

Iniciativa Regional para la Eliminación de la
Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita
en América Latina y el Caribe:

ESTRATEGIA DE MONITOREO REGIONAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR**

unicef 



aecid
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo



**Canadian International
Development Agency**

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional”.

Washington, D.C.: OPS © 2010
(OPS/FCH/HI/06-09.E)

Autor: Alonso González, Mónica

I. Título II. Serie

- 1 Sífilis Congénita
 - 2 Enfermedades de Transmisión Sexual
 - 3 Transmisión Vertical de Enfermedad
 - 4 Relaciones Madre-Hijo
 - 5 Infecciones por VIH
 - 6 Región del Caribe
 - 7 América Latina
- NLM WC161

La presente publicación ha sido posible gracias al financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA)

<http://www.paho.org/iniciativadeeliminacion>

Sitio CLAP/SMR: *<http://www.clap.ops-oms.org>*

BVS Mujer, Materna y Perinatal: *<http://perinatal.bvsalud.org/>*

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS

Casilla de correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org

Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional”

Publicación Científica CLAP/SMR 1574

2010

ISBN: 978-92-75-33095-1

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud gozan de protección de propiedad intelectual según lo establecido por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre el Derecho de Autor. Todos los derechos reservados. Las designaciones empleadas y la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión en absoluto de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud sobre la situación de ningún país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites.

La mención de las compañías específicas o de los productos de ciertos fabricantes no implica que sean avaladas o recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud preferentemente con respecto a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Exceptuando los errores y las omisiones, los nombres de los productos con marca registrada se distinguen utilizando mayúscula al inicio.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública, con 100 años de experiencia trabajando para mejorar la salud y el estándar de vida de los habitantes de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del sistema de Naciones Unidas, desempeñándose como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, y como la organización sanitaria del Sistema Interamericano. Por más información, referirse a: <http://www.paho.org>

La Organización Panamericana de la Salud atiende solicitudes de permiso para reproducir o traducir sus publicaciones, en forma parcial o completa.

Enviar las solicitudes y las preguntas a la Unidad del VIH/SIDA, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EE.UU., y con gusto se le hará llegar la información más reciente sobre cualquier cambio que se le haga al texto, los planes para las nuevas ediciones, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Agradecimientos

Este documento fue elaborado sobre la base de procesos de consulta con los estados miembros de la OPS sobre la Iniciativa Regional para la Eliminación de Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. OPS/FCH/ HI y CLAP-SMR agradecen a las organizaciones y personas que contribuyeron para esta publicación. Un agradecimiento especial para: Suzanne Jacob Serruya (CLAP/SMR/OPS) y Raúl Gonzáles Montero(OPS) por sus comentarios y por su liderazgo en el desarrollo conceptual de la Iniciativa de Eliminación; a Oriana Ramírez Rubio, quien contribuyó escribiendo varias secciones de este documento; al grupo de revisores de M&E por sus orientaciones y revisión del contenido técnico de este documento: Wilson Benia (CLAP/SMR), Nathalie Broutet (OMS), Sonja Caffè, (PHCO), Carolina Danovaro (OPS), Amalia Del Riego (PHCO), Marie-Marcelle Deschamps (Gesquio), Christopher J. Drasbek (OPS), Gottfried Hirschall (OPS), Ricardo Fescina (CLAP/SMR), Jesús María García Calleja (OMS), Bertha Gómez (OPS), Perry Gómez (The Bahamas MOH), Chika Hayashi (OMS), Geoffrey Ijumba (UNICEF), Jerry Jacobson (OPS), Mary Kamb (CDC), Fátima Marinho (OPS), Jennifer Mark (CDC), Víctor Mejía (OPS), Steve Nesheim (CDC), Carla Perdiz (UNICEF), María Dolores Perez-Rosales (OPS), Matilde Pinto (OPS), Cecilia Sánchez (UNICEF), Cristina Schneider (OPS), Omar Sued (OPS), Freddy Tinajeros (CDC), Luis Villa (PHCO), Marianela Villalta (UNICEF), Oriana Ramirez Rubio (OPS) y a los expertos de los siguientes países con los que se compartió y analizó este marco: Argentina, Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Uruguay.

SIGLAS

ALC	América Latina y el Caribe
ARV	Antirretrovirales
AU	Acceso Universal
CCH	Cooperación para la Salud en el Caribe
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva
CRC	Comité de los Derechos del Niño
CTV	Consejería y test voluntario del VIH
ETMN	Estudio de Transmisión en Madres y Niños
IM	Intramuscular
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MERC	Marco Estratégico Regional del Caribe
M&E	Monitoreo y Evaluación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P	Parto
PANCAP	Sociedad Pancaribeña para VIH/SIDA; por sus siglas en inglés: Pan Caribbean Partners Against HIV/AIDS
PHCO	Oficina de OPS en VIH para el Caribe
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
SAP	Servicios de atención prenatal
SC	Sífilis congénita
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SMI	Salud maternoinfantil
SSR	Salud sexual y reproductiva
TARV	Terapia antirretroviral
TMI	Transmisión maternoinfantil
TP	Trabajo de parto
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Tabla de contenidos

Resumen Ejecutivo.....	9
1. Introducción	11
2. La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Revisión Histórica ...	13
3. Monitoreo de la iniciativa de eliminación regional	15
4. Metas e indicadores	17
5. Definiciones y descripciones de los indicadores	23
1. Indicadores de impacto	23
1.1 Casos reportados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos por año	23
1.2 Tasa reportada de transmisión maternoinfantil del VIH: Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH que son positivos para VIH ...	26
2. Indicadores de productos	28
2.1 Porcentaje de embarazadas testeadas para VIH y que recibieron su resultado durante el embarazo, durante el trabajo de parto o el período puerperal (<72 horas), incluyendo aquellas con serología VIH positiva conocida previamente.	28
2.2 Proporción de mujeres embarazadas estudiadas para sífilis por edad gestacional	31
2.3 Proporción de mujeres embarazadas estudiadas para sífilis en la primera visita de atención prenatal	34
2.4 Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas con VIH que recibieron antiretrovirales para reducir el riesgo de TMI.....	36
2.5 Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH que reciben ARVs para PTMI.....	39
2.6 Porcentaje de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH a los que se hicieron pruebas del VIH	42

2.7	Porcentaje de embarazadas con serología positiva para sífilis que se tratan correctamente a las 24 semanas (o antes)	45
2.8	Proporción de mujeres embarazadas infectadas con sífilis cuyos contactos sexuales son tratados correctamente	47
3.	Indicadores de resultado	49
3.1	Proporción de mujeres embarazadas atendidas por personal de salud calificado por lo menos 4 contactos- en el período prenatal	49
3.2	Proporción de embarazadas con la primera consulta de atención prenatal antes de las 20 semanas de edad gestacional	52
3.3	Distribución de los niños nacidos de madres infectadas con VIH según las prácticas de alimentación a los 3 meses	55
3.4	Prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (desagregada por grupos etarios)	58
3.5	Prevalencia de sífilis en embarazadas (desagregada por grupos etarios)	60
3.6	Plan/estrategia integrada de eliminación de sífilis congénita y transmisión maternoinfantil del VIH a nivel del país	62

Resumen Ejecutivo

América Latina y el Caribe (ALC) constituyen la región que presenta la tasa más alta de sífilis a nivel mundial. En esta región, se estima que cada año nacen más de 164.000 niños con sífilis congénita. Respecto al VIH, se estima que habrá 6.400 niños con infección nueva, la mayoría de ellos por transmisión de madre a hijo. Ambas entidades se pueden evitar con intervenciones eficaces de bajo costo, que se encuentran disponibles técnicamente para los países de ALC. Los avances en América Latina y el Caribe son tórpidos, persistiendo brechas de acceso y prestación de estos servicios para las madres y sus hijos.

OPS y UNICEF están dando a los países estrategias y herramientas para apoyar la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita. Esta estrategia de monitoreo regional es un documento que acompaña a las recomendaciones provistas para la integración programática y el aumento a escala de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita y a las guías clínicas que apoyan este enfoque programático^{1, 2}.

El presente documento presenta la justificación de establecer una estrategia de monitoreo común y explica por qué se precisa este marco para hacer un seguimiento del progreso de la iniciativa de eliminación a nivel regional. Está destinado a gerentes de Programas Nacionales de SIDA e ITS, gerentes de Programas de Salud Maternoinfantil y especialistas en M&E en América Latina y el Caribe.

Específicamente, recomienda la presencia de un conjunto común de indicadores en los planes de monitoreo y evaluación de la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita de los países, lo que permite evaluar los esfuerzos regionales y establecer comparaciones entre los países en cuanto a los avances hacia metas comunes. Proporciona una descripción estructurada para la generación e interpretación a nivel nacional, de cada uno de los indicadores regionales esenciales. Por esta razón, cada indicador se acompaña de una hoja de referencia del indicador que brinda información detallada sobre la medición, fuentes de datos, frecuencia y justificación.

Tal como se establece en el documento conceptual de la Iniciativa para la Eliminación, la meta general es eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en

-
- 1 Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva; Montevideo: CLAP/SMR; 2009.
 - 2 Actualmente la guía clínica está disponible en español: OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington DC, 2009.

América Latina y el Caribe para 2015. Para medir los avances realizados en pos de esta meta, la OPS y UNICEF proponen dos objetivos del impacto:

1. Reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH a 2% o menos.
2. Reducción de la incidencia de sífilis congénita (incluyendo óbitos fetales) a 0,5 casos cada 1.000 nacidos vivos o menos.

Hay cinco logros principales que deben cumplirse para alcanzar los objetivos arriba mencionados:

1. Aumentar la cobertura de la atención prenatal y asistencia obstétrica calificada en el parto, a 95% o más para 2015.
2. Aumentar la cobertura de tamizaje del VIH y de la sífilis de mujeres embarazadas, a 95% o más para 2015.
3. Aumentar la cobertura del manejo profiláctico adecuado del VIH y el tratamiento de sífilis en embarazadas y el manejo profiláctico del VIH en niños a 95% o más para 2015.
4. Aumentar a más del 95% los centros de atención primaria de la salud que brindan servicios para la atención y diagnóstico del VIH e ITS de forma integrada con otros servicios (atención prenatal, salud sexual y reproductiva, servicios para adolescentes, violencia de género).
5. Aumentar a más del 95% el número de países que cuenten con sistemas de información para medir los avances hacia la eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita y apoyar la toma de decisiones.

La OPS seguirá los avances en base al conjunto propuesto de indicadores establecidos en este documento y guiará el proceso de certificación del país en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. La OPS y UNICEF darán su apoyo a los países en sus requerimientos de reporte y contribuirán a fortalecer sus sistemas de información, así como otros elementos clave para el éxito de la iniciativa.

1. Introducción

Quedando menos de una década para alcanzar los compromisos establecidos por los países en la Metas de Desarrollo del Milenio, hay un reconocimiento creciente de la carga que suponen el VIH y la sífilis en madres y niños en América Latina y el Caribe. Se estima que cada año en América Latina y el Caribe se infectan con VIH alrededor de 6.400 niños, la mayoría de ellos a través de una transmisión de madre a hijo y nacen anualmente más de 164.000 niños con sífilis congénita.^{3,4} La Organización Panamericana de la Salud y UNICEF, comprometidos en apoyar a los países a eliminar ambas enfermedades prevenibles en la región, han hecho el lanzamiento de una Iniciativa Regional para la Eliminación de Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita como problema de salud pública. Este documento brinda los fundamentos básicos y las orientaciones para el seguimiento del progreso de la Iniciativa Regional.

