexual
- Transfusión de sangre infectada por VIH
- Administración de leche de banco o nodriza no tamizada para VIH
- Inyecciones no seguras (administración de medicinas por vía parenteral o extracción de muestras de sangre con material usado previamente y no esterilizado)

El término “transmisión maternoinfantil” es usado en este documento porque la fuente de transmisión de la infección es la madre. El uso de este término no implica culpabilidad o posición específica sobre si conoce o no su estatus. Una mujer puede adquirir el VIH a través de sexo no protegido con una pareja infectada, recibiendo sangre contaminada, o a través de instrumentos no esterilizados (como el caso de los usuarios de drogas intravenosas) o por procedimientos médicos.

Existen varias vías diferentes por medio de las cuales puede ser transmitido el VIH de la madre al niño/a. Son:

- Durante el embarazo
- Durante las contracciones (trabajo de parto) y el parto
- Durante la lactancia materna

EJERCICIO DE GRUPO B

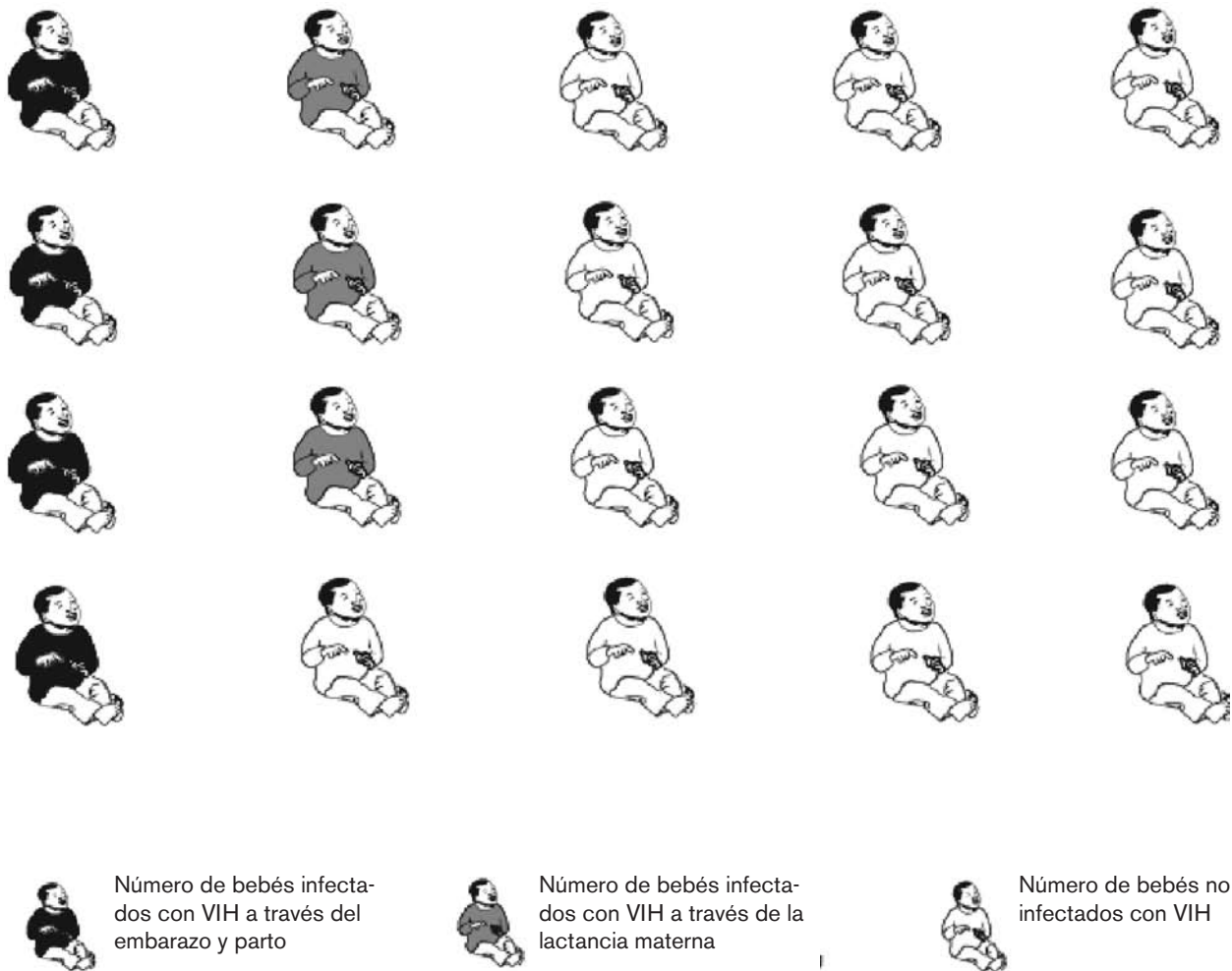
En pequeños grupos, por 1-2 minutos discuta ¿cuál cree usted que sea el riesgo de transmisión de VIH durante el embarazo, trabajo del parto, parto y postparto?

¿Cree que todas las mujeres con VIH van a transmitir el VIH durante la lactancia?

Después de 1-2 minutos, los facilitadores podrían explicar el riesgo de la transmisión de madre a hijo en detalle.

La transmisión maternoinfantil (TMI) se da cuando mujeres infectadas de VIH pasan el virus a su bebé. Esto puede ocurrir durante el embarazo, trabajo de parto, el parto, o mientras se amamanta. Es muy importante observar que no toda mujer infectada por VIH automáticamente le va a transmitir el virus del VIH a su hijo.

Usando el diagrama de abajo como ejemplo, si hay 20 bebés nacidos de 20 madres infectadas con VIH (y no hacemos nada para evitar la transmisión), aproximadamente 7 de las 20 mujeres podrían transmitir el VIH a sus hijos durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto y durante la lactancia. ESTO SIGNIFICA QUE EL RIESGO DE TMI es 7 de 20, o 35% (un tercio).



El riesgo general es de 35% (un tercio) y puede ser dividido como sigue: el riesgo estimado de llegar a ser infectado durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto es de alrededor de 20%, y el riesgo estimado de llegar a ser infectado después del parto y lactancia materna es de alrededor del 15%. Si volvemos atrás en el diagrama, esto significa cuatro de cada 20 bebés (20%) de los nacidos de madres VIH positivo podrían ser infectados durante el embarazo y el parto, y tres de cada 20 bebés (15%) podrían llegar a ser infectados después del parto durante la lactancia materna.

El riesgo de transmisión durante el embarazo es bajo, ya que el desarrollo del bebé está protegido por la placenta. Durante el trabajo de parto y el parto el riesgo aumenta a través de la succión, absorción o aspiración de sangre o fluido cervical. El riesgo puede aumentar debido a prácticas obstétricas no seguras como son la episiotomía de rutina, la ruptura de membranas, placenta previa, etc. Una cesárea programada disminuye el riesgo.

A través de la lactancia materna hay riesgo de transmisión del VIH al niño/a. Hay estudios que demuestran que la alimentación mixta (lactancia materna más otros alimentos y/o líquidos) comparada con la lactancia materna exclusiva aumenta este riesgo debido al daño potencial de las paredes intestinales y mucosa oral por partículas de comida o la introducción de un alérgeno o bacteria que cause inflamación facilita el paso del VIH a la leche materna y de ahí hacia la sangre del lactante.

Cuando la sustitución de la lactancia materna por alimentación con fórmula no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS), la OPS recomienda lactancia materna exclusiva durante seis meses. Más allá de esta edad se iniciará el reemplazo por una alimentación suplementaria segura y completa, y se suspenderá la lactancia materna tan pronto como sea posible.

En el Módulo 3 se explica más detalladamente la transmisión del VIH a través de la lactancia materna, y la consejería para las madres sobre las opciones de la alimentación.

4.0 EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO/A POR VIH

4.1 PRUEBA PARA LA INFECCIÓN POR VIH

Existen diferentes pruebas disponibles para el diagnóstico de infección por VIH. Antes de poder evaluar y clasificar a un niño/a por infección de VIH, es importante diferenciar las pruebas que detectan anticuerpos y las que detectan el propio virus, así como saber interpretar los resultados de las mismas. Esta información se resume en la tabla de abajo.