América Latina y el Caribe constituyen la región con mayor tasa de sífilis a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, de los 12 millones de nuevas infecciones que ocurren cada año a nivel mundial, tres millones ocurren solo en América Latina y el Caribe (ALC)⁵. La sífilis congénita es una de las formas más graves de enfermedad provocada por la infección de sífilis. Las mujeres embarazadas con sífilis activa presentan complicaciones graves del embarazo y hasta 80% de los casos pueden resultar en muerte fetal, muerte perinatal o infección neonatal grave. En ALC esta carga de enfermedad ocurre en un contexto donde la mayoría de los países tienen herramientas diagnósticas y tratamientos eficaces de bajo costo. La sífilis congénita es una enfermedad grave y prevenible que podría ser eliminada en la región con la tecnología actualmente disponible y la infraestructura de servicios sanitarios existente. Específicamente, el tamizaje de sífilis materna al principio del embarazo y un rápido tratamiento de las madres positivas con penicilina benzatínica intramuscular cura la sífilis en el recién nacido e impide la mayoría de las complicaciones. El tamizaje idealmente debería tener lugar antes de las 20 semanas de gestación y en la primera visita prenatal (SAP). Por lo tanto, debe considerarse que los casos nuevos de sífilis congénita son un marcador de falla de los sistemas sanitarios.

La transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH ocurre cuando una mujer VIH positiva pasa el virus a su hijo. Los hijos que nacen de mujeres que viven con VIH pueden infectarse

3 UNAIDS/WHO. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva, UNAIDS, 2008.

4 Schmidt G, Stoner B, Hawkes S, Broutet N. The Need and Plan for Global Elimination of Congenital Syphilis. Sexually Transmitted Diseases 2007; 34 (7): S5–S10

5 World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva: WHO; 2001. (WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10). URL disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf/. [Fecha de acceso: 10 de agosto del 2009].

durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o a través de la lactancia materna. Sin un tratamiento profiláctico, alrededor de 15-30% de los niños que nacen de mujeres VIH positivas se infectan con VIH durante el embarazo y el parto. Un 5-20% adicional se infecta a través de la leche materna.⁶ En algunos países del mundo, se ha eliminado virtualmente la TMI gracias a exámenes de laboratorio y consejería eficaces, acceso a terapia antirretroviral, prácticas seguras de parto y una amplia disponibilidad y uso seguro de sustitutos de la leche materna. Por el contrario, la cobertura de servicios de PTMI en América Latina y el Caribe sigue estando sorprendentemente rezagada. En 2007, se estimó que en ALC había 36.000 (30.000-45.000) mujeres embarazadas infectadas con VIH y sólo 13.000 reportaron haber recibido ARV para PTMI.

La OPS/OMS y UNICEF han sentado las estrategias técnicas para avanzar hacia la eliminación de la TMI del VIH y SC de manera integrada. Esta estrategia integrada demanda una vigilancia coherente y completa, sistemas de M&E a nivel del país que permitan establecer una situación de la línea de base y medir el progreso hacia la eliminación. La OPS realizará el seguimiento de los avances y guiará los procesos de certificación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita a nivel de país.

Este documento está destinado a los encargados de los Programas Nacionales de SIDA e ITS, a los encargados de los programas de salud maternoinfantil y a los especialistas en M&E en América Latina y el Caribe. Brinda un conjunto de indicadores básicos que se recomienda estén presentes en los sistemas de información de los países. Cada indicador se acompaña de una hoja de referencia, que presenta las descripciones estructuradas y la interpretación de cada indicador, información detallada sobre la medición, fuente de datos y frecuencia. Las definiciones y métodos comunes permitirán hacer un monitoreo del avance regional y realizar comparaciones a través del tiempo y entre los diferentes países.

Este documento:

1. Brinda el conjunto de indicadores recomendados para monitorear los avances de los países y regionales hacia la eliminación de la TMI del VIH y SC.
2. Facilita el uso final de los datos e indicadores para la planificación y evaluación de los programas.
3. Permite comparaciones de los avances hacia la meta de eliminación a través del tiempo y entre los países.
4. Brinda elementos clave para la certificación de la eliminación de la TMI del VIH y SC.

6 De Cock et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. JAMA 2000; 283(9)

2. La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Revisión Histórica

En 1994, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana hizo un llamamiento por la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas. Los esfuerzos para enfrentar esta situación culminaron en 1995 con la formulación del “Plan de Acción para la Eliminación de Sífilis Congénita”, durante la 116ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Este documento estableció las definiciones estándar para la sífilis congénita (SC) y claramente determinó la factibilidad de eliminar la sífilis congénita como un problema de salud pública en la región. Presentó estrategias y métodos específicos que de ser aplicados, llevarían a la eliminación de la sífilis congénita en la región de ALC.

Los avances en toda la región fueron limitados hasta 2003. En 2004, tuvieron lugar consultas técnicas que llevaron a la publicación de un marco de acción regional: “Marco para la aplicación de la eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe”⁸. En el área del VIH el “Plan Regional para VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015”, fue publicado con el principal objetivo de detener y comenzar a revertir la difusión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) para el año 2015.⁹

En 2006, los países de América Central y República Dominicana, con el apoyo de OPS y UNICEF, aunaron sus esfuerzos para crear la *Alianza PTMI*, con el objetivo de eliminar la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis.

Hasta la fecha algunos países han hecho importantes avances hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis como problemas de salud pública, mientras que en otros países persisten aún carencias importantes.

En 2008 y 2009, las consultas técnicas con las autoridades de salud pública y expertos en VIH, salud maternoinfantil y salud reproductiva concluyeron que la eliminación conjunta de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis en la región es factible y necesaria para alcanzar las metas y compromisos regionales. Se considera necesario adoptar un enfoque integrado para vencer las barreras y desafíos en la prestación de servicios, incluyendo la verticalidad de los programas y la adjudicación de recursos.

7 OPS. Plan de Acción para la Eliminación de Sífilis Congénita (OPS/OMS/CE116/14). Washington: OPS; 1995.

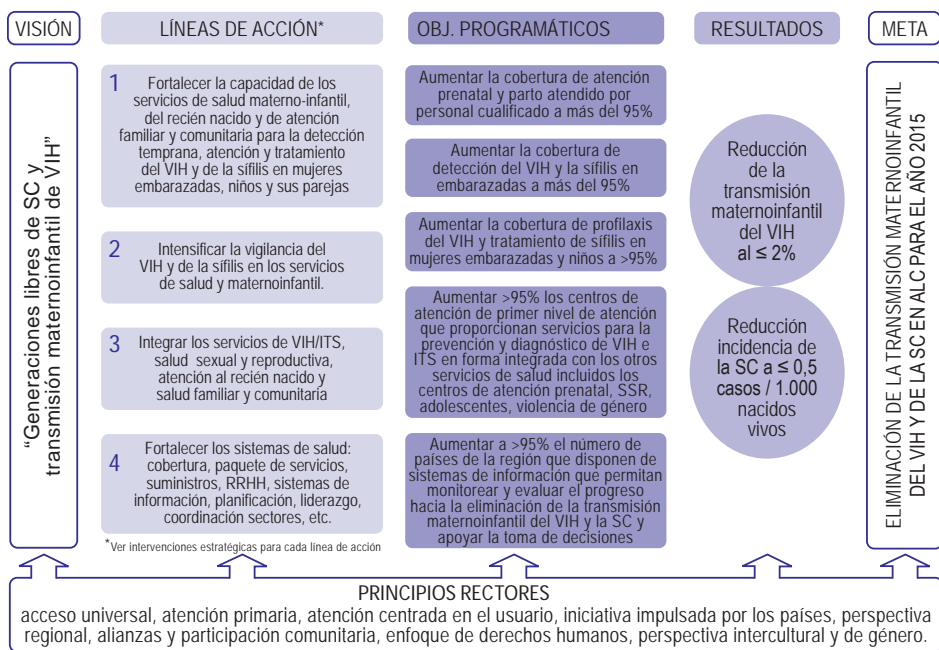
8 OPS. Eliminación de Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Marco de Referencia para su Implementación. Washington: OPS; 2005. URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf>.

9 OPS. Plan Estratégico Regional para VIH/SIDA/ITS 2006-2015: CD46.R15. Washington: OPS; 2004.

La OPS y UNICEF han elaborado guías clínicas y programáticas claras para los países, para apoyar la iniciativa de la eliminación conjunta de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. Un documento acompañante¹⁰ aborda las implicancias programáticas y presenta el marco conceptual para la iniciativa de eliminación regional (Figura 1). La segunda cita mencionada integrada desde un enfoque de salud pública para la gestión clínica de la sífilis y del VIH¹¹. Este marco programático y la guía clínica contienen una adaptación regional de la estrategia de la OMS presentada en “La eliminación mundial de la sífilis congénita: justificación y estrategia para la acción”, la que constituye un documento de referencia mundial para la eliminación de la sífilis congénita.

El presente documento es un tercer elemento de la Iniciativa de Eliminación Regional. Esta estrategia de monitoreo se suma al marco programático de la Iniciativa de Eliminación para facilitar el máximo uso de los datos y los indicadores para la planificación y evaluación de los programas por parte de los gobiernos, la Organización Panamericana de la Salud y los socios regionales.

Figura 1. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco conceptual.



10 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. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva; Montevideo: CLAP/SMR; 2009.

11 "Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe"

3. Monitoreo de la iniciativa de eliminación regional

El monitoreo y la evaluación (M&E)¹² representan la columna vertebral de los sistemas de salud pública que permiten proporcionar la información y evidencia esenciales concernientes a las mejores prácticas y a las lecciones aprendidas en los programas sanitarios. En este contexto, M&E es una función de gestión indispensable que ayuda a fortalecer la planificación de los programas y mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones dirigidas hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, como cuestiones de salud pública. Además de hacer un seguimiento de las tendencias de la epidemia del VIH/ITS, que tiene que ver fundamentalmente con la vigilancia, el interés se encuentra en un segundo tipo de monitoreo, de los indicadores de los programas. La mayoría de los indicadores no están diseñados para explicar por qué ha cambiado una situación o por que no ha podido cambiar, ya que están diseñados solo para medir el cambio. Es así que el análisis debería concentrarse en los indicadores que vinculan los diferentes niveles de medición (insumos, resultados, desempeño, impacto) es decir, los resultados de los programas deberían interpretarse en relación con los insumos y el desempeño de los programas debería analizarse en relación con los cambios en los insumos.

Objetivos del monitoreo de la iniciativa regional

El principal objetivo es la valoración del progreso en la eliminación de la SC y la transmisión materno-infantil del VIH en América Latina y el Caribe. A medida que va mejorando el acceso y la calidad de los servicios integrados, los sistemas de vigilancia y monitoreo nacionales y regionales deberán ser fortalecidos. La claridad y la normalización del núcleo básico de indicadores recomendados para la iniciativa facilitarán el fortalecimiento de los sistemas de información. De esta manera se guiará el uso máximo de los datos y de los indicadores para la planificación y evaluación de los programas, incluyendo una valoración apropiada de la magnitud de la sífilis y VIH en las mujeres embarazadas, sífilis congénita, y efectividad de las intervenciones PTMI. Los indicadores comunes permitirán comparaciones a nivel de país y región a lo largo del tiempo y de los países entre sí, contribuyendo a aumentar la visibilidad regional y el intercambio de lecciones aprendidas.

La estrategia de monitoreo regional sienta las bases para los futuros procesos de certificación en la región. OPS dirigirá sus esfuerzos para monitorear los avances a nivel nacional y coordinar los procesos de certificación de eliminación una vez que los países hayan alcanzado las metas establecidas y lo hayan mantenido con el paso de los años.

Se puede obtener una imagen regional confiable de la situación de base y de los avances en

¹² El monitoreo y la evaluación son dos herramientas de gestión diferentes que están íntimamente vinculadas y son funciones interactivas. Cuando los esfuerzos de evaluación tienden a apoyar el monitoreo, el monitoreo representa una actividad continua (por ejemplo, planificación adecuada, mecanismos de aplicación práctica, resultados, reportes regulares, datos de línea de base e indicadores de desempeño) para hacer un seguimiento del progreso respecto a las tareas planificadas.

dirección a las metas con la información brindada por los países en base a esta estrategia de monitoreo. La OPS apoyará a los países en sus esfuerzos de monitoreo y guiará las estrategias de reporte con una base anual. Anualmente se harán esfuerzos regionales de recolección de datos para brindar análisis de situación e identificar las brechas y las áreas de mejora. El análisis, la interpretación y el intercambio de lecciones aprendidas entre los países a nivel regional y subregional, serán importantes elementos en el monitoreo y la evaluación de los avances, y en apoyar las decisiones programáticas hacia el cumplimiento de las metas de la Iniciativa de Eliminación.

4. Metas e Indicadores

Tal como se establece en el documento conceptual de la iniciativa de eliminación, la meta general es *eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe para 2015*. Entre los múltiples puntos posibles para medir los avances de la eliminación de la transmisión de madre a hijo del VIH y SC a nivel de país, se define un pequeño conjunto de indicadores clave que sirven de marcadores de los avances regionales de la transmisión materno infantil del VIH y de la eliminación de SC. A continuación se presenta un mapa estructural de estos indicadores en la Figura 2.

Figura 2. Mapa de los indicadores M&E seleccionados para la “Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita en ALC”



El indicador de productos es una medida cuantitativa o cualitativa de las actividades, productos de trabajo o acciones.

Los productos generalmente "cuentan cosas" producidas por los recursos del programa o servicios de salud. Están destinados a medir productos de la ejecución o actividades de un programa. También se pueden referir a mediciones de procesos.

El indicador de resultados (outcome) mide los beneficios observables o los cambios para los individuos, comunidad o sociedad como resultado del programa que potencialmente contribuye a mejorar la salud pública.

Como se describe en el documento titulado “*Documento conceptual sobre la Iniciativa Regional para la Eliminación de transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*”, se proponen dos metas de impacto¹³:

1. La transmisión maternoinfantil del VIH es reducida a 2% o menos
2. La incidencia de sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) es reducida a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos o menos

Hay cinco logros principales que se deben cumplir para alcanzar las metas arriba mencionadas. Estos objetivos programáticos clave son:

1. Aumentar la cobertura de la atención prenatal y la asistencia calificada del nacimiento a 95% o más para 2015.
2. Aumentar la cobertura del tamizaje de rutina del VIH y de la sífilis de las mujeres embarazadas a 95% o más para 2015
3. Aumentar la cobertura del manejo profiláctico adecuado del VIH y tratamiento de la sífilis en embarazadas y el manejo profiláctico del VIH en niños a 95% o más para 2015.
4. Aumentar a más de 95% los centros de atención primaria de salud que brindan servicios para la prevención y diagnóstico del VIH/ITS de forma integrada con otros servicios (atención prenatal, salud sexual y reproductiva, servicios para adolescentes, violencia de género).
5. Aumentar a más de 95% el número de países que tienen sistemas de información para medir los avances hacia la eliminación de TMI del VIH y de la sífilis congénita y apoyar la toma de decisiones.

13 La estrategia mundial para la eliminación de sífilis congénita también identifica dos objetivos adicionales importantes (En: WHO. The global elimination of congenital syphilis: justificación and strategy for action. Geneva: WHO; 2008.):
a) 90% de las mujeres embarazadas positivas para sífilis son tratadas adecuadamente antes de las 24 semanas de gestación. [nota: esto exige recabar los siguientes datos: tamizaje de sífilis por edad gestacional, resultado de los análisis; y para los análisis positivos, tratamiento según edad gestacional].
b) Menos de 2% de óbitos fetales por sífilis [nota: esto exige iniciar vigilancia de los óbitos fetales]

Tabla 1. Indicadores de impacto*

Indicador	Numerador	Denominador	Observaciones
1.1 Casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos	Casos reportados de SC según la definición de caso nacional	Número estimado de nacidos vivos.	OPS calculará este indicador en base a la metodología de OPS para los nacidos vivos estimados
1.2 Tasa reportada de transmisión maternoinfantil del VIH: porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH, que son positivos para el VIH	Número de niños que nacen de madres infectadas con VIH positivos para VIH diagnosticados mediante pruebas virológicas o pruebas serológicas a los 18 meses	Número comunicado de niños nacidos de madres infectadas con VIH .	En los lactantes alimentados a pecho: las pruebas deben tener lugar 6 semanas después de terminar las prácticas de amamantamiento.

* La Estrategia para la Eliminación Mundial de Sífilis Congénita recomienda otro indicador de impacto: Porcentaje de óbitos fetales atribuidos a la sífilis congénita. La meta para este indicador se establece en <2% de los óbitos fetales atribuidos a sífilis.

El período sugerido para el monitoreo de estos indicadores es por año calendario.

Indicadores clave de monitoreo

Hay 14 indicadores esenciales recomendados que aparecen resumidos en la tabla a continuación¹⁴. El período recomendado para monitorear el progreso a nivel regional es de año calendario y tanto el numerador como el denominador, donde sea aplicable, se referirán al mismo año definido. Los países pueden elegir evaluar intervalos de tiempo más cortos dependiendo de sus sistemas de información.

14 Los indicadores que se presentan en la tabla 2 permitirán monitorear los objetivos programáticos N° 1, 2 y 3, así como otros insumos, productos y resultados intermedios necesarios para alcanzar esos objetivos. El monitoreo del objetivo programático clave N° 4 a nivel regional se hará específicamente a través del indicador de insumo regional N° 2.1. El objetivo programático clave N° 5 será monitoreado en base a la cantidad de países que comunican anualmente a OPS los 16 indicadores propuestos en esta estrategia M&E.

Tabla 2. Indicadores clave de monitoreo regional para la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la sífilis Congénita en América Latina y el Caribe

Indicador	Numerador	Denominador	Observaciones
<i>2. Indicadores de productos</i>			
2.1 Porcentaje de embarazadas testeadas para VIH y que recibieron su resultado durante el embarazo, durante el parto o el período puerperal (<72 horas), incluyendo aquellas con serología VIH positiva conocida previamente.	Número de embarazadas testeadas para VIH y que recibieron sus resultados durante el embarazo o el parto, o el período puerperal (<72 horas), incluyendo aquellas con serología VIH positiva conocida previamente.	Número estimado de mujeres embarazadas	Indicador de acceso universal
2.2 Proporción de embarazadas a las que se realizó una primera prueba de sífilis durante la atención prenatal a) antes de las 20 semanas, b) después de las 20 semanas	Número de mujeres tamizadas para sífilis en la atención prenatal: a) estudio de tamizaje antes de las 20 semanas, b) estudio de tamizaje después de las 20 semanas	Número estimado de mujeres embarazadas	Existe un indicador similar de acceso universal. Las diferencias son que no está desagregado por edad gestacional y que se refiere solo a aquellas mujeres que acceden a SAP. El numerador debería referirse solo a las pruebas iniciales realizadas, para evitar el doble conteo de mujeres.
2.3 Proporción de embarazadas a las que se realizó estudio de sífilis en la primera visita prenatal	Número de mujeres tamizadas para sífilis en la primera visita prenatal	Número estimado de mujeres embarazadas	
2.4 Porcentaje de embarazadas infectadas con VIH que recibieron antirretrovirales para reducir el riesgo de PTMI*	Número de embarazadas infectadas con VIH que recibieron antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH	Número estimado de mujeres embarazadas infectadas con VIH	Indicador de acceso universal Desagregados como: a) En tratamiento con triple terapia por su propia salud b) Profilaxis para TMI con triple terapia c) Cualquier otro régimen
2.5 Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH que han recibido ARV para PTMI	Número de niños nacidos de madres infectadas con VIH que han recibido antirretrovirales para PTMI	Número estimado de mujeres embarazadas infectadas con VIH que dan a luz	Indicador de acceso universal
2.6 Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH estudiados para determinar su serología VIH mediante: a) una primera prueba virológica del VIH en los primeros dos meses b) una prueba virológica del VIH después de los dos meses c) una prueba serológica inicial entre los 9 y 12 meses d) niños con primera prueba serológica después de los 12 meses e) Niños que se perdieron en el seguimiento antes de evaluar su status del VIH	Número de niños nacidos en los últimos 12 meses de mujeres infectadas con VIH, que fueron estudiados con una prueba del VIH : - carga viral o PCR cualitativo en los primeros dos meses - carga viral o PCR cualitativo después de los dos meses - prueba inicial de anticuerpos entre los 9 y 12 meses - Los no evaluados (debido a pérdida de seguimiento hasta los 12 meses, muertes...)	Número estimado de mujeres embarazadas infectadas con VIH que dan a luz	Indicador de acceso universal. El numerador incluye sólo la prueba inicial, para evitar el doble conteo de los niños.

Indicador	Numerador	Denominador	Observaciones
2.7 Proporción de embarazadas seropositivas para sífilis que fueron tratadas correctamente a las 24 semanas o antes	Número de embarazadas con serología positiva para sífilis tratadas correctamente a las 24 semanas de embarazo o antes	Número de embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo	No incluir las que no se estudiaron o no se trataron.
2.8 Proporción de embarazadas infectadas de sífilis cuyos contactos sexuales se trataron correctamente para sífilis	Número de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales han sido identificados y tratados para sífilis	Número de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo	
<i>3-Indicadores de resultado (del inglés: Outcome)</i>			
3.1 Proporción de embarazadas asistidas por personal sanitario calificado –por lo menos 4 contactos- en el período prenatal	Número de embarazadas que asistieron por lo menos a cuatro consultas de atención prenatal durante el embarazo, atendidas por trabajadores de la salud capacitados	Número estimado de embarazadas	
3.2 Proporción de embarazadas con la primera visita de atención prenatal antes de las 20 semanas de edad gestacional	Número de embarazadas con una primera visita a SAP – atendidas por trabajadores de la salud capacitados – antes de las 20 semanas de edad gestacional	Número estimado de embarazadas	
3.3 Distribución de niños nacidos de madres infectadas con VIH según prácticas de alimentación a los 3 meses	Número de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH evaluados y cuyas prácticas de alimentación eran: a) Pecho directo exclusivo, b) Alimentación de reemplazo, c) Alimentación mixta/ otra, registrada a los 3 meses.	Número de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH evaluados respecto a las prácticas de alimentación a los 3 meses	Indicador de acceso universal
3.4 Prevalencia del VIH en embarazadas desagregada por: -15-24 años de edad ->24 años de edad	Número de embarazadas con serología positiva para VIH. Desagregado por edad: -15-24 años de edad ->24 años de edad	Mujeres embarazadas estudiadas para VIH en el mismo año definido	Este indicador puede derivarse de estudios de vigilancia centinela o datos programáticos
3.5 Prevalencia de sífilis en embarazadas desagregada por: -15-24 años de edad ->24 años de edad	Número de embarazadas con serología positiva para sífilis. Desagregado por edad: -15-24 años de edad ->24 años de edad	Mujeres embarazadas estudiadas para sífilis en el mismo año definido	Este indicador puede derivarse de estudios de vigilancia centinela o datos programáticos
3.6 Plan-estrategia integrada para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH a nivel de país.	Existencia de UN plan o estrategia <u>nacional integrado</u> para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita		Valoración cualitativa e indicador con respuesta “Si/No”

* Se puede derivar un indicador programático adicional **de calidad de atención** utilizando como denominador el número real de mujeres embarazadas que acceden a SAP y a las que se diagnostica como VIH+. Sería de esperar que esta cifra siempre fuera igual o cercana al 100%.

Consideraciones adicionales para los sistemas de M&E

Como parte de los esfuerzos a mayor escala para mejorar la salud de mujeres, lactantes y niños pequeños, esta estrategia de monitoreo se concentra en el componente de prevención de la transmisión del VIH y de la sífilis congénita de madre a hijo. Los programas de control y evaluación de salud maternoinfantil, brindarán una más amplia comprensión de los avances en la salud de mujeres, lactantes y niños. Además, hay diferentes aspectos de los programas de salud maternoinfantil que deben estar funcionando de manera satisfactoria para lograr los resultados deseados. En este documento se han seleccionado componentes clave esenciales, pero hay otros temas que los países deben medir y controlar (por ejemplo, monitoreo del agotamiento de existencias de insumos para pruebas y/o tratamiento dentro de los países, disponibilidad de productos básicos críticos del VIH/sífilis, número de clínicas SAP que ofrecen tamizaje para sífilis). Un marco organizativo amplio para un sistema nacional funcional de M&E para VIH/ITS cubre aspectos adicionales que deberían estar instalados para lograr el éxito en el control del VIH e ITS a nivel de país y región.