Anticuerpos versus pruebas virales

Prueba de anticuerpos, incluyendo pruebas rápidas	Estudios virológicos: detección de ARN o ADN viral
<p>Éstos detectan anticuerpos fabricados por las células inmunológicas en respuesta al virus. No detectan el virus por sí mismo.</p> <p>Los anticuerpos de la madre pasan al niño/a y la mayoría desaparecen hacia los 12 meses de vida, no obstante en algunas ocasiones permanecen en el niño/a hasta los 18 meses.</p> <p>Esto significa que una prueba positiva de anticuerpos en niños/as menores de la edad de 18 meses no es una forma adecuada de diagnosticar a un niño/a por infección de VIH.</p>	<p>Estas pruebas detectan directamente la presencia del VIH o los productos del virus en la sangre.</p> <p>Las pruebas virales positivas pueden por lo tanto detectar la infección de VIH a cualquier edad, incluso desde recién nacido.</p> <p>Si la prueba es negativa y el niño/a ha sido alimentado posteriormente a la prueba mediante lactancia materna, no se descarta la infección, pues puede haberse infectado a través de la lactancia. Las pruebas virológicas realizadas después de seis o más semanas de detener completamente la lactancia materna descartan o confirman la infección de manera fidedigna.</p>

La leche materna de una mujer VIH positiva puede transmitir infección de VIH. Podrá aprender más acerca de esto en la sección 3.1 y también podrá aprender más en el Módulo 3. El principal punto para recordar es que la prueba virológica positiva a cualquier edad significa que el bebe está infectado con VIH, y una prueba de anticuerpos positiva a los 18 meses o más significa también que el niño/a está infectado con VIH.

La tabla de abajo provee detalles acerca de cómo se deben interpretar los resultados de las pruebas de anticuerpos rápidos y pruebas virológicas en los menores de 12-18 meses y niños/as mayores. Es fundamental saber si el niño/a está con lactancia materna, en cuyo caso la prueba no es fiable hasta después de seis semanas de haberla interrumpido.

PRUEBA DE VIH EN NIÑOS/AS NACIDOS DE MUJERES CON VIH			
Edad	Prueba VIH	Interpretación de los resultados	Consideraciones
<18 meses	Prueba de Anticuerpos de VIH (prueba rápida o prueba de laboratorio de anticuerpos)	Si es positivo, la prueba muestra tanto anticuerpos VIH presentes en la madre como en el niño/a. La prueba de anticuerpos VIH positiva desde los 18 meses de edad sugiere usualmente que el niño/a está infectado.	1. Sólo se hará cuando no haya disponibilidad de prueba virológica 2. Confirmar que el niño/a haya estado expuesto a VIH por transferencia pasiva desde los anticuerpos de la madre que hayan podido causar el resultado positivo de la prueba.
		Si es negativo y no está siendo alimentado con lactancia materna = no infectado Si es negativo pero todavía está siendo alimentado con lactancia materna = repetir la prueba una vez que se haya interrumpido la lactancia materna durante seis o más semanas	Una prueba negativa normalmente descarta infección adquirida durante el embarazo y el parto. Pero el niño/a puede ser infectado todavía durante la lactancia.
	Prueba virológica de VIH (Realizado para detectar el propio virus)	2 pruebas virológicas positivas a cualquier edad = niño/a infectado	La prueba recomendada cuando el niño/a tiene 4-6 semanas o más
		2 pruebas virológicas negativas en ausencia de alimentación materna mayor de 6 semanas = el niño/a no está infectado	Un resultado negativo si está todavía alimentado con lactancia materna necesita ser confirmado a las 6 semanas o más después de interrumpir la lactancia materna.
≥18 meses	Prueba de anticuerpos de VIH (prueba rápida o serología realizada en laboratorio: ELISA para VIH)	Resultados válidos como para los adultos Negativo = el niño/a no está infectado Positivo = el niño/a está infectado	Si es negativo y todavía es alimentado con lactancia materna- repetir la prueba una vez se haya interrumpido la lactancia durante seis o más semanas.

RESPUESTA CORTA EJERCICIO A: PRUEBA DE VIH

Responda las siguientes preguntas:

1. Un niño/a de 20 meses de edad tiene pruebas virológicas positiva. ¿Está el niño/a infectado?
2. Un bebé de 2 meses de edad tiene pruebas virológicas positivas. ¿Está el niño/a infectado por VIH?
3. Un bebé de 2 meses alimentado con lactancia materna tiene pruebas virológicas positivas. ¿Está infectado por VIH?
4. Un bebé de 2 meses alimentado con lactancia materna tiene prueba de anticuerpos positiva de VIH. ¿Podemos clasificarlo como infección confirmada por VIH?
5. Un niño/a de 19 meses alimentado con lactancia materna tiene una prueba rápida de VIH positiva de anticuerpos. ¿Está el niño/a infectado por el VIH?
6. Un bebé de 9 meses alimentado con lactancia materna tiene una prueba viral negativa. ¿Está el niño/a infectado?
7. Un bebé de 9 meses alimentado con lactancia materna tiene una prueba viral negativa. La lactancia materna ha sido suprimida en los últimos 2 meses. ¿Se puede confirmar el niño/a como VIH negativo?
8. Un bebé de 18 meses tiene una prueba de anticuerpos negativa. El bebé dejó de alimentarse con lactancia materna hace una semana. ¿Se puede confirmar el niño/a como VIH negativo?

EJERCICIO DE GRUPO C

En pequeños grupos, por 1-2 minutos discutir porque las pruebas tempranas antes de los 2 meses, en niños/as nacidos de madre VIH positiva son beneficiosas.

Después de 1-2 minutos el facilitador podría desarrollar una discusión en plenaria.

La confirmación temprana o exclusión de infección VIH en lactantes es beneficiosa por muchas razones:

- Guía a la madre sobre las opciones de alimentación para el lactante.
- Ayuda a diferenciar el VIH sintomático o SIDA de enfermedades (tales como la tuberculosis, desnutrición e infecciones bacterianas recurrentes) que también pueden afectar a lactantes NO infectados por el VIH.
- Orienta las decisiones relacionadas en cuanto a iniciar o detener la profilaxis regular con trimetoprim-sulfametoxazol y/o inicio de la terapia antirretroviral en niños/as infectados.
- Alivia el miedo a lo desconocido mientras la familia puede dar pasos para manejarse con el estatus de VIH, en lugar de preguntarse que es esto.

A veces el niño/a es el primer miembro de la familia en ser identificado como VIH positivo, y por lo tanto puede ser el punto inicial para el diagnóstico de VIH dentro de la familia. El diagnóstico de infección por VIH en un niño/a puede proporcionar la oportunidad a la madre y al padre del niño/a de recibir la atención necesaria para el VIH.

4.2 EVALÚE Y CLASIFIQUE AL NIÑO/A DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD POR VIH

Abra sus cuadros de procedimientos en la pagina 7, "EVALUAR PARA INFECCIÓN VIH".

Se necesita evaluar para sospecha de infección sintomática por VIH o exposición al VIH si se sabe que la madre está infectada por el VIH o si el niño/a tiene uno de los siguientes problemas (basado en su clasificación previa):

- Neumonía recurrente
- Diarrea persistente
- Secreción de oído
- Muy bajo peso al nacer
- Tuberculosis
- Falla en el crecimiento homologar al cuadro de procedimiento (o detención en el crecimiento) o algún grado de desnutrición
- Retraso psicomotor
- Candidiasis oral recurrente en niños/as mayores de 6 meses
- Infecciones bacterianas graves

Usted debe notar o PREGUNTAR:

- ¿Tiene el niño/a NEUMONÍA?
- ¿Tiene el niño/a DIARREA?
- ¿Tiene el niño/a secreción de oído (aguda o crónica)?
- ¿Tiene el niño/a muy bajo peso para su edad?
- Falla en el crecimiento
- Familiares directos con infección VIH

Nota: Si el niño/a tiene la clasificación: NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE o DIARREA PERSISTENTE GRAVE o DESNUTRICIÓN GRAVE; podría ser evaluado también para SOSPECHA DE INFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH.

EVALÚE Y OBSERVE:

- ¿Tiene candidiasis oral?
- ¿Hay agrandamiento de parótidas?
- ¿Existe agrandamiento ganglionar en dos o más de los siguientes lugares: cuello, axila o ingle (linfadenopatía persistente generalizada)?
- Dedos en palillo de tambor en ausencia de enfermedad cardíaca conocida
- Hepatomegalia y/o esplenomegalia

Note que los resultados de las pruebas de la madre y el niño/a son utilizados en la clasificación del proceso que está resumido en la figura de la página siguiente.

LUEGO EVALÚE POR INFECCIÓN VIH *

SI RESPONDE SÍ a una de las dos preguntas siguientes, diríjase a la tabla debajo y evalúe los siguientes problemas sugestivos de INFECCIÓN por VIH:

- ¿Se le ha hecho a la madre o el niño/a una prueba de VIH?
- ¿Tiene uno o más de los siguientes problemas?:


Neumonía* *

Diarrea persistente* *

Secreción de oído (aguda o crónica)

Muy bajo peso para la edad * añadir resto de tabla anterior

**Nota: las formas graves de estas enfermedades tales como neumonía grave, diarrea persistente grave y desnutrición grave dirigen directamente a la tabla. Complete la evaluación rápidamente y remita al niño/a.*

<p>OBSERVE O PREGUNTE: El niño/a tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿NEUMONÍA RECURRENTE? • ¿DIARREA PERSISTENTE? • ¿SECRECIÓN DE OÍDO? • ¿MUY BAJO PESO? <p>OBSERVAR Y EXPLORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Candidiasis Oral - Agrandamiento de Parótida - Linfadenopatía Persistente Generalizada 		<p>SIGNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de anticuerpos de VIH positiva para niños/as de 18 meses y más o • Pruebas virológica positiva y • Dos o más condiciones clínicas 	<p>CLASIFICAR</p> <p>INFECCIÓN POR VIH SINTOMÁTICA CONFIRMADA</p>
		<p>Uno o ambos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madre VIH positiva y sin resultados de pruebas del niño/a o • Niño menor de 18 meses con prueba de anticuerpo positiva • Menos de dos problemas • Factores de riesgo de los padres o familiares directos* 	<p>EXPUESTO A VIH/POSIBLE VIH</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Dos o más condiciones clínicas • No disponibilidad de pruebas para el niño/a de VIH o resultado positivo de anticuerpos en niños/as menores de 18 meses o la madre 	<p>SOSPECHA DE INFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Menos de dos problemas • Sin resultados de pruebas para el niño/a o la madre 	<p>INFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH POCO PROBABLE</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de VIH negativa de la madre o el niño/a y sin suficientes signos para clasificar como infección sintomática sospecha de infección de VIH 	<p>INFECCIÓN POR VIH DESCARTADA</p>

**Un niño/a que está recibiendo TARV no tiene por que entrar en esta tabla de VIH*

*** Formas incluidas como son neumonía grave. Complete en cada caso*

Evaluar rápidamente y remitir al niño/a de forma urgente.



EJERCICIO DE VIDEO A

Observe el video de AIEPI de capacitación en manifestaciones comunes de VIH/SIDA en los niños/as que muestra como clasificar a un niño/a como sospecha de infección sintomática de VIH. En circunstancias donde no esté disponible el video, esta sesión podría ser reemplazado por sesiones clínicas en un centro donde sean atendidos niños/as con VIH.



EJERCICIO DE RESPUESTAS CORTAS B

1. ¿Qué niño/a entre los 2 meses y los 5 años debería ser evaluado por infección de VIH sintomática?
2. ¿Cuál es la diferencia entre una prueba viral de VIH y una prueba de anticuerpos de VIH?
3. ¿Qué prueba (viroológica o de anticuerpos de VIH), podría ser usada para confirmar si hay infección por VIH en un niño/a menor de 18 meses?
4. ¿Qué significa “linfadenopatía persistente generalizada” en un niño/a infectado por VIH?
5. ¿Cuál es el significado del agrandamiento de las parótidas en el contexto de un niño/a infectado por VIH?

EJERCICIO DE RESPUESTAS CORTAS C: EVALUAR Y CLASIFICAR PARA VIH

Escriba "V" para las afirmaciones que son verdaderas. Escriba "F" para los planteamientos que son falsos. asificado como infección VIH asintomático.

	Verdadero o Falso (V/F)	
A		Un niño/a con NEUMONÍA podría ser evaluado por infección VIH.
B		Un niño/a de 9 semanas nacido de una madre VIH positiva podría ser clasificado como "POSIBLE INFECCIÓN DE VIH o EXPUESTO AL VIH".
C		Un niño/a de 19 meses de edad con una prueba de anticuerpo negativa, teniendo candidiasis oral, neumonía y secreción por el oído debería ser clasificado como "POSIBLE INFECCIÓN POR VIH o EXPUESTO al VIH".
D		Un niño/a de 5 años sin resultados de las pruebas de VIH y con sospecha de neumonía, linfadenopatía y muy bajo peso deberá ser clasificado como SOSPECHOSO DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICO.
E		Un niño/a de 4 meses de edad que no está enfermo, no tiene candidiasis, ni agrandamiento de ganglios, ni de parótida, pero nacido de una madre VIH positiva puede ser clasificado como "POSIBLE INFECCIÓN DE VIH o EXPUESTO AL VIH".
F		Un bebé de 8 meses, nacido de una madre VIH positiva y que está todavía con lactancia materna, con una prueba de anticuerpo negativa y sin hallazgos de infección por VIH, se puede asumir que está libre de infección por VIH.
G		Un niño/a con VIH POSITIVO de 36 meses de edad por pruebas de anticuerpos y sin otros hallazgos – sin neumonía, sin desnutrición, sin supuración por el oído, sin candidiasis oral, ni ganglios linfáticos y sin agrandamiento de parótida - puede ser clasificado como infección VIH asintomático.



EJERCICIO ESCRITO A

Clasifique los siguientes niños/as:

1. 3 meses de edad con NEUMONÍA, supuración de oído y aumento de las de parótidas y ganglios linfáticos. La madre es VIH positivo.
2. 5 meses con DIARREA PERSISTENTE, MUY BAJO PESO Y CANDIDIASIS ORAL. Madre con estatus de VIH desconocido.
3. 7 meses con NEUMONÍA recurrente, supuración de oído y agrandamiento de parótida. Niño con prueba de VIH positivo usando pruebas virales.
4. 14 meses con NEUMONÍA grave, supuración de oído y agrandamiento de parótida. Niño con prueba de VIH positivo usando prueba de anticuerpo.
5. 12 meses con NEUMONÍA recurrente, supuración de oído y agrandamiento de parótida. Con lactancia materna.
6. 21 meses con NEUMONÍA, agrandamiento de parótida y una prueba de anticuerpo positiva al VIH.

4.3 EVALUAR Y CLASIFICAR EL MENOR DE 2 MESES CON VIH

La clasificación del menor de 2 meses enfermo por VIH difiere de la clasificación para un niño/a mayor. No es posible clasificar el menor de 2 meses como infección de VIH sintomática, ya que este algoritmo no ha sido validado ni probado lo suficiente para esta clasificación.

La clasificación del menor de 2 meses enfermo por VIH puede ser por una de las siguientes tres opciones:

- INFECCIÓN POR VIH CONFIRMADA
- POSIBLE INFECCIÓN POR VIH/EXPUESTO AL VIH
- INFECCIÓN POR VIH DESCARTADA

y estarán basadas en los RESULTADOS de las pruebas de VIH de la madre y/o del menor de 2 meses.

Busque en la página 32 del libro guía:

EVALÚE al menor de 2 meses por INFECCIÓN POR VIH.

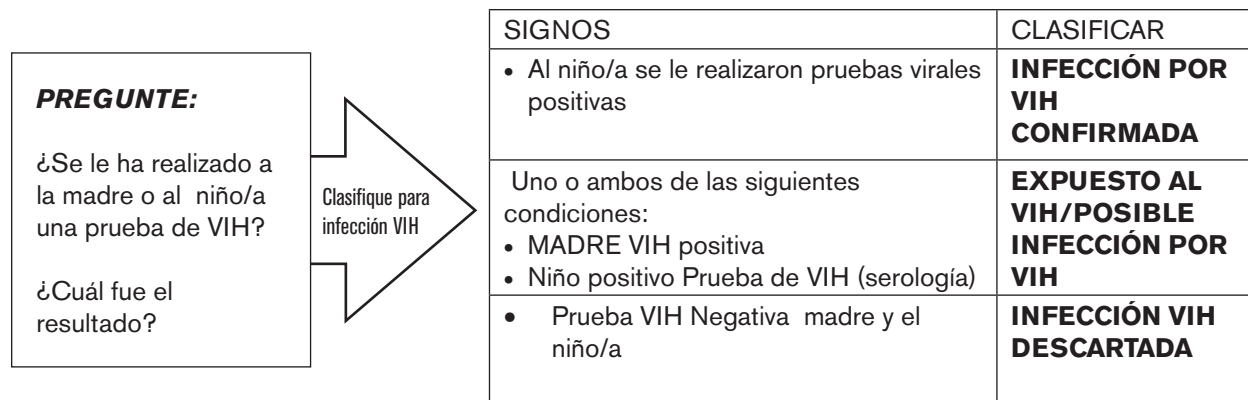
PREGUNTE:

¿Se le ha realizado a la madre o al niño/a una prueba de VIH?