Como parte del principio de “Los Tres Unos” acordado en 2004, **“un sistema nacional de monitoreo y evaluación (M&E) del VIH”** establece la necesidad de funcionar y coordinar el avance en los diferentes sectores (por ejemplo, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social), diferentes áreas de prestación de servicios (por ejemplo, prevención de transmisión maternoinfantil del VIH, tratamiento antirretroviral, cuidados paliativos) y diferentes niveles de ejecución (por ejemplo, a nivel nacional, a nivel de prestación de servicios). Esta estrategia de control se construye sobre este principio y brinda un ejemplo de la integración de esfuerzos para el control del VIH y de la sífilis congénita.

5. Definiciones y descripciones de los indicadores

1. Indicadores de impacto

1.1 Casos reportados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos por año

¿Qué mide?

La tasa de incidencia es el número acumulado de casos nuevos de sífilis congénita en un marco temporal definido, por el número de nacidos vivos en el mismo marco temporal. Por lo tanto este indicador es una medida del riesgo de los nacidos vivos de presentar sífilis congénita dentro de un año.

Justificación

Este indicador capta el impacto de los programas para la eliminación de sífilis congénita que buscan mejorar la cobertura de atención prenatal y de diagnóstico y tratamiento de sífilis materna.

Numerador

Casos de SC reportados según la definición **nacional** de caso en un año definido.

Definición recomendada de caso de sífilis congénita (OPS)

- a) Recién nacido, óbito fetal o aborto espontáneo de una mujer con sífilis materna que no ha recibido un tratamiento apropiado (ver definición de tratamiento adecuado en el documento “*Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*”).
- b) Niño con títulos de VDRL o RPR cuatro veces más altos que los títulos maternos (equivalente a dos diluciones, es decir mujer 1/4, niño 1/16)
- c) Niño con manifestaciones clínicas sugerentes de sífilis congénita (ver a continuación) y serología positiva independientemente del título.
- d) Producto de la gestación o placenta con evidencia de infección por *T. pallidum* en estudios histológicos. (Producto de la gestación o placenta con evidencia de infección por *T. pallidum* en el estudio anatomopatológico).

Manifestaciones clínicas sugestivas de SC

a) Manifestaciones clínicas sugestivas de SC temprana

Prematurez

Retardo del crecimiento intrauterino

Sífilis pulmonar congénita (neumonía blanca)

Hepatoesplenomegalia

Linfadenopatía generalizada

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 sifilítica, pancreatitis, ictericia, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, miocarditis

Hidropesía fetal

b) Manifestaciones clínicas sugestivas de SC tardía

Dientes de Hutchinson

Queratitis intersticial

Deformidad de nariz en forma de silla de montar, frente amplia.

grietas, gomas cutáneos

Lesiones del Sistema Nervioso Central: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera, ceguera

Lesiones osteoarticulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable, goma óseo, escápula alada

Paladar alto, deformaciones maxilares, micrognacia, molares en mora

Denominador

Nacidos vivos estimados en el mismo año definido

Frecuencia

Anual

Fuentes de datos y herramientas de mediciones

Numerador: Casos de sífilis congénita reportados según la definición nacional de caso. En la mayoría de los países en América Latina y el Caribe la SC es una enfermedad de declaración obligatoria.

Denominador: El denominador se genera mediante una estimación poblacional del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses. Esto se puede obtener de las oficinas nacionales de estadísticas vitales. Si no hay un registro nacional específico de nacimientos, se puede extraer el promedio de nacimientos anual de las estimaciones de la División de Población de la ONU¹⁵ o del sistema de información técnica en salud de OPS¹⁶.

Consideraciones adicionales para los países

Siempre que sea posible, los países deben intentar seguir la definición más completa de caso de sífilis congénita, incluyendo disponer de registros de óbitos fetales y abortos espontáneos. Además, la Estrategia Mundial para la Eliminación de la Sífilis Congénita¹⁷ recomienda un indicador de impacto adicional: Porcentaje de óbitos fetales atribuidos a sífilis congénita. El objetivo para este indicador está establecido en <2% de óbitos fetales atribuidos a sífilis.

Se recomienda el monitoreo de los casos sospechosos y confirmados de sífilis congénita para evaluar la calidad de los sistemas de vigilancia y de notificación de casos.

15 Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. Proyecciones de la Población Mundial: Revisión 2008, NY: NU; 2008. URL disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

16 Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington, OPS, 2007. URL disponible en: <http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

17 Organización Mundial de la Salud. La eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. OMS, 2007. URL disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/index.html>

1.2 Tasa reportada de transmisión maternoinfantil del VIH: Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH, que son positivos para VIH

¿Qué mide?

Los avances hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH evaluando, en un año dado, la proporción de niños infectados con VIH en relación con los niños nacidos de embarazadas infectadas con VIH.

Justificación

Los programas de PTMI buscan reducir significativamente los casos pediátricos nuevos del VIH que ocurren por transmisión maternoinfantil. El porcentaje de niños infectados con VIH debería disminuir a medida que aumenta la cobertura de intervenciones de PTMI y el uso de regímenes más eficaces.

Numerador:

Número de niños **nacidos** en un año calendario dado, de madres infectadas con VIH, diagnosticados como VIH positivos.

El diagnóstico del VIH se puede hacer por pruebas virológicas o serológicas (para niños mayores de 18 meses). Si el niño está tomando pecho, se le debe examinar con una prueba virológica, 6 semanas después de terminar la práctica de amamantamiento en un marco de tiempo dado.

Denominador:

Número reportado de niños nacidos de madres infectadas con VIH en el año calendario definido.

Frecuencia:

Anual o más frecuentemente, dependiendo de las necesidades de monitoreo del país. Los datos en general se referirán a los 2 años calendario previos, para asegurar que se haya diagnosticado a todos los niños (hasta que se haya aumentado el estudio de los niños mediante tests virológicos).

Fuentes de datos y herramientas de medición

Atención prenatal u otros registros de instituciones de salud.

Este indicador intenta identificar niños diagnosticados como VIH positivos, nacidos (en un año calendario dado) de madres infectadas con VIH.

Fortalezas y debilidades

Los países deberían vigilar el impacto de la PTMI usando datos reales sobre el estado del VIH de los niños nacidos de mujeres infectadas con VIH, recogidos durante las visitas de control de esos niños. Sin embargo, es particularmente difícil hacer el seguimiento de los binomios madre-hijo, especialmente a nivel nacional, debido a la latencia en reportar y la gran dispersión de establecimientos de salud, las pérdidas al seguimiento son relativamente comunes. En los países en que no se dispone de pruebas confirmatorias o en que no se hacen sistemáticamente en niños expuestos a VIH, o en que no se conoce el estado serológico (VIH) de un gran número de embarazadas, este indicador puede subestimar la TMI del VIH.^{18, 19}

18 Se podría realizar análisis de sensibilidad con las pérdidas de seguimiento para estimar el nivel de subestimación.

19 Una opción alternativa para aproximarse a este indicador es: Numerador: N° de niños nacidos de madres infectadas con VIH, a los que se **diagnosticó** como VIH positivos **durante un año calendario**. Denominador: Número comunicado de niños nacidos vivos de madres infectadas con VIH, en el año calendario definido. Esta opción, si bien menos deseable, puede ser una alternativa interesante dadas las dificultades prácticas para obtener los datos para la modalidad previa. Lo que esto significa para 2007 es que todos aquellos incluidos en el numerador pueden no estar presentes en el denominador de ese año. El diagnóstico del VIH nuevo en un año determinado puede provenir de niños que nacieron hasta 18 meses antes. Por esta razón existe una fuerte latencia entre numerador y denominador, (es decir, la cohorte de 2006 se puede diagnosticar en 2007 o 2008 y se le puede contar en el numerador en esos años (2007 o 2008). Es por eso que es tan importante monitorear el progreso en el tiempo de este indicador. Cuando las pruebas virológicas se usen más ampliamente, el desfase será algo corregido.

2. Indicadores de productos

2.1 Porcentaje de embarazadas con prueba para VIH y que recibieron su resultado durante el embarazo, durante el parto o el período puerperal (<72 horas), incluyendo aquellas con serología VIH positiva conocida previamente.

¿Qué mide?

Este indicador evalúa los esfuerzos dirigidos a identificar la serología VIH de la mujer embarazada en los últimos 12 meses.

Justificación

La identificación de la serología VIH de la embarazada proporciona un punto de partida para otros servicios PTMI y es necesaria para adaptar la prevención, la atención y el tratamiento a sus necesidades.

Numerador

El número de mujeres embarazadas con serología del VIH conocida. Esto se consigue a partir del número de mujeres con estado serológico desconocido para el VIH atendidas en SAP, servicios de atención al parto y posparto (<72h), que se les realizó el test para VIH y que conocen sus resultados; y mujeres con infección conocida por VIH que asisten a SAP debido a un nuevo embarazo, en los últimos 12 meses.

El numerador es la suma de las categorías a continuación:

- a) Mujer embarazada a la que se hizo prueba VIH y que recibió el resultado durante SAP;
- b) Mujer embarazada que asistió a servicios de atención al parto sin serología VIH conocida a las que se hizo análisis en el servicio de atención al parto y que recibió los resultados;
- c) Mujeres sin serología VIH conocida que son atendidas en servicios posparto dentro de las 72 horas posteriores al parto y a las que se analizó y recibieron resultados del test del VIH; y
- d) Mujeres embarazadas con infección VIH conocida atendidas en SAP por un nuevo embarazo.

Desagregación por:

- i. Mujeres en SAP con infección del VIH ya conocida en SAP;
- ii. Mujeres que se les ha realizado la prueba del VIH y son identificadas como VIH positivas;
- iii. Mujeres con resultados VIH negativos.

Denominador:

Número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses.

Frecuencia

Anual o más frecuente, dependiendo de las necesidades de monitoreo del país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este es un indicador de Acceso Universal (# 6: Porcentaje de mujeres embarazadas que se les realizó la prueba del VIH y que recibieron sus resultados).

Numerador: El numerador se calcula utilizando los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos de salud para SAP, atención al parto y de postparto.

Los registros de los establecimientos de salud deben identificar los casos conocidos de infección VIH entre embarazadas que acuden a clínicas SAP por un nuevo embarazo, para que las mujeres reciban servicios para PTMI.

Deben hacerse esfuerzos para incluir a todos los establecimientos de salud pública, privados y gestionados por ONGs que estén haciendo exámenes del VIH y brindando consejería a mujeres embarazadas.

Denominador: El denominador se genera a través de la estimación poblacional del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses. Esto se puede obtener de las oficinas nacionales de estadísticas vitales. Si no hay un registro nacional específico de nacimientos, se puede extraer el promedio de nacimientos anuales a partir de las estimaciones de la División de Población de la ONU²⁰ o del sistema de información técnica en salud de OPS²¹.

Fortalezas y debilidades

Este indicador permite a un país hacer un seguimiento de las tendencias de la oferta y realización de prueba del VIH entre las mujeres atendidas en SAP.

Los motivos de los abandonos que ocurren en el proceso de prueba VIH y consejería no son captados por este indicador. Este indicador no mide ni la calidad de las pruebas de laboratorio ni de la consejería, ni el número de mujeres que recibieron consejería antes y después de la prueba.

20 Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. División de Población. Proyecciones de la Población Mundial: Revisión 2008. NY: NU; 2008. URL disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

21 Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington, DC, 2007. URL disponible en: <http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

Con este indicador existe el riesgo de contar doble, ya que la mujer embarazada se puede hacer el análisis más de una vez durante la atención en SAP, servicios de atención al parto o durante el post parto. Esto es particularmente así cuando las mujeres se vuelven a hacer el análisis en diferentes establecimientos, o cuando vienen a los servicios SAP o servicios de atención al parto sin documentación de sus resultados anteriores, o se les vuelve a hacer el examen después de un resultado anterior negativo durante el embarazo. Si bien no es factible evitar el doble conteo totalmente, los países deben garantizar que exista un sistema de recolección de datos y de información adecuado para minimizar este efecto, como por ejemplo utilizar registros en SAP que permanezcan en el establecimiento y registros con que se quede la paciente, para documentar que se hicieron los análisis y donde consten los resultados del análisis.

La estimación del número de embarazadas utilizando el número de nacidos vivos puede subestimar el número total de embarazos en un año dado. Si bien en teoría habría que incluir todos los nacimientos, en la práctica solo se utilizan los nacidos vivos dada la dificultad de obtener información sobre los abortos y mortinatos. La exclusión de los mortinatos como óbitos fetales, abortos espontáneos e inducidos y embarazos ectópicos y molas subestiman la necesidad de SAP en la población.

Consideraciones adicionales para los países

Para otros análisis adicionales y tendencias de captación para pruebas y consejería, los países tal vez quieran desagregar las pruebas y consejería por SAP, servicios de atención al parto y posparto, así como por nivel de atención del establecimiento para ver tendencias en la captación para pruebas en diferentes niveles del sistema de salud.

2.2 Proporción de mujeres embarazadas estudiadas para sífilis por edad gestacional

¿Qué mide?

Este indicador evalúa los esfuerzos dirigidos a identificar el estado serológico de sífilis de las mujeres embarazadas por edad gestacional en los últimos 12 meses.

Justificación

La identificación del estado serológico respecto de la sífilis de una mujer embarazada brinda un punto de partida para los servicios de prevención y tratamiento. El *Treponema pallidum* está presente en la sangre en las etapas tempranas de la enfermedad y se puede transmitir al feto, especialmente entre las semanas 16-28 del embarazo, si bien se ha descrito una transmisión más temprana. Por lo tanto la intención de este indicador es medir el número de mujeres estudiadas por tamizaje, estableciendo una distinción por edad gestacional (antes y después de las 20 semanas). La OPS recomienda enfáticamente hacer un tamizaje por primera vez antes de las 20 semanas (en la visita prenatal del primer trimestre), para minimizar la transmisión transplacentaria y luego repetir la prueba en el tercer trimestre y en los servicios de parto o posparto (<72h). Si existen factores de riesgo, deben repetirse los exámenes aún con mayor frecuencia

Numerador

Número de embarazadas estudiadas para sífilis con una prueba serológica u otras pruebas (tales como estudios anatómopatológicos).

Desagregación por:

- a) Mujeres tamizadas *por primera vez* antes de las 20 semanas de embarazo;
- b) Mujeres tamizadas *por primera vez* después de las 20 semanas de embarazo.

El numerador se refiere solo a las pruebas iniciales y debe evitarse contar a las mujeres por duplicado.

Denominador

Número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de las necesidades de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Hay un indicador de Acceso Universal similar (# 37: Cobertura, Prevalencia de sífilis en SAP), con la diferencia de que el indicador de AU usa como denominador a las mujeres embarazadas que asisten a SAP y no está desagregado por edad gestacional.

Numerador: El numerador se calcula usando registros de programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos para SAP, servicios de atención al parto y posparto.

Denominador: El denominador se genera mediante una estimación poblacional del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses. Esto se puede obtener a partir de las oficinas nacionales de estadísticas vitales. Si no hay un registro nacional específico de nacimientos, se puede extraer el promedio anual de nacimientos de las estimaciones de la División de Poblaciones de la ONU²² o del sistema de información técnica en salud de la OPS²³.

Fortalezas y debilidades

Con este indicador existe el riesgo de contar doble, ya que la mujer embarazada se puede hacer el análisis más de una vez durante la atención en SAP, servicios de atención al parto o durante el posparto. Si bien no es factible evitar el doble conteo totalmente, los países deben garantizar una recolección de datos y un sistema de información para minimizar este efecto, como por ejemplo utilizar registros en SAP que permanezcan en el establecimiento y registros con que se quede la paciente para documentar que se hicieron los análisis, y donde consten los resultados del análisis.

La estimación para el número de mujeres embarazadas utilizando el número de nacidos vivos puede subestimar el número total de embarazos en un año dado. Si bien en teoría habría que incluir todos los nacimientos, en la práctica solo se utilizan los nacidos vivos dada la dificultad de obtener información sobre los mortinatos y abortos. La exclusión de los mortinatos como óbitos fetales, abortos espontáneos e inducidos y embarazos ectópicos y molas subestiman la necesidad de SAP en la población.

22 Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, División de Población. Proyecciones de la Población Mundial: Revisión 2008. NY: NU; 2008.
URL disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

23 Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington: OPS, 2007.
URL disponible en: <http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

2.3 Proporción de mujeres embarazadas estudiadas para sífilis en la primera visita de atención prenatal

¿Qué mide?

Este indicador evalúa los esfuerzos de los servicios SAP en los últimos doce meses, para identificar en la primera visita de las mujeres embarazadas.

Justificación

La identificación de la serología de sífilis de una mujer embarazada brinda un punto de partida para los servicios de prevención y tratamiento. La OPS recomienda enfáticamente hacer un tamizaje por primera vez antes de las 20 semanas, pero es posible que los servicios SAP no capten a las mujeres antes del primer trimestre. Por lo tanto, los servicios de atención prenatal deberían realizar una prueba de sífilis en la primera consulta de atención prenatal o lo antes posible.

Numerador

Número de embarazadas con prueba realizada para sífilis mediante una prueba serológica en la primera consulta prenatal.

El numerador se refiere solo a las pruebas iniciales y debe evitarse el doble conteo de las mujeres.

Denominador

Número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Hay un indicador de Acceso Universal similar (# 37: Cobertura, Prevalencia de sífilis entre SAP), con la diferencia de que el indicador de AU usa como denominador a las mujeres embarazadas que asisten a SAP y no especifica si el tamizaje tuvo lugar en la primera consulta de atención prenatal.

Numerador: El numerador se calcula usando los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos para atención SAP, servicios de atención al parto y posparto.

Denominador: El denominador se genera mediante una estimación de la población del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses. Este dato se puede obtener de las oficinas nacionales de estadísticas vitales. Si no hay un registro nacional específico de nacimientos, se puede extraer el promedio anual de nacimientos de las estimaciones de la División de Población de la ONU²⁴ o del sistema de información técnica en salud de OPS²⁵.

Fortalezas y debilidades

Este indicador mide el desempeño de los servicios y no necesariamente el captar a las mujeres al principio del embarazo.

Con este indicador existe el riesgo de contar a la mujer varias veces, ya que la mujer embarazada se puede hacer el análisis más de una vez durante la atención en SAP. Si bien no es factible evitar totalmente el doble conteo, los países deben garantizar una recolección de datos y un sistema de información para minimizar este efecto, como por ejemplo utilizar registros en SAP que permanezcan en el establecimiento y registros con que se quede la paciente para documentar que se hicieron los análisis y donde consten los resultados del análisis.

La estimación para el número de mujeres embarazadas utilizando el número de nacidos vivos puede subestimar el número total de embarazos en un año dado. Si bien en teoría habría que incluir todos los nacimientos, en la práctica solo se utilizan los nacidos vivos dada la dificultad de obtener información sobre los mortinatos y abortos. La exclusión de los mortinatos como óbitos fetales, abortos espontáneos e inducidos y embarazos ectópicos y molas subestiman la necesidad para SAP en la población.

24 Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, División de Población. Proyecciones de la Población Mundial: Revisión 2008. NY: NU; 2008.
URL disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

25 Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington: OPS, 2007.
URL disponible en: <http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

2.4 Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas con VIH que recibieron antiretrovirales para reducir el riesgo de TMI

¿Qué mide?

El progreso en la administración de antiretrovirales a mujeres embarazadas infectadas con VIH para prevenir la transmisión maternoinfantil. Las embarazadas infectadas con VIH que son elegibles para tratamiento antiretroviral y reciben un régimen de tratamiento ARV también se beneficiarán del efecto profiláctico para la prevención de la transmisión maternoinfantil y por lo tanto se incluyen en este indicador.

Justificación

El riesgo de transmisión maternoinfantil se puede reducir significativamente mediante acciones complementarias de administración de antiretrovirales (como tratamiento o como profilaxis) para la madre, con la provisión de profilaxis antirretroviral al niño, la aplicación de prácticas de parto seguro y prácticas más seguras de alimentación del lactante.

Numerador

Número de mujeres embarazadas infectadas con VIH que recibieron antirretrovirales durante los últimos 12 meses para reducir la transmisión maternoinfantil.

El numerador se podría desagregar por:

- a) Tratamiento con triple terapia debido a su propia salud (de la embarazada);
- b) Profilaxis de TMI con triple terapia;
- c) Provisión de cualquier otro régimen con ARV.

Las mujeres embarazadas infectadas con VIH que reciben cualquiera de las categorías de regímenes arriba enumerados cumplen con la definición para el numerador.

Denominador:

Número estimado de mujeres embarazadas infectadas con VIH en los últimos 12 meses.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este es un indicador UNGASS y AU.

Numerador: El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos de salud. Las mujeres infectadas con VIH pueden recibir los medicamentos antirretrovirales en diferentes sitios (SAP, servicios de atención al parto y sitios de tratamiento y detección del VIH) durante el embarazo, en el parto e inmediatamente después del parto. El numerador se puede calcular contando en el punto de administración de ARV, o en el punto final del parto.

Se deben hacer esfuerzos para incluir a establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén proveyendo ARVs a mujeres embarazadas infectadas con VIH para PTMI.

Denominador: Se pueden utilizar dos métodos para estimar el denominador:

- a) Multiplicar el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses, (que se puede obtener de los certificados de nacimiento emitidos por las oficinas centrales de estadística o de las estimaciones de la División de Población de la ONU) por la estimación nacional más reciente de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (que se puede derivar de la vigilancia centinela del VIH en las clínicas de SAP).
- b) Usando un modelo de proyección como el que proporciona el software Spectrum, utilizar el producto “número de mujeres embarazadas que necesitan PTMI”. Este método está indicado en los países con epidemias generalizadas.

Fortalezas y debilidades

Este indicador permite a los países vigilar la cobertura con antirretrovirales en mujeres embarazadas infectadas con VIH para reducir el riesgo de transmisión del VIH al niño.

Al desagregarse, este indicador puede monitorear el mayor acceso a regímenes de ARV más eficaces para PTMI en países que están expandiendo a categorías de regímenes más nuevas.

Este indicador mide los ARV entregados y no los ARV consumidos, por lo tanto no es posible determinar la adherencia al régimen completo de ARV, ni permite distinguir entre los regímenes ARV y entre los componentes pre e intra parto. Para verificar los regímenes ARV recomendados, por favor referirse a la Guía Clínica de la Iniciativa de Eliminación²⁶.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Montevideo: CLAP/SMR; 2010

Consideraciones adicionales para los países

Se recomienda a los países hacer un seguimiento y comunicar la distribución porcentual real (o estimada si no se dispone de datos reales) de los diferentes regímenes administrados, para poder hacer un modelaje del impacto potencial de ARVs en TMI basado en la eficacia de los regímenes correspondientes.

Los países pueden desear incluir elementos adicionales de desagregación para tomar en consideración la provisión temprana de antiretrovirales para PTMI (las categorías para valorar el comienzo de profilaxis con antiretrovirales pueden ser: empezando entre la semana 14 a la 28 de la gestación; después de la semana 28; durante el parto) Esto puede proporcionar información sobre barreras para obtener una máxima eficacia de antiretrovirales para PTMI.

Se puede derivar un indicador adicional de atención de calidad programática, utilizando como denominador el número real de mujeres embarazadas que asisten a SAP y a las que se diagnostica como VIH+. Sería de esperar que esta cifra fuera igual o cercana al 100%.

2.5 Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH que reciben ARVs para PTMI

¿Qué mide?