¿Tiene la madre o el niño/a el resultado positivo de la prueba VIH?

Si al niño/a se le han realizado pruebas de VIH, determine cual de las pruebas se le realizó, anticuerpos o pruebas virales, y cuál fue el resultado.

CLASIFIQUE al menor de 2 meses por infección de VIH basándose en el resultado de:



Usted aprenderá a tratar, aconsejar y hacer seguimiento a los niños/as infectados por VIH mientras avanza en este curso complementario de AIEPI sobre VIH.



EJERCICIO ESCRITO B

EVALUE Y CLASIFIQUE CADA NIÑO/A POR VIH

En el ejercicio escrito A del Módulo 1, conocimos cuatro niños/as (María, Daniel, Raúl y Enrique).

Vuelva atrás y observe los formularios que se usaron en el ejercicio escrito A. Observe la clasificación para cada niño/a en el ejercicio escrito.

En este ejercicio, usted podrá clasificar a cada niño/a por VIH, basado en su clasificación previa del ejercicio escrito A, ayudándose con la información adicional que encontrará a continuación. Utilice la información anterior como retroalimentación; usted no tiene que reescribir la clasificación previa. Guarde estos formularios pues podría necesitarlos durante el Módulo 3.

María

A la madre de María se le realizaron pruebas y ella es positiva. Sin embargo, a María no se le han realizado pruebas (ni pruebas virológica, ni de anticuerpos). María todavía recibe lactancia materna.

Daniel

Ni a Daniel ni a su madre le han realizado pruebas de VIH. Además de la clasificación original que se le realizó, Daniel también tiene agrandamiento de parótida, pero no tiene candidiasis oral o linfadenopatía.

Raúl

A la madre de Raúl se le han realizado pruebas de VIH y resultó VIH positiva.

Enrique

A la madre de Enrique se le han realizado pruebas de infección de VIH y es VIH positiva. A Enrique también se le realizó una prueba de anticuerpos y el resultado fue positivo.

5.0 IDENTIFICAR EL TRATAMIENTO PARA MENORES DE 2 MESES Y NIÑOS/AS DE 2 MESES A 5 AÑOS CLASIFICADOS PARA VIH

En la sección 4.0 usted aprendió como diagnosticar y clasificar el niño/a por VIH.

Algunos niños/as, clasificados con SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA, VIH CONFIRMADO o POSIBLE INFECCIÓN DE VIH/EXPUESTO AL VIH, podrían necesitar ser referidos para confirmar la infección por VIH y evaluar la necesidad de la terapia antirretroviral (TARV). Aprenderá más sobre esto en el Módulo 4, el cual se focaliza en el seguimiento al niño/a con VIH.

Antes de iniciar la terapia con un niño/a, lo primero es estabilizarlo. Esto significa, tratar las enfermedades comunes y las infecciones oportunistas que puedan estar presentes y estabilizar el estado general de los niños/as.

5.1 TRATAMIENTO PARA NIÑOS/AS DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

Regrese al algoritmo de la pagina 7 de sus cuadros de procedimientos y lea acerca de cómo debe tratar al niño/a que ha sido clasificado por infección de VIH.

En los cuadros a continuación se recuerda como *TRATAR* al niño/a con el algoritmo de AIEPI.

CLASIFICAR	IDENTIFIQUE TRATAMIENTO
INFECCIÓN POR VIH CONFIRMADA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el niño/a tiene también una clasificación grave, administre el tratamiento inmediato que requiera y remítalo urgentemente. ➤ Trate, aconseje y siga por Infecciones frecuentes y oportunistas existentes ➤ Administre profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol ➤ Administre suplementos de Vitamina A desde los 6 meses de edad cada 6 meses ➤ Evalúe y provea conserjería apropiada a la madre ➤ Remita para evaluaciones exhaustivas incluyendo TARV ➤ Visitas de seguimiento en 14 días, luego mensualmente por 3 meses y luego cada 3 meses o como lo indique la ficha de inmunización ➤ BCG CONTRAINDICADA
POSIBLE INFECCIÓN POR VIH/EXPUESTO AL VIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el niño/a tiene también una clasificación grave, administre el tratamiento inmediato que requiera y refiéralo urgentemente. ➤ Tratar, aconsejar y darle seguimiento a las infecciones existentes ➤ Administre profilaxis con trimetotrim-sulfametoxazol ➤ Administre suplementos de Vitamina A desde los 6 meses de edad cada 6 meses ➤ Evalúe la alimentación del niño/a y provea consejería apropiada a la madre* ➤ Confirme el estado de infección del niño/a tan rápido como sea posible con la mejor prueba disponible ➤ Visita de seguimiento en 14 días, luego mensualmente durante 3 meses y luego cada 3 meses o como el calendario de inmunización indique** ➤ BCG contraindicada hasta descartar infección VIH ➤ Hacer estudio epidemiológico en familiares directos
SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIH SINTOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trate, aconseje y siga por infecciones frecuentes y oportunistas existentes ➤ Administre profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol ➤ Administre suplementos de Vitamina A desde los 6 meses de edad cada 6 meses ➤ Evalúe la alimentación del niño/a y provea consejería apropiada a la madre ➤ Confirme el estado de infección del niño/a tan rápido como sea posible con la mejor prueba disponible ➤ Remita para evaluaciones exhaustivas incluyendo TARV ➤ Visita de Seguimiento en 14 días, luego mensualmente durante 3 meses y luego cada 3 meses o por el calendario de inmunización ➤ BCG CONTRAINDICADA
INFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH IMPROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar, aconsejar y darle seguimiento a las infecciones existentes ➤ Aconsejarle realizarse la prueba de VIH ➤ Aconsejar a la madre sobre alimentación y sobre su propia salud
INFECCIÓN VIH DESCARTADA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar, aconsejar y darle seguimiento a las infecciones existentes ➤ Aconseje a la madre acerca de la alimentación y sobre su propia salud

amarillo

verde

* Módulo 3 provee información detallada sobre la alimentación y aconseja a la madre acerca de la alimentación y sobre su propia salud.

** Módulo 4 provee información más detallada sobre los cuidados crónicos, incluyendo el TARV y las visitas de seguimiento de niños/as infectados con VIH.

5.2 TRATAMIENTO PARA EL NIÑO/A MENOR DE 2 MESES ENFERMO

REGRESE al algoritmo de VIH de sus cuadros de procedimientos y lea como debe tratar al menor de 2 meses enfermo que ha sido clasificado con infección de VIH (edición 2009, página 34).

El cuadro a continuación le sirve para recordar cómo *TRATAR* con el algoritmo de AIEPI.

CLASIFICAR	IDENTIFIQUE TRATAMIENTO
INFECCIÓN POR VIH CONFIRMADA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administre profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol a partir de las 4-6 semanas de vida ➤ Evalúe la alimentación del niño/a y aconseje según sea necesario ➤ Remita para ver en que estadio se encuentra y evaluación para TARV ➤ Aconseje a la madre sobre cuidados en el hogar ➤ Visita de Seguimiento en 14 días
POSIBLE INFECCIÓN POR VIH O EXPUESTO AL VIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administre profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol a partir de las 4-6 semanas de vida ➤ Evalúe la alimentación del niño/a y aconseje según sea necesario ➤ Remita para PRUEBA VIROLOGICA para VIH para confirmar el estatus de VIH a las 6 semanas después de que la lactancia materna haya sido detenida ➤ Visita de seguimiento en 14 días
INFECCIÓN POR VIH DESCARTADA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aconsejar a la madre sobre la alimentación y sobre su propia salud ➤ Tratar, aconsejar y dar seguimiento sobre las infecciones existentes

amarillo

verde

EJERCICIO DE RESPUESTAS CORTAS D IDENTIFIQUE EL TRATAMIENTO Y TRATAR

1. ¿Cómo podría tratar a un niño/a con las clasificaciones siguientes: POSIBLE INFECCIÓN POR VIH Y NEUMONÍA (sin sibilancias)?
2. ¿Cómo podría tratar a un niño/a con las clasificaciones siguientes: POSIBLE INFECCIÓN POR VIH Y NEUMONÍA GRAVE (con sibilancias presentes)?
3. ¿Cuándo se debe dar seguimiento a un niño/a con las clasificaciones siguientes: DIARREA PERSISTENTE Y POSIBLE INFECCIÓN POR VIH?
4. ¿Cómo podemos tratar a un niño/a con la clasificación NEUMONÍA (con sibilancias presentes) y SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA?

5. ¿Cómo podemos tratar a un niño/a con las clasificaciones siguientes: DIARREA PERSISTENTE E INFECCIÓN POR VIH CONFIRMADA?