El progreso en la prevención de transmisión maternoinfantil del VIH a través de la provisión de profilaxis antirretroviral a niños expuestos a VIH.

Justificación

El riesgo de transmisión maternoinfantil se puede reducir significativamente mediante estrategias complementarias administrando antirretrovirales (como tratamiento o como profilaxis) para la madre, con profilaxis antirretroviral al niño, la aplicación de prácticas de parto seguro y prácticas más seguras de alimentación del lactante.

Este indicador permite a los países controlar la cobertura de los regímenes de antirretrovirales dispensados o iniciados entre los niños expuestos al VIH para reducir el riesgo de transmisión materna del VIH.

Numerador

Número de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH durante los últimos 12 meses que comenzaron con profilaxis antirretroviral dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento²⁷ para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH.

Denominador

Número estimado de mujeres embarazadas infectadas con VIH que dieron a luz en los últimos 12 meses (como sustituto para el número estimado de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH).

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este es un indicador de AU (porcentaje de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH que recibieron algún tipo de profilaxis ARV para PTMI).

Numerador: El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos de salud.

²⁷ Ver los regímenes y duración de ARV en la "Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe".

Los medicamentos antirretrovirales se pueden administrar a los niños expuestos a VIH poco después del parto, el suministro de ARVs puede ocurrir en instalaciones para servicios de atención al parto para los niños nacidos en esos establecimientos, o en clínicas de atención ambulatoria postnatal, o en clínicas pediátricas para los niños que nacen en sus domicilios y son llevados a las dependencias sanitarias en las primeras 72 horas, o en sitios de atención del VIH /ART u otros sitios dependiendo del contexto del país.

Se pueden considerar tres métodos para calcular el numerador:

- Se puede registrar en el punto de suministro de ARV: En las situaciones en las que hay bajas tasas de partos en los establecimientos de salud, se debe recopilar los datos del numerador de los sitios donde se suministra el ARV y donde se están registrando los datos. Existe el riesgo de contar doble cuando se administran los ARV durante más de una visita, o en diferentes establecimientos de salud. Los países deben garantizar una recolección de datos y un sistema de información adecuados para minimizar este efecto de doble conteo.
- Se puede registrar en el punto final de trabajo de parto y parto: En las situaciones en que hay alta proporción de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud, los países pueden estimar el numerador utilizando solo el registro en TP y P, contando el número de niños expuestos a VIH que han recibido un régimen ARV específico antes del alta de una sala de TP y P. Este puede ser el método más confiable y exacto para calcular este indicador para las situaciones en que hay una alta proporción de nacimientos en dependencias sanitarias, ya que el régimen ARV correspondiente dispensado, se registra en el momento de ser administrado al niño.
- Se puede registrar en sitios de salud postnatal o infantil: Los países pueden registrar y agregar el número de niños expuestos a VIH que recibieron un régimen específico de ARV dentro de las 72 horas, registrados en clínicas de salud post natal o infantil si la asistencia es alta y es probable que se conozca el estado de exposición del niño y de cualquier régimen ARV administrado (por ejemplo, registros después del parto de niños expuestos a VIH aislados o integrados).

Se deben hacer esfuerzos para incluir a todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén administrando ARVs a niños expuestos a VIH para PTMI.

Denominador: Se pueden utilizar dos métodos para estimar el denominador:

- a) Multiplicar el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses, (que se pueden obtener de las estimaciones de nacimientos de las oficinas centrales de

estadística o de las estimaciones de la División de Población de la ONU) multiplicado por la estimación nacional más reciente de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (que se puede derivar de la vigilancia centinela del VIH en clínicas de SAP).

Si existen datos sobre el número de nacidos vivos, se deben ajustar los datos para generar un mejor sustituto utilizando nacidos vivos y estimaciones de prevalencia del VIH en las mujeres.

- b) Usando un modelo de proyección como el que proporciona el software Spectrum, utilizar el producto “el número de mujeres embarazadas que necesitan PTMI”. Este método está indicado en los países con epidemias generalizadas.

Fortalezas y debilidades

Este indicador mide el grado al que se iniciaron los ARV en los niños como profilaxis. Este indicador mide los ARV entregados y no mide los ARV consumidos, por lo tanto no es posible determinar la adherencia al régimen completo de ARV, ni permite distinguir cuando el régimen de ARV está completo. Se recomienda a los países vigilar la calidad de la profilaxis pediátrica registrando cuántos niños completaron los regímenes hasta las 4-6 semanas.²⁸

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. OPS. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Montevideo: CLAP/SMR; 2010

2.6 Porcentaje de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH a los que se hicieron pruebas del VIH

¿Qué mide?

El grado en que los niños nacidos de mujeres infectadas con VIH son estudiados para determinar su serología VIH, con una prueba virológica temprana en los primeros 2 meses, con una prueba virológica después de los 2 meses, o con pruebas de anticuerpos iniciales entre los 9 y 12 meses.

Justificación

Los niños infectados con VIH durante el embarazo, parto o pos parto temprano, a menudo fallecen antes de que se reconozca su infección VIH. La OPS/OMS recomienda que los programas nacionales establezcan la capacidad de ofrecer tempranamente pruebas virológicas para VIH de los niños, para orientar la toma de decisiones clínicas en la etapa más temprana posible. Donde no se disponga de pruebas virológicas, se recomienda hacer pruebas de anticuerpos iniciales entre los 9 y 12 meses para identificar los casos negativos.

Numerador

Número de niños sometidos a:

- Pruebas virológicas en los primeros 2 meses de edad
- Primera pruebas virológicas después de los 2 meses de edad
- Pruebas serológicas iniciales entre los 9 y 12 meses de edad
- Primera prueba serológica después de los 12 meses de edad

Se debe contar a los niños solo una vez. El numerador debería solo incluir la prueba inicial y no las pruebas posteriores. Además, los niños perdidos al seguimiento a los 12 meses deben también contabilizarse.

Denominador

Número estimado de mujeres embarazadas infectadas con VIH que dan a luz en los últimos 12 meses. Esta es una medida sustituta del número de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este es un indicador de AU (# 12: porcentaje de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH estudiados con pruebas del VIH dentro de los 12 meses, midiéndose las pruebas de los niños en dos momentos: una prueba virológica antes de los 2 meses, y una prueba serológica antes de los 12 meses).

Numerador: El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos de salud.

Debe contarse el número de niños a los que se hizo la prueba- no el número de pruebas realizadas- dado que es posible que muchos niños se hayan hecho múltiples exámenes.

Los datos deben agregarse a partir de los registros del establecimiento correspondiente. El registro utilizado puede variar dependiendo del contexto del país. Por ejemplo, donde el seguimiento del niño expuesto al VIH tiene lugar en instituciones específicas de atención y tratamiento, los países pueden agregar información de cualquiera de esos sitios; donde las pruebas de los niños expuestos al VIH tiene lugar en establecimientos de atención pediátrica, los países también pueden agregar y comunicar información de esos sitios. Donde sea posible, debe minimizarse el conteo doble al agregar los datos para elaborar la información a nivel nacional.

Se deben hacer esfuerzos para incluir a establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén proveyendo pruebas del VIH a niños expuestos al VIH. Otra información que los países deben recabar y evaluar es el número de niños no evaluados, debido a pérdidas en el seguimiento en el mes 12, incluyendo las muertes.

Denominador: Se pueden utilizar dos métodos para estimar el denominador:

- a) Multiplicando el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses, (que se puede obtener de las estimaciones de nacimientos de las oficinas centrales de estadísticas o de la División de Población de la ONU) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (que se puede derivar de estudios de vigilancia centinela del VIH en clínicas de SAP). Si existen datos sobre el número de nacidos vivos, deben ajustarse los datos para generar un mejor sustituto.
- b) Usando un modelo de proyección como el que proporciona el software Spectrum, utilizar el producto “el número de mujeres embarazadas que necesitan PTMI”. Este método está indicado en los países con epidemias generalizadas.

Fortalezas y debilidades

Este indicador permite a los países monitorear el progreso en la prestación precoz de pruebas del VIH a niños expuestos a VIH, una herramienta clave para realizar una atención de seguimiento y tratamiento apropiados.

Idealmente el indicador captura los niños nacidos de mujeres infectadas con VIH conocidas, pero tal vez no sea factible en algunas situaciones excluir a los niños a los que se hicieron análisis del VIH usando pruebas virológicas o pruebas de anticuerpos, a través de proveedores de pruebas iniciales en salas pediátricas, centros de desnutrición y otros sitios donde se puede identificar a los niños como expuestos o infectados por VIH.

Un valor bajo del indicador podría señalar debilidad del sistema sanitario, incluyendo un mal manejo a nivel país de las existencias de kits de pruebas del VIH, una mala recolección de datos y mal manejo de las muestras para las pruebas.

2.7 Porcentaje de embarazadas con serología positiva para sífilis que se tratan correctamente a las 24 semanas (o antes)

¿Qué mide?

Progreso en la prevención de la transmisión maternoinfantil de sífilis y atención de la salud maternal mediante la administración de penicilina G a las 24 semanas o antes, en embarazadas identificadas como seropositivas para sífilis.

Justificación

Las mujeres embarazadas con sífilis no tratada (sífilis materna o gravídica) pueden transmitir la infección al feto en útero o mediante contacto directo con lesiones durante el parto; la sífilis congénita resultante es la forma más prevalente de infección neonatal en el mundo. La sífilis no tratada se acompaña de óbito fetal o aborto espontáneo, bajo peso al nacer e infecciones neonatales graves, que se acompañan de un aumento del riesgo de muerte perinatal. Existen diferentes tipos de pruebas diagnósticas; algunas de ellas dan los resultados en minutos, permitiendo hacer el tratamiento en la misma consulta.

El tratamiento apropiado para sífilis en el embarazo es por lo menos una dosis de penicilina G IM que se debe administrar lo antes posible al encontrarse el resultado positivo en las pruebas de tamizaje. Este es un indicador programático que refleja cobertura de tratamiento entre los casos identificados como seropositivos para sífilis.

Numerador

Número de embarazadas infectadas con sífilis que recibieron tratamiento apropiado a las 24 semanas de edad gestacional o antes.

Denominador

Número total de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este es un subindicador del indicador de AU #36. Este indicador dice: “Proporción de embarazadas a las que se diagnostica sífilis que son adecuadamente tratadas usando normas nacionales o internacionales de la OMS”.

Numerador: El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos de salud. El tratamiento de sífilis puede ser administrado a las mujeres infectadas con sífilis en diferentes sitios (SAP, clínicas de salud sexual y reproductiva) durante el embarazo. Las mujeres no deben contarse en el numerador si no son testeadas o no son tratadas.

Observar que existe riesgo de contar doble en los casos en que el tratamiento es suministrado en diferentes momentos y /o en diferentes establecimientos de salud. Los países deben garantizar una recolección de datos y un sistema de información para minimizar este efecto de doble conteo.

Denominador: esto se extrae de los registros del programa nacional agregados de los registros de los diferentes establecimientos de salud. Si se necesita una estimación, se debe multiplicar el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses, (que se puede obtener de las estimaciones de nacimientos de las oficinas nacionales de estadísticas vitales o de la División de Población de la ONU) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas.

Fortalezas y debilidades

Este indicador permite a los países vigilar la cobertura del tratamiento precoz en las mujeres embarazadas infectadas con sífilis para reducir el riesgo de transmisión al niño y para su propia salud.

Este indicador no mide la calidad de atención ulterior, por ejemplo, el manejo de alergia a la penicilina. Asimismo, las mujeres tratadas deben ser evaluadas nuevamente con pruebas serológicas cuantitativas al mes o a los 3 meses para evaluar fallas en el tratamiento, reinfección o neurosífilis (esto último requiere una punción lumbar).

Otras consideraciones para los países

Se puede calcular un indicador basado en poblaciones utilizando el número de mujeres embarazadas infectadas con sífilis que recibieron tratamiento apropiado dividido por el número *esperado* de mujeres embarazadas seropositivas. El número estimado de mujeres embarazadas se puede estimar multiplicando el número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses por la estimación nacional más reciente de prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas.