6. ¿Cómo podemos tratar a un niño/a con las clasificaciones siguientes: NEUMONÍA (sin sibilancias presentes), DIARREA PERSISTENTE, DISENTERÍA, INFECCIÓN CRÓNICA DEL OÍDO, MUY BAJO PESO E INFECCIÓN CONFIRMADA DE VIH?

En la sección 4, usted aprendió como diagnosticar y clasificar al menor de 2 meses y al niño/a por VIH, y en la sección 5 aprendió a identificar el tratamiento adecuado para el menor de 2 meses y el niño/a clasificado con VIH. En las siguientes tres secciones usted podría aprender también como diagnosticar, clasificar y tratar al menor de 2 meses y al niño/a con infección por VIH confirmada o sospecha de infección por VIH:

- Enfermedad común aguda (sección 6.0)
- Infecciones oportunistas (sección 7.0), incluyendo:
 - problemas de piel,
 - problemas en la boca y
 - otras infecciones oportunistas
- Usted también podrá aprender cómo prevenir infecciones oportunistas y otras enfermedades comunes (sección 8.0):
 - provea profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol
 - provea suplementos de vitamina A

6.0 EVALUAR, CLASIFICAR, Y TRATAR POR ENFERMEDADES FRECUENTES

EVALUE a todos los niños/as enfermos entre los 2 meses y hasta los 5 años de edad con signos de peligro general. Refiérase a sus cuadros de procedimientos de AIEPI para encontrar una lista de estos signos de peligro en general.

La tabla de abajo indica cuáles niños/as requieren remisión urgente al hospital y cuáles no la requieren:

SIGNOS QUE INDICAN	SIGNOS/CONDICIONES QUE INDICAN
<p>REFERENCIA URGENTE</p> <p>Menores de 2 meses: con una Clasificación GRAVE (rojo)</p> <p>Niño de 2 meses a 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con un signo de peligro en general, o una clasificación GRAVE (roja) 	<p>REFERENCIA NO URGENTE</p> <p>Menores de 2 meses: Si los menores de 2 meses están clasificados como POSIBLE INFECCIÓN POR VIH/EXPUESTO AL VIH, remita para pruebas virales de VIH si están disponibles</p> <p>Niños/as de 2 meses hasta 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para prueba de VIH confirmatoria si no puede realizarse en el lugar • La condición del niño/a enfermo es la misma en la visita de seguimiento • Tose por más de 30 días

Es importante señalar que las enfermedades agudas frecuentes en lactantes y niños/as con sospecha de infección o VIH confirmado pueden usualmente ser manejadas de acuerdo a los guías de AIEPI, por ejemplo malaria, diarrea e infección de oído.

Usted deberá estar alerta respecto a las siguientes consideraciones especiales

En el caso de DESNUTRICIÓN:

- Los niños/as con sospecha de VIH o VIH confirmado, pueden padecer de todas las formas de DESNUTRICIÓN. Por eso, durante cada visita de seguimiento usted deberá evaluar y clasificar el niño/a por desnutrición utilizando los cuadros de procedimientos de AIEPI sobre desnutrición y anemia y graficas (pagina 6 del manual AIEPI). Usted deberá anotar el peso del niño/a en una tarjeta para identificar la evolución y crecimiento del niño/a y realizar una pronta intervención nutricional antes de que el menor de 2 meses llegue a desnutrirse.
- Usted podría necesitar identificar y aconsejar a la madre sobre los problemas de alimentación de forma temprana antes de que desarrolle la desnutrición (Cuadros de procedimientos, página 26).
- Siga los lineamientos de AIEPI para el manejo de un niño/a con DESNUTRICIÓN GRAVE, MUY BAJO PESO O NO MUY BAJO PESO.

En resumen usted podría necesitar proveer los siguientes cuidados especiales:

- Si el niño/a no gana peso o pierde peso entre las medidas mensuales, tome una historia detallada de salud y alimentación. Si no hay una explicación obvia para el MUY BAJO PESO, en vez dar tratamiento, remita al niño/a para diagnóstico.
- Algunos niños/as podrían tener desnutrición grave (emaciación grave o edema generalizado) quizás no debido al VIH u otras infecciones, sino también debido a fallas de una nutrición adecuada. Aconseje a la madre utilizando el manual de alimentación de AIEPI con sus recomendaciones. Usted podrá aprender más acerca de esto en el Módulo 3.

En el caso de NEUMONÍA en el niño/a (con edad entre los 2 meses y hasta 5 años), es requerido un manejo adicional:

CLASIFICACIÓN	MANEJO ADICIONAL NECESARIO
NEUMONÍA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el niño/a ha recibido profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol, utilice amoxicilina oral como tratamiento de primera línea para NEUMONÍA ➤ Si no se le está administrando profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol, usted puede tratar la neumonía con amoxicilina, pero también inicie la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol ➤ Si en la visita de seguimiento después de 2 días, la condición del niño/a no ha cambiado refiéralo

7.0 EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PARA INFECCIONES OPORTUNISTAS

El niño/a infectado con VIH tiene un sistema inmunológico debilitado, por lo que desarrolla infecciones oportunistas más fácilmente. Algunas de estas infecciones oportunistas se presentan como neumonía, diarrea y enfermedades febriles graves, por lo que podría ser necesario referirlo al hospital. Otras enfermedades pueden ser manejadas en el nivel de atención que usted maneja, por ejemplo problemas de la boca o problemas de la piel

Cuando esté evaluando por otros problemas, recuerde preguntar acerca de problemas de piel y boca en niños/as que son clasificados como “POSIBLE INFECCIÓN DE VIH o EXPUESTOS AL VIH”, o “INFECCIÓN DE VIH CONFIRMADA” o “SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA”.

Si usted no está seguro sobre algún problema en particular, en la boca o en la piel, entonces remita el niño/a a un segundo nivel de atención para su evaluación y continuar con el tratamiento y el manejo que requiera.

7.1 EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PARA PROBLEMAS DE PIEL

Los niños/as clasificados con INFECCIÓN DE VIH CONFIRMADA o SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA o POSIBLE INFECCIÓN POR VIH/EXPUESTO AL VIH pueden tener problemas de piel.

Regrese al cuadro de problemas piel en su guía y lea la sección sobre cómo identificar problemas de la piel. Note que el niño/a puede tener más de un problema de piel; por eso los problemas de la piel no siguen las principales clasificaciones estándar de AIEPI .

¹ AIEPI principales clasificaciones: clasificación en el Rojo denota enfermedad seria y requiere remisión; Amarillo significa que el niño/a requiere tratamiento apropiado; Verde significa que el niño/a no requiere atención médica específica, solamente aconsejar a la madre.

7.1.1 Identifique los problemas de piel si el niño/a tiene prurito

Vea la sección 1 del álbum de fotos y la página 50 (edición 2009) de los cuadros de procedimientos.

SIGNOS	CLASIFIQUE COMO:	TRATAMIENTO	Hallazgos VIH
<p>Erupción pruriginosa con pequeñas pápulas y marcas de rascado.</p> <p>Manchas oscuras con palidez central.</p>	ERUPCIÓN PAPULAR PRURIGINOSA (PRURIGO)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar el prurito <ul style="list-style-type: none"> – Loción de Calamina – Antihistamínicos por vía oral – Si no mejora, hidrocortisona tópica al 1% ➤ Puede ser un signo temprano de VIH Y necesita evaluación por VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedad definida en el estadio 2
<p>Una lesión dolorosa circular con el borde elevado y una fina área escamosa en el centro con pérdida de pelo. Puede también ser hallado en otras partes del cuerpo aparte del cuero cabelludo sobre todo la planta del pie.</p>	(TIÑA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antimicóticos TÓPICOS ➤ Si es muy extensa remita, si no administre, ketoconazol o griseofulvina o ➤ Fluconazol, según disponibilidad <ul style="list-style-type: none"> – Si está en la línea del pelo, afeite el pelo, y trate como dice arriba 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infección micótica de las uñas se define como enfermedad dentro del estadio clínico 2
<p>Erupciones y excoriaciones en el torso; espacio intertriginoso, muñecas.</p> <p>Cara intacta</p>	ESCABIOSIS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maneje con medicación escabicida (vea la siguiente página) ➤ Trate el prurito 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede manifestar escabiosis florida en niño/a infectado por VIH

Trate el Prurito

- Loción de Calamina
- Antihistamínico ORAL
- Si no mejora, considere el uso de esteroides tópicos, e.j. hidrocortisona al 1%

TIÑA tratamiento:

Dosis recomendada para ketoconazol

EDAD DEL NIÑO/A	PESO	TRATAMIENTO
2 meses hasta 12 meses	(3 - <6kg) (6 - <10kg)	20 mg una vez al día 40 mg una vez al día
12 meses hasta 5 años	(10 - 19kg)	60 mg una vez al día

Dosis recomendada para fluconazol

Primer día	6 mg / Kg una vez al día
Segundo día y subsiguientes	3 mg / Kg una vez al día

Dosificación recomendada para griseofulvina

EDAD DEL NIÑO/A	PESO	Dosis, frecuencia y duración
2 meses hasta 12 meses	(3 - <6kg) (6 - <10kg)	10 mg/kg/día: por ejemplo, un bebé de 3 kg – 30 mg; de 6 kg – 60 mg –una vez al día 10mg /kg/día una vez al día
12 meses hasta 5 años	(10 - 19kg)	10mg/kg/día una vez al día

Tratamiento para la escabiosis

Trate con uno de los siguientes:	Periodo de tratamiento	PRECAUCIONES
		Todos los tratamientos podrían aumentar el prurito (cuando las larvas mueren y desarrollan una respuesta inflamatoria); luego el prurito desaparece
Lindano al 1% (Hexacloruro de gamma benceno) crema o loción (> de 2 años)	Una vez – baño después de 24 horas (después de 12 horas en niños/as)	Potencialmente tóxico si se sobre utiliza; evite durante el embarazo y en niños/as pequeños
Emulsión de Benzoato de bencilo al 25% – diluya 1:1 para niños/as; 1:3 para menores de 2 meses	Aplicar de noche y bañar en las mañanas – repita x 3 días (recomendaciones variables)	Tendencia a irritar la piel
Crema de Permetina 5%	Aplicar en todo el cuerpo y dejar actuar 8-16 horas, repetir una semana después	COSTOSO, muy baja absorción sistémica y toxicidad. No usar en < 2 meses
Ivermectina oral	Dosis única (200 microgramos/ Kg)	No se ha establecido seguridad en niños/as pequeños

Tratar convivientes

7.1.2 Identifique los problemas de piel si la piel tiene vesículas/Llagas/pústulas

Vea la sección 2 del álbum de fotos y la página 45 de los cuadros de procedimientos

SIGNOS	CLASIFIQUE COMO	TRATAMIENTO	HALLAZGOS DE VIH
<p>Vesículas sobre todo el cuerpo, que ocasionalmente afectan a la mucosa.</p> <p>Las vesículas aparecen progresivamente en días y forman costras después de romperse.</p>	VARICELA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trate el prurito ➤ Alerta en fiebre prolongada y sobreinfección bacteriana en piel ➤ REMITA URGENTEMENTE si aparece neumonía o ictericia o se encuentra aletargado ➤ Asegurar aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación atípica más extensa y grave en niños/as inmunodeprimidos
<p>Vesículas en un área o en un lado del cuerpo con dolor intenso o cicatrices con dolor punzante.</p> <p>Herpes zoster es infrecuente en niños/as excepto cuando están inmuno comprometidos, por ejemplo si están infectados con VIH</p>	HERPES ZOSTER	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenga la lesión limpia y seca. Use antiséptico local ➤ Si el ojo está afectado use aciclovir oral ➤ Administre medicamento para el dolor ➤ Visita de seguimiento en siete días si las llagas no están totalmente curadas ➤ Remita si se produce alteraciones del sensorio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedad más prolongada ➤ Vesículas hemorrágicas, ulceración ➤ Enfermedad definida en estadio clínico 2
<p>Lesiones vesiculares o llagas, que también afectan a los labios, la mucosa oral</p>	HERPES SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el niño/a es incapaz de alimentarse, remítalo ➤ Si es el primer episodio o tiene ulceración grave administre, aciclovir oral 	<p>puede extenderse con úlceras graves en la boca</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Curación retardada ➤ Si es > 1 mes, es una enfermedad definida en el estadio clínico 4
<p>Enrojecimiento, hipersensibilidad, calentamiento costras melicéricas de tamaño variable en piel</p>	IMPÉTIGO O FOLICULITIS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpie las ampollas con antiséptico ➤ Drene el pus si está fluctuante ➤ Inicie antibióticos apropiados¹¹ si el tamaño es >4 cm o están rojas, hay 2 o más áreas afectadas o compromete el estado general del paciente o no mejora tras 48 horas de tratamiento o fiebre o múltiples abscesos durante 5 días. ➤ Remita URGENTEMENTE si el niño/a tiene fiebre persistente a pesar de tratamiento adecuado durante 48 horas y/o si tiene infección que se extiende al músculo o aparece dificultad respiratoria 	

1 Antibióticos apropiados: Cloxacilina, dicloxacilina, cefalosporina de 1ª generación, amoxicilina-clavulanato.

Dosificación recomendada para cloxacilina / Dicloxacilina

Peso del niño/a	Presentación	Dosis, cada 6 horas durante 5 días
3-<6kg	250mg cápsula	½ tableta
6-<10kg		1 tableta
10-<15kg		1 tableta
15-<20kg		2 tabletas

Dosificación recomendada para cloxacilina / Dicloxacilina

Amoxicilina-clavulanato	40 mg / Kg / día (del componente amoxicilina); en 3 dosis
Cefalexina	25-50 mg / Kg / día; en 3 dosis

7.1.3 Medicamentos relacionados con erupciones en la piel

Vea la sección 5 del álbum de fotos y la página 50 (versión 2009) de los cuadros de procedimientos.

Los exantemas medicamentosos son frecuentes en niños/as con infección por VIH. Estudie las fotografías en el álbum de fotos para identificar las reacciones comunes de las erupciones ante los medicamentos, incluyendo erupciones fijas, como el eczema y el Síndrome de Steven Johnson (SSJ). SSJ es una reacción grave con lesiones en diana /ampollas/ reblandecimiento de la piel, que afecta a las superficies mucosas incluyendo la boca y el ojo. Como esta alteración es potencialmente mortal, el paciente debe ser referido urgentemente.

Podrá leer en el Módulo 4 sobre el manejo de las reacciones a estos medicamentos cuando aparecen como consecuencia de los medicamentos antiretrovirales.

SIGNOS	CLASIFIQUE COMO	TRATAMIENTO	HALLAZGOS DE VIH
Enrojecimiento generalizado, diseminado con pequeñas ampollas o vesículas; o una o más áreas de piel oscuras	EXANTEMA MEDICAMENTOSO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suspenda las medicaciones ➤ Administre antihistamínicos orales ➤ Si es un exantema exfoliante (como resultado de una reacción grave, por ejemplo el Síndrome de Steven Johnson con afectación de los ojos y la boca o dificultad respiratoria), remita urgentemente 	Podría ser un signo de reacción debido a los antiretrovirales BASTANTE FRECUENTE
Úlceras húmedas, secas o excoriadas, placas gruesas	ECZEMA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empapar las úlceras con agua limpia para eliminar las costras (no utilizar jabón) ➤ Seque la piel con cuidado ➤ Utilizar esteroide tópico en crema durante un periodo corto de tiempo (no aplique en la cara) ➤ Trate el prurito 	
Problema en la piel limitado al área de contacto como problema fundamental Precoz: enrojecido y caliente Tardía: grueso, seco y escamoso	DERMATITIS DE CONTACTO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crema de Hidrocortisona al 1% ➤ Si la reacción es grave con ampollas, exudado o edema remita URGENTEMENTE al hospital ➤ Encontrar y suspender el medicamento causante 	
Reacción grave debido a la utilización de trimetoprim-sulfametoxazol o ARV como NVP o EFV que afectan a los ojos o a la boca. Pudiendo causar también dificultad respiratoria	SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suspenda la medicación ➤ Refiera URGENTEMENTE al hospital 	Puede verse con el uso de trimetoprim-sulfametoxazol o nevirapina

7.1.4 Identifique los problemas de la piel si un niño/a tiene erupción en la piel sin síntomas o con pocos síntomas

Vea sección 3 del libro de fotografías y la página 50 (versión 2009) del folleto.