2.8 Proporción de mujeres embarazadas infectadas con sífilis cuyos contactos sexuales son tratados correctamente

¿Qué mide?

El progreso en la prevención de la transmisión de la maternoinfantil de sífilis mediante la administración de penicilina G a todos los contactos sexuales de mujeres embarazadas infectadas con sífilis.

Justificación

El tratamiento de las parejas sexuales de las mujeres embarazadas es un componente importante para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis congénita dado que el no tratamiento de las parejas sexuales es la fuente más común de reinfección entre las embarazadas. El estudio y tratamiento de los compañeros sexuales varones es una importante herramienta para aumentar la participación de los hombres en un punto de entrada crucial para los cuidados continuados de la familia, como parte de programas de tratamiento y atención integrales y de los esfuerzos para reducir carga global de sífilis en una población.

Numerador

Número de embarazadas con serología positiva para sífilis y cuyos contactos sexuales son identificados y tratados. Este numerador requiere dar consejería a las mujeres embarazadas e identificar a todos sus contactos sexuales. Solamente se puede incluir en el numerador a la mujer si han sido tratadas todas sus parejas sexuales comunicadas.

Denominador:

Número total de embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Numerador: El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos de salud.

El tratamiento para sífilis puede administrarse a mujeres embarazadas infectadas con sífilis y a sus parejas en diferentes sitios (SAP, clínicas de salud sexual y reproductiva). El establecimiento que trata a las embarazadas también es responsable de asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus parejas sexuales. Se recomienda que también se registre esta información en la historia clínica de la embarazada.

Denominador: esto se extrae de los registros del programa nacional agregados de los registros de los diferentes establecimientos de salud. Si se necesita una estimación, se debe multiplicar el número total de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses, (que se puede obtener de las estimaciones de nacimientos de las oficinas centrales de estadísticas o de la División de Población de la ONU) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas.

Fortalezas y debilidades

Este indicador permite a los países vigilar los esfuerzos de mayor participación, estudio y tratamiento de los varones que son parejas de las embarazadas que asisten a los SAP.

Este indicador puede ser difícil de recabar ya que es posible que no todos los sitios estén recogiendo datos sobre el estudio y tratamiento en hombres.

Otras consideraciones para los países

La medición de este indicador puede requerir una inversión y recursos adicionales para revisar herramientas de recolección de datos y los formularios de consolidación de la información.

3. Indicadores de resultado (en inglés: Outcome)

3.1 Proporción de mujeres embarazadas atendidas por personal de salud calificado - por lo menos 4 contactos - en el período prenatal

¿Qué mide?

El progreso realizado por los países en la ampliación de la cobertura de atención prenatal para mujeres embarazadas.

Justificación

La cobertura de atención prenatal es un indicador de acceso y utilización de atención durante el embarazo. Se recomienda por lo menos cuatro controles por embarazo como indicador de la calidad de atención y en orden a lograr un impacto en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Numerador

Número de mujeres embarazadas que acudieron a, por lo menos, cuatro consultas de atención de salud durante el embarazo, siendo atendidas por un trabajador de la salud capacitado, para un año dado.

La consulta de atención de salud durante el embarazo se define como aquellos servicios de atención sanitaria para el control y seguimiento del embarazo y la asistencia ambulatoria para la morbilidad asociada; no incluye ni actividades de vacunación directa, ni servicios de atención sanitaria prestados inmediatamente antes del parto.

El asistente de salud calificado (algunas veces denominado asistente calificado) se define como un profesional de salud acreditado—como una partera, médico o enfermero— que ha sido formado y entrenado para adquirir idoneidad en las destrezas necesarias para manejar los embarazos, partos y puerperios inmediatos normales (no complicados), y en la identificación, manejo y derivación de las complicaciones en las mujeres y recién nacidos. Esta definición deja afuera a los asistentes tradicionales de parto, capacitados o no, de la categoría de trabajadores de la salud calificados.

Denominador

Número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este se basa en el indicador básico de la OMS y OPS (Porcentaje de mujeres que utilizaron la atención prenatal atendidas por asistentes de parto calificados por razones vinculadas al embarazo por lo menos una vez durante el embarazo, entre todas las mujeres que dieron a luz un niño vivo en un período de tiempo dado).

Numerador: Se puede calcular a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos.

Denominador: El denominador se genera mediante una estimación poblacional del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses. Esto se puede obtener de las oficinas nacionales de estadísticas vitales. Si no hay un registro nacional específico de nacimientos, se puede extraer el promedio anual de nacimientos de las estimaciones de la División de Población de la ONU²⁹ o del sistema de información técnica en salud de OPS³⁰.

Fortalezas y debilidades

La principal finalidad de un indicador de atención prenatal con 4 controles es brindar información sobre la proporción de mujeres que usan los servicios de atención prenatal incluyendo un componente de calidad considerando por lo menos 4 consultas.

Por otra parte, no capta la cobertura prenatal que no cumple con las exigencias (por ejemplo, 3 visitas en vez de 4) y no mide el momento de la primera visita, que es fundamental para impedir la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis.

La estimación del número de mujeres embarazadas a partir del número de nacidos vivos puede subestimar el número total de embarazos en un año dado. No se cuentan los óbitos fetales y las pérdidas de embarazo para la cifra final. Si bien en teoría se debería incluir a todos los nacimientos, en la práctica sólo se usan los nacidos vivos debido a la dificultad en obtener la información sobre los mortinatos y abortos. La exclusión de mortinatos como los óbitos fetales, abortos espontáneos y los abortos inducidos y los embarazos ectópicos y las molas subestima la necesidad de SAP en la población.

29 División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, Proyecciones de la Población Mundial: Revisión 2008, URL disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

30 Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington, DC, 2007. URL disponible en: <http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

Otras consideraciones para los países

Los países podrían tener interés en desagregar este indicador según edad gestacional, características geográficas (urbano/rural, regiones principales/provincias) y socioeconómicas (como nivel educativo de las mujeres, quintil de ingresos), en orden a monitorear las desigualdades sociales y los determinantes de la salud.

3.2 Proporción de embarazadas con la primera consulta de atención prenatal antes de las 20 semanas de edad gestacional

¿Qué mide?

Los avances que hacen los países en la captación precoz de las embarazadas para la atención prenatal.

Justificación

La cobertura de atención prenatal es un indicador de acceso y utilización de atención durante el embarazo. Para alcanzar los objetivos de la Estrategia de Eliminación, se necesita un tamizaje temprano, profilaxis y/o tratamiento de sífilis y VIH en las embarazadas. Los servicios de atención prenatal deben intentar captar a las mujeres al principio del embarazo.

Numerador

El número de mujeres embarazadas que asistieron a consulta de atención prenatal antes de las 20 semanas de edad gestacional, atendida por un trabajador de la salud calificado en un año dado.

Se define la consulta de atención de salud durante el embarazo como aquellos servicios de atención sanitaria destinados al control y seguimiento del embarazo y la atención ambulatoria para morbilidad asociada; no incluye actividades de vacunación ni los servicios de atención sanitaria prestados inmediatamente antes del parto.

El asistente de salud calificado (algunas veces denominado asistente calificado) se define como un profesional de salud acreditado—como una partera, médico o enfermero— que ha sido formado y entrenado para adquirir idoneidad en las destrezas necesarias para manejar los embarazos, partos y puerperios inmediatos normales (no complicados), y en la identificación, manejo y derivación de las complicaciones en las mujeres y recién nacidos. Esta definición deja afuera los asistentes tradicionales de parto, capacitados o no, de la categoría de trabajadores de la salud calificados.

Denominador

Número estimado de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este se basa en el indicador básico de la OMS y OPS (porcentaje de mujeres que utilizaron la atención prenatal atendidas por asistentes de parto calificados por razones vinculadas al embarazo por lo menos una vez durante el embarazo, entre todas las mujeres que dieron a luz un niño vivo en un período de tiempo dado), si bien este último no tiene en cuenta la edad gestacional.

Numerador: Se puede calcular a partir de los registros de los programas nacionales agregados a partir de los registros de los establecimientos.

Denominador: El denominador se genera mediante una estimación poblacional del número de nacidos vivos en los últimos 12 meses. Esto se puede obtener de las oficinas nacionales de estadísticas vitales. Si no hay un registro nacional específico de nacimientos, se puede extraer el promedio anual de nacimientos de las estimaciones de la División de Población³¹ de la ONU o del sistema de información técnica en salud de OPS³².

Fortalezas y debilidades

La principal finalidad de este indicador de atención prenatal, sobre la primera consulta antes de las 20 semanas de edad gestacional, es proporcionar información en proporción de las mujeres captadas por los SAP al principio del embarazo. Este indicador es fundamental para medir cómo están funcionando los SAP en pos de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Por otra parte, no capta toda la cobertura prenatal (por lo menos 4 consultas), que ha probado tener impacto en la reducción de la mortalidad materno-infantil.

La estimación del número de mujeres embarazadas que usa el criterio de los nacidos vivos puede subestimar el número total de embarazos en un año dado. No se cuentan los óbitos fetales y las pérdidas de embarazo para la cifra final. Si bien en teoría se debería incluir a todos los nacimientos, en la práctica sólo se usan sólo los nacidos vivos debido a la dificultad en obtener la información sobre los mortinatos. La exclusión de los mortinatos como los óbitos fetales, abortos espontáneos y los abortos inducidos y los embarazos ectópicos y las molas subestima la necesidad de SAP en la población.

31 División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, Proyecciones de la Población Mundial: Revisión 2008, URL disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

32 Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington, DC, 2007. URL disponible en: <http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

Otras consideraciones para los países

Los países podrían tener interés en desagregar este indicador según edad gestacional, características geográficas (urbano/rural, regiones principales/provincias) y socioeconómicas (como nivel educativo de las mujeres, quintil de ingresos), en orden a monitorear las desigualdades sociales y los determinantes de la salud.

3.3 Distribución de los niños nacidos de madres infectadas con VIH según las prácticas de alimentación a los 3 meses.

¿Qué mide?

Las prácticas de alimentación de los niños expuestos a VIH a los 3 meses, interrogando lo recordado en las últimas 24 horas. Se miden en el momento de la visita por vacunación de la triple bacteriana (DPT3), a los 3 meses de edad o alrededor de esa edad, o la visita más cercana después de tres meses.

Justificación

La transmisión del VIH puede ocurrir por la lactancia materna aún en condiciones donde el 100% de las mujeres embarazadas que lo necesiten reciban antirretrovirales para PTMI. La alimentación mixta (donde se administra tanto leche de pecho como otros alimentos y líquidos) aumenta el riesgo de transmisión del VIH. La recomendación actual de OMS/OPS es, por lo tanto, dar alimentación de reemplazo exclusiva (fórmula infantil) durante seis meses a menos que eso no sea aceptable, factible, asequible, sustentable e inocuo (AFASS). En este caso, se recomienda la alimentación a pecho exclusivo hasta los 6 meses, momento a partir del cual ya no se recomienda la alimentación a pecho exclusivo o dar sólo fórmula ya que los lactantes y niños pequeños necesitan alimentos complementarios.

La cobertura de vacunación de la triple bacteriana (DPT3) cercana a la edad recomendada de 14 semanas es alta en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe. Se propone recabar la información en ese momento porque allí se ve a la mayoría de los niños, a medio camino entre el nacimiento y el punto en el que se interrumpiría la lactancia materna exclusiva.

Numerador

Número de niños nacidos de mujeres infectadas con VIH evaluados en las siguientes categorías de acuerdo a sus prácticas de alimentación:

- a) Número de niños expuestos al VIH que recibieron pecho directo exclusivo a los 3 meses o alrededor de esa edad.
 - Lactancia materna exclusiva: el lactante recibe sólo leche materna y ningún otro líquido o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes que consisten en vitaminas, suplementos minerales o medicamentos hasta 6 meses. Se define la leche materna de modo de incluir leche de nodriza y la leche ordeñada de la madre.
- b) Número de niños expuestos al VIH alimentados con sustitutos de leche materna (absolutamente nada de leche materna) a los 3 meses o alrededor de esa edad.