SIGNOS	CLASIFIQUE COMO	TRATAMIENTO	HALLAZGO VIH
Pápulas del color de la piel perladas con umbilicación central Este es el más comúnmente visto en cara y tronco en niños/as	MOLUSCO CONTAGIOSO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede ser tratado de varias modalidades: Evitar cualquier tratamiento a menos que se sobre infecte ➤ Uso de fenol: Pinchar cada lesión con una aguja e inyectar fenol ➤ Electro cauterización ➤ Aplicación de nitrógeno líquido ➤ Curetaje ➤ Asegure no uso de aguas recreacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incidencia es alta ➤ Puede ser visto Molusco Gigante ➤ Pueden verse más de 100 lesiones ➤ Lesiones a menudo crónicas y difícil de erradicar ➤ Molusco extenso es una enfermedad definida en el escenario 2
Las verrugas aparecen como pápulas o nódulos con una superficie rugosa (verrugas)	VERRUGAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ácido salicílico y o láctico en preparaciones tópicas ➤ Nitrógeno líquido crioterapia ➤ Electro cauterio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lesiones más numerosas y resistentes a la terapia ➤ Verrugas extensas virales, enfermedad definida en el escenario 2
Placas grises y eritematosas o en región centro facial, pliegues corporales	SEBORREA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ketoconazol en shampoo ➤ Si es grave, remita o provea esteroides tópicos Para dermatitis seborreica: ➤ Trate con hidrocortisona al 1% en crema dos veces al día o crema acuosa ➤ Si la dermatitis es grave, refiéralo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La dermatitis seborreica puede ser grave en niños/as infectados con VIH

7.2 EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LOS PROBLEMAS EN CAVIDAD ORAL

7.2.1 Candidiasis

Ver la tabla de los cuadros de procedimientos en la página 47.

La candidiasis es frecuente en pacientes con infección de VIH. Se pueden ver placas blancas sobre la mucosa oral o infección extensa de la faringe y el esófago. Estas placas tienen una base enrojecida al rasparlas. Los niños/as con candidiasis oral grave tienen dificultad para tragar.

SIGNOS	CLASIFIQUE COMO	TRATAMIENTO
No es capaz de tragar	CANDIDIASIS ESOFÁGICA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Remita URGENTEMENTE al hospital ➤ Inicie tratamiento con fluconazol ➤ Si está con lactancia materna, trate a la madre para candidiasis en las mamas
Dolor o dificultad para tragar	CANDIDIASIS ESOFÁGICA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administre fluconazol ➤ Administre cuidados orales ➤ Si la madre está lactando evalúe y trate la madre para candidiasis en las mamas ➤ Visita de seguimiento en dos días ➤ Diga al a madre cuando regresar de inmediato ➤ Una vez estabilizado, remita para iniciar TARV- Enfermedad estadio 4
Placas blancas en la boca que pueden ser despegadas	CANDIDIASIS ORAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trate la candidiasis y los problemas asociados a la alimentación de acuerdo con AIEPI ➤ Aconseje a la madre sobre los cuidados en el hogar pero la madre deberá: <ul style="list-style-type: none"> • Lavar sus manos con agua y jabón antes y después de aplicar el tratamiento • Lavar la boca del niño/a con un suave paño envuelto alrededor del dedo y humedecido en agua salada. • Poner 1 ml de nistatina cuatro veces al día o aplicar con cierta fuerza con violeta de genciana al 1/2 durante siete días en la boca • Evite la alimentación durante 20 minutos después de la medicación ➤ Si está con lactancia materna, evalúe las mamas de la madre por si hubiera candidiasis presente (piel seca, escamas brillantes en el pezón y la aureola), tratamiento con nistatina o GV ➤ Aconseje a la madre lavar los pechos después de alimentar. Si lo alimenta con biberón, aconséjela cambiar a taza y cuchara ➤ Si la candidiasis faringea es recurrente y grave considere infección VIH SINTOMÁTICA ➤ Administre acetaminofén si fuera necesario para el dolor <p>Enfermedad de estadio 3</p>
Lesiones blanquecinas a los lados de la lengua	LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esto no requiere tratamiento independiente, pero se resuelve con TARV y aciclovir <p>Enfermedad del estadio 3</p>

7.2.2 Úlceras en la cavidad oral

SIGNOS	CLASIFIQUE COMO	TRATAMIENTO
Úlceras profundas y extensas de la boca o encías No es capaz de comer	INFECCIÓN GRAVE EN LA BOCA O ENCÍAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Remita URGENTEMENTE al hospital ➤ Si es posible, antes de referirlo administre primero la dosis de aciclovir ➤ Inicie metronidazol si la remisión no es posible ➤ Si el niño/a está recibiendo terapia antirretroviral, esta puede ser una reacción a drogas por lo que remita al segundo nivel de atención para evaluación
Úlceras de la boca o encías	ÚLCERAS EN LA ENCÍA O BOCA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñe a la madre como limpiar las úlceras con solución salina, agua oxigenada o bicarbonato de sodio ➤ Si tiene en los labios o afecta a las encías interiores administre aciclovir si es posible, si no es posible, refiéralo. ➤ Si el niño/a está recibiendo trimetoprim-sulfametoxazol o medicamentos antirretrovirales o profilaxis con isoniazida (INH) para TB) dentro del último mes, puede ser una erupción por medicamentos, especialmente si el niño/a tiene también erupción en la piel, por lo tanto es necesario remitirlo. ➤ Proporcionar tratamiento para el dolor ➤ Visita de seguimiento en siete días

Dosificaciones recomendadas de aciclovir (para las úlceras de la boca/encías infección):

Edad del niño/a	Dosis, frecuencia y duración
<2 años	200mg /8 horas durante 5 días
>2 años	400mg /8 horas durante 5 días

Dosificación recomendada de Fluconazol (para candidiasis esofágica grave) y Nistatina (para candidiasis oral):

Dosificación para	Fluconazol		Nistatina
	50mg/5ml suspensión oral	50 mg capsula	Suspensión Oral 100,000 unidades/ml
3 - <6kg	-	-	1-2 ml cuatro veces al día para todos los grupos de edades
6 - <10kg	-	-	
10 - <15kg	5 ml una vez al día	1	
15 - <20kg	7.5 ml una vez al día	1-2	
20 - 29kg	12.5 ml una vez al día	2-3	



EJERCICIOS DE RESPUESTAS CORTAS

Conteste las siguientes preguntas individualmente, y luego discutir las en plenaria con el facilitador:

1. ¿Cómo trataría a un niño/a con la siguiente clasificación: POSIBLE INFECCIÓN DE VIH, MUY BAJO PESO Y ENCÍAS/ ULCERAS EN LA BOCA?
2. ¿Cómo trataría a un niño/a con la clasificación de: IMPÉTIGO, NO MUY BAJO PESO Y POSIBLE INFECCIÓN VIH?
3. ¿Cómo trataría a un niño/a con CANDIDIASIS ORAL?
4. ¿Cómo trataría a un niño/a con HERPES ZOSTER?

El facilitador podría ahora enseñarle con una evaluación cómo tratar las infecciones de la piel y la boca:

Discrimine: evalúe y trate la piel e infecciones en la boca

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿La presencia de erupciones relacionadas a medicamentos son una indicación para la remisión?	
¿Cuáles son los signos de Herpes Simple?	
¿Cuáles son los signos de Herpes zoster?	
¿Cómo reconocería una reacción medicamentosa?	
¿Cómo reconocería el molusco contagioso?	
¿Cómo trataría el molusco contagioso?	
¿Cómo reconocería la seborrea?	
¿Cómo trataría las verrugas?	
¿Cómo reconocería la candidiasis esofágica y qué tratamiento debe administrar?	

8.0 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

8.1 ADMINISTRE PROFILAXIS CON TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL

Los lactantes y niños/as con sospecha de infección o confirmada por VIH pueden adquirir una neumonía grave y otras infecciones serias a una temprana edad. A menudo esto ocurre antes de que el estatus de VIH haya sido confirmado.

Una enfermedad seria que pone en peligro la vida como una forma de neumonía causada por un organismo llamado *Pneumocystis jirovecii* (previamente llamado carinii), es comúnmente llamada PCP.

La profilaxis regular con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX o trimetoprim-sulfametoxazol) es una estrategia simple y poco costosa para prevenir esta neumonía. La profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol, en niños/as con sospecha de infección por VIH o infección por VIH confirmada disminuye enfermedades y muertes debido a PCP y otras infecciones bacterianas comunes independientemente de que el TARV haya sido o no iniciado.

Nota: La profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol sigue siendo muy importante, incluso con el aumento del acceso al TAR; mejora la supervivencia incluso en ausencia de TARV.

La profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol es una de las intervenciones que los niños/as expuestos o confirmados con VIH necesitarán durante largo tiempo. Para estar seguros de que los cuidadores y/o el niño/a son capaces de seguir adecuadamente el tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol, se requiere consejería continuada. Podrá aprender más acerca del tratamiento durante el Módulo 4 de este curso y en el curso básico de TARV de AIEPI.

Los detalles para profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol en lactantes expuestos al VIH son dados a continuación².

² Guías revisadas de la OMS para profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol en –expuestos al VIH y niños/as infectados VIH en investigación en países con recursos limitados, Geneva, Mayo 10-12, 2005.

8.1.1 ¿Qué niño/a debe recibir profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol y cuándo debe iniciarse?

- Todos los menores de 2 meses clasificados como POSIBLE INFECCIÓN DE VIH/EXPUESTO.
- Cualquier niño/a de 2 meses hasta los 5 años clasificado como SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA (realice todos los esfuerzos para confirmar la infección).
- Todos los niños/as con infección de VIH confirmada menores de 12 meses de edad.
- Todos los niños/as de 12 meses a 5 años con infección confirmada de VIH y un estadio de OMS 2/3/4 o CD4 < 25% (recuerde vigilar si el niño/a esta en TARV* o no).

** Usted podrá aprender más acerca del TARV y la clasificación de OMS en el Módulo 4*

8.1.2 ¿Cuándo debe iniciarse la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol?

- 1) Desde la 4 o 6 semana en todos los niños/as clasificados como POSIBLE INFECCIÓN DE VIH/EXPUESTOS AL VIH
- 2) Tan pronto como sea posible en los siguientes grupos de niños/as:
 - Cualquier niño/a entre los 2 meses y los 5 años clasificado con SOSPECHA DE INFECCIÓN SINTOMÁTICA POR VIH
 - Cualquier niño/a con sospecha de infección por VIH (síntomas clínicos sugestivos de VIH pero aún sin confirmación de laboratorio)
 - Todos los niños/as de 12 meses hasta los 5 años de edad con infección confirmada de VIH y con los escenarios 2/3/4 de la OMS o CD4 < 25% (indistintamente de si el niño/a está en ART o no)
 - Niños/as de 6 años de edad o mayores siguiendo las recomendaciones para adultos
- 3) Si el niño/a infectado con VIH califica para trimetoprim-sulfametoxazol y TARV simultáneamente, comenzar primero con trimetoprim-sulfametoxazol, por si aparecieran efectos secundarios, identificar claramente el fármaco responsable

8.1.3 Cuándo debe suspenderse la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol

- 1) En niños/as clasificados con POSIBLE INFECCION DE VIH/ EXPUESTO AL VIH o SOSPECHA DE INFECCION SINTOMATICA POR VIH, suspenda el trimetoprim-sulfametoxazol solo cuando la infección por VIH haya sido descartada definitivamente y cuando la madre no esté amamantando.
- 2) Graves toxicidades como el Síndrome de Steven Johnson o dermatitis exfoliativa o palidez grave. Este niño/a debe de ser referido a un nivel de salud secundario para diagnóstico y medicamentos alternativos. Si no está seguro sobre si suspender la terapia con trimetoprim-sulfametoxazol, remita al niño/a a un nivel secundario para evaluación y consejo.
- 3) En ausencia de información, es recomendable que los menores de 12 meses con infección por VIH confirmada, en zonas de escasos recursos continúen el trimetoprim-sulfametoxazol indefinidamente; aunque en los niños/as que reciben TARV durante más de 12 meses, la retirada del fármaco puede considerarse cuando:
 - Los resultados de CD4 son mayores del 25% (1-4 años); a partir de los 5 años seguir indicaciones para adultos.
 - Cuando se demuestra evidencia de buena adherencia y acceso seguro al TARV, y
 - Cuando no hay presentes problemas de los estadios clínicos 2, 3 o 4 de la OMS.

8.1.4 Dosis de trimetoprim-sulfametoxazol para profilaxis

Medicamento: Trimetoprim-sulfametoxazol (Trimethoprim-sulfamethoxazol o TMP/SMX):

Disponible en las formulaciones siguientes:

- Jarabe: 40 mg TMP/200mg SMX por 5 ml
- Tabletas de adultos: potencia sencilla 80 TMP/400mg SMX
- Tableta Pediátrica: potencia sencilla 20mg TMP/100mg SMX

Presentaciones y dosificación recomendada (una vez al día)				
Dosis diaria recomendada	Suspensión (200 mg / 40 mg por cada 5 ml de jarabe)	Tableta infantil 100 mg / 20 mg	Tableta simple del adulto 400 mg / 80 mg	Tableta fuerte del adulto 800 mg / 160 mg
Menores de 6 meses: 100 mg SMX 20 mg TMP	2,5 ml	1	1/4 puede mezclarse con las comidas	–
6 meses a 5 años: 200 mg SMX 40 mg TMP	5 ml	2	1/2	–
6 a 14 años: 400 mg SMX 80 mg TMP	10 ml	4	1	1/2
Mayores de 14 años: 800 mg SMX 160 mg TMP	–	–	2	1

Recomendación: Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños/as en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal recomendaciones para un enfoque de salud pública; 2008.

Los facilitadores le guiarán ahora a través de la siguiente actividad:

1. ¿Qué niños/as deben recibir profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol?	
2. ¿A qué edad debe iniciar la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol?	
3. ¿Cuáles son los efectos secundarios más serios de la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol?	
Actividad en dosificación de Trimetoprim-sulfametoxazol: <i>Escriba las dosis teóricas para los siguientes niños</i>	
Edad del niño	Dosis diaria
4. 6 semanas	
5. 4 años	
6. 6 meses	
7. 12 meses	
8. 15 meses	
9. 5 años	

8.2 INMUNIZACIÓN

- Los niños/as expuestos al VIH deben recibir todas las vacunas incluyendo la Hib, tan pronto como sea posible, de acuerdo con las recomendaciones de los calendarios nacionales de vacunas.
- La vacuna de hepatitis B debe aplicarse a todos los recién nacidos.
- Los niños/as que estén gravemente enfermos no deben ser vacunados.
- Los niños/as con sospecha de infección por VIH o infección confirmada por VIH deben recibir la vacuna del sarampión a los 12 meses de edad.
- Vacunación frente a tuberculosis con bacilo Calmette-Guerin (BCG). Nuevos hallazgos indican un alto riesgo de desarrollar enfermedad diseminada por BCG en niños/as infectados por el VIH y, por lo tanto, la vacuna BCG no debe utilizarse en los niños/as que se sabe que están infectados por el VIH. Los niños expuestos al VIH, con sintomatología atribuible al VIH la BCG está contraindicada. En niños expuestos a VIH asintomáticos en ausencia de confirmación debe retrasarse la vacunación hasta que la infección por VIH esté definitivamente descartada. No obstante, en países con alta prevalencia de tuberculosis, especialmente si hay tuberculosis multidrogorresistente puede considerarse la vacunación con BCG al nacimiento, siempre que pueda asegurarse la posibilidad de diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad por BCG.
- Los menores de 12 meses con infección sintomática por VIH, NO deben recibir las siguientes vacunas de virus vivos: fiebre amarilla, polio oral, triple vírica, varicela, rotavirus.
- Los niños/as con infección por VIH confirmada pueden recibir vacunas de virus vivos de acuerdo a su estado inmunológico (CD4 > 25%).
- Se recomienda vacunación con vacuna conjugada con proteína para neumococo y para influenza de acuerdo a disponibilidad en cada país.

8.3 SUPLEMENTO DE VITAMINA A Y HIERRO

Los lactantes y niños/as infectados con VIH deben seguir el mismo protocolo de suplemento de Vitamina A y hierro que los lactantes y niños/as no infectados, sincronizándose con las campañas de vacunación o las visitas ya programadas al centro de salud.



EJERCICIO ESCRITO C

Utilice los formularios de registro utilizados en los ejercicios escritos A (Módulo 1) y B (Módulo 2). Escriba el tratamiento adicional necesario para María, Daniel, Raúl y Enrique, basándose en la clasificación de VIH utilizadas en el ejercicio B del Módulo 2.

9.0 RESUMEN DEL MÓDULO Y CLAUSURA

El facilitador preguntará brevemente como resumiría los tópicos que han sido cubiertos por el Módulo 2. Los participantes podrán mencionar que les ha enseñado este módulo y el facilitador listará las respuestas en la pizarra.

Observe nuevamente los objetivos de aprendizaje del módulo y exponga su criterio sobre si estos han sido alcanzados.

Usted puede resaltar cualquier área de dificultad, en la que necesite aclaraciones, y realizar sus preguntas finales.

Ustedes han completado el Módulo 2 y están listos para continuar con el Módulo 3, el cual provee abundante información sobre cómo aconsejar a la madre VIH positiva.

Para mayor información contáctese con

Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington DC 20037

202.974.3000

www.paho.org