- Alimentación exclusiva con sustitutos de leche materna: se trata del proceso de alimentar a un niño que no está recibiendo nada de leche materna con una dieta que aporta todos los nutrientes que necesita el niño hasta que el niño se alimente totalmente con alimentos de familia. Durante los 6 primeros meses esto debería constituir un sustituto adecuado a la leche materna. El sustituto adecuado de la leche de pecho normalmente sería el preparado comercial para lactantes, ya que ya no se recomienda la leche de origen animal modificada en el hogar para alimentar a los lactantes durante los 6 primeros meses de vida, excepto como medida de emergencia. La alimentación de reemplazo no incluye el pecho directo.
- c) Número de niños expuestos al VIH con alimentación mixta a los 3 meses o alrededor de esa edad.
- Alimentación mixta: alimentación con leche materna y otros alimentos o líquidos en lactantes de 0 - 6 meses.

Denominador

El denominador es el mismo para los tres indicadores: el número de lactantes de 3 meses de edad expuestos al VIH y cuya práctica de alimentación fue evaluada.

Frecuencia

Anual o más frecuentemente, dependiendo de la necesidad de monitoreo de cada país.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Este es un indicador de AU (#13 Distribución de las prácticas de alimentación (pecho directo exclusivo, alimentación de reemplazo, alimentación mixta/otros) para niños nacidos de mujeres infectadas con VIH).

Numeradores: Los numeradores se calculan a partir de los registros agregados de los programas nacionales a partir de los registros de los establecimientos o a través de una evaluación especial de una muestra de las historias clínicas.

Lo ideal sería agregar datos de los sitios y registros correspondientes tales como registros aislados o integrados de los niños expuestos al VIH, dependiendo de dónde se prestaron los servicios y dónde se hicieron los registros. En cada visita, el prestador de salud debe interrogar sobre las prácticas de alimentación del niño durante las 24 horas anteriores, preguntando: “¿Qué le dio de comer o de beber a su hijo ayer durante el día y durante la noche?” Después de cada respuesta, el prestador de salud debería preguntar: “¿Algo más?” La respuesta se registrará como una de las siguientes: pecho directo exclusivo (PDE), alimentación de reemplazo (AR) o alimentación mixta (AM). Si bien esto se recaba y registra en todas las visitas en el carnet de salud del niño, los prestadores sólo tienen que ingresarlo

en el registro una vez, en la visita en la que el niño recibe la vacuna DPT3. Este registro se utilizará para compilación y información a nivel nacional.

Denominador: El denominador se calcula a partir del número total de niños expuestos cuyas prácticas de alimentación fueron evaluadas. Los niños expuestos que no acudieron a las dependencias no se incluyen en el denominador.

Debe hacerse esfuerzos para incluir a todos los establecimientos de salud públicos, privados y gestionados por ONGs que estén dando servicios de seguimiento al niño expuesto al VIH.

Fortalezas y debilidades

Los indicadores miden los avances importantes en las prácticas de alimentación de lactantes más seguras entre las mujeres infectadas con VIH y sus hijos expuestos. También se los puede usar para indicar la calidad de la consejería sobre la alimentación del lactante (en cuyo caso las bajas tasas de alimentación mixta probablemente indiquen consejería y apoyo adecuados).

Por otra parte, es de destacar que los indicadores no dicen nada sobre la calidad de la alimentación de reemplazo administrada, o del impacto de las prácticas de alimentación sobre la sobrevida del niño.

Uno de los riesgos del indicador al reflejar la real distribución de las prácticas de alimentación de los niños expuestos al VIH a nivel nacional es que puede que no incluya a niños expuestos al VIH que puedan haber muerto ya, o niños de los que no se conoce la exposición, ni los niños expuestos al VIH cuyas madres no acudieron a ninguna dependencia sanitaria con sus hijos para DPT3 o por alguna otra razón a los 3 meses o alrededor de esa edad.

Otras consideraciones para los países

Para comprender cabalmente el alcance y el tipo de prácticas de alimentación de los lactantes, los países pueden considerar la realización de estudios especiales con mujeres infectadas con VIH que eligen la alimentación de reemplazo y el pecho directo exclusivo, que también examinen las razones por las que las mujeres que eligieron ya sea pecho directo o alimentación de reemplazo están o no están aplicando la opción elegida exclusivamente, y si están presentes los criterios de AFASS.

3.4 Prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (desagregada por grupos etarios)

¿Qué mide?

La prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a los SAP.

Justificación

Valorar el progreso hacia el control de la infección del VIH entre las mujeres en edad de procrear. Este indicador debería reflejar los esfuerzos hacia la prevención primaria del VIH en mujeres jóvenes y mujeres en edad de procrear. Se calcula usando datos de mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención prenatal en sitios de vigilancia centinela del VIH.

Numerador

Número de mujeres embarazadas estudiadas en las que los resultados de la prueba del VIH son positivos. Desagregado por:

-15-24 años de edad

->24 años de edad

Denominador

Número de mujeres embarazadas en las que se estudió la serología VIH.

Frecuencia

Anual o cada dos años.

Fuentes de datos y herramientas de medición

Preferentemente, el numerador y el denominador se derivan de estudios de vigilancia centinela. En situaciones en las que la cobertura del programa PTMI es alta, incluyendo las pruebas de las mujeres embarazadas para detectar VIH, los datos programáticos (extraídos de los registros del programa nacional agregado de los registros de las dependencias sanitarias) constituyen una alternativa posible.

Fortalezas y debilidades

Este indicador será de la mayor utilidad cuando se lo analice con el paso del tiempo. Por ende, la consistencia en los sitios y métodos usados son importantes para permitir comparaciones apropiadas.

La muestra de la que se extrae la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas no es necesariamente representativa de todas las mujeres embarazadas; sólo de las mujeres que optan por acudir a atención prenatal. Por lo tanto, cuanto más alta la cobertura de SAP, más confiable será este indicador.

Otras consideraciones para los países

Este indicador es usado como un sustituto de la incidencia del VIH (especialmente si se tienen en cuenta sólo mujeres entre los 15-24 años de edad). La incidencia de la infección VIH es el indicador preferido para controlar la evolución de la epidemia del VIH y el impacto de las intervenciones en las epidemias generalizadas.³³ En los países en los que la primera relación sexual tiene lugar a una mayor edad y/o donde los niveles de anticoncepción son altos, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años diferirá de la de las mujeres en otros grupos etarios.

Los países podrían tener interés en desagregar este indicador según características geográficas (urbano/rural, regiones principales/provincias) y socioeconómicas (como nivel educativo de las mujeres, quintil de ingresos), en orden a monitorear las desigualdades sociales y los determinantes de la salud.

33 Más información en el documento "Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring", Geneva: WHO; 2006. URL disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_98_28/en/index.html

3.5 Prevalencia de sífilis en embarazadas (desagregada por grupos etarios)

¿Qué mide?

Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas que acuden a los SAP.

Justificación

Valorar el progreso hacia el control de la infección de sífilis entre las mujeres en edad de procrear. Este indicador debería reflejar los esfuerzos hacia la prevención primaria de sífilis en mujeres jóvenes y mujeres en edad de procrear. Se calcula usando datos de mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención prenatal in sitios de vigilancia centinela del VIH/ITS³⁴.

Numerador

Número de mujeres embarazadas con serología de sífilis positiva³⁵, desagregado por edad:
-15-24 años de edad
->24 años de edad

Denominador

Mujeres embarazadas estudiadas para detectar sífilis en el mismo año definido.

Frecuencia

Anual o cada dos años.

Fuentes de datos y herramientas de medición

El numerador y el denominador se derivan de estudios de vigilancia centinela. En situaciones en las que la cobertura del programa PTMI es alta, incluyendo las pruebas de las mujeres embarazadas para detectar sífilis, los datos programáticos (extraídos de los registros del programa nacional agregado de los registros de la dependencia sanitaria) constituyen una alternativa posible para este indicador.

Fortalezas y debilidades

La muestra de la que se extrae la prevalencia de sífilis entre las mujeres embarazadas no es

34 El "Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita" en la región tiene el objetivo de bajar a menos del 1% la sífilis durante el embarazo. Véase: Organización Panamericana de la Salud. 116 Reunión del Consejo Ejecutivo. Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita. Washington: OPS; 1995 (OPS/OMS) CE 116/14)

35 Según el algoritmo diagnóstico nacional.

necesariamente representativa de todas las mujeres embarazadas; sólo de las mujeres que optan por acudir a atención prenatal. En este contexto, los estudios que apuntan a determinar el subregistro y la subnotificación de los casos de sífilis en las mujeres embarazadas diagnosticados en los servicios de salud pueden ayudar a interpretar el indicador de la prevalencia y su calidad.³⁶ Este indicador será de la mayor utilidad cuando se lo analice con el paso del tiempo. Por ende, la consistencia en los sitios y métodos usados es importante para permitir comparaciones apropiadas.

Otras consideraciones para los países

A nivel nacional e internacional, este indicador sirve como sustituto de la carga de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población general, y también como marcador de los avances hechos hacia la reducción de la carga de ITS. Si se la desagrega, el grupo de 15-24 años puede dar una idea de la incidencia de los casos nuevos de sífilis, ya que la mayoría de los individuos de esta edad recién están iniciando su actividad sexual. Es de notar que se cree que las mujeres que acuden a las clínicas prenatales sean una población de bajo riesgo, dado que las ITS son una causa principal de infertilidad en los países en desarrollo. Sin embargo, las mujeres no embarazadas incluyen a las que no son sexualmente activas y por lo tanto, que no están en riesgo de presentar ITS. Por lo tanto, se debe ser muy cauteloso al extraer conclusiones sobre la prevalencia de la sífilis en la población general con base en las encuestas de muestras de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas prenatales.³⁷

Los países podrían tener interés en desagregar este indicador según características geográficas (urbano/rural, regiones principales/provincias) y socioeconómicas (como nivel educativo de las mujeres, quintil de ingresos), en orden a monitorear las desigualdades sociales y los determinantes de la salud.

36 Para más información sobre la metodología de estos estudios, ver el documento "Metodología para estudios de subnotificación de sífilis en embarazadas", OPS, 2005. URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/SubnotSifilisEmbarazo.pdf>

37 Más información en el documento "Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring", WHO, 2006. URL disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_98_28/en/index.html

3.6 Plan/estrategia integrada de eliminación de sífilis congénita y transmisión maternoinfantil del VIH a nivel del país

¿Qué mide?

Este indicador mide la existencia de un plan nacional integrado o una estrategia para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, acorde con las normas internacionales más recientes para la prestación de servicios de PMTI.

La OPS recomienda disponer de lineamientos nacionales e incluir las siguientes cuatro líneas de acción del marco conceptual de la iniciativa de eliminación:

1. Fortalecer la capacidad de los servicios maternoinfantiles, atención neonatal y servicios atención familiar y comunitaria para la detección temprana, atención y tratamiento del VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas, sus parejas e hijos.
2. Intensificar la vigilancia del VIH y de la sífilis en los servicios maternoinfantiles.
3. Integrar los servicios del VIH, salud sexual y reproductiva, atención neonatal y servicios de atención familiar y comunitaria.
4. Fortalecimiento de los sistemas de salud: desarrollar un paquete de servicios esenciales, asegurar los suministros adecuados, recursos humanos capacitados, sistemas de información, planificación, liderazgo, coordinación con otros sectores, etc.

Justificación

La OPS actualmente cuenta con normas revisadas de PTMI de SC y VIH, y recomienda a los programas nacionales que modifiquen sus directrices en consonancia, y que desarrollen planes y programas integrados para lograr éxito en la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita.

Indicador cualitativo

Se trata de un indicador si /no. La respuesta debería ser “Sí, existe un plan o estrategia” si los planes y estrategias nacionales:

- a) Existen en forma final o borrador;
- b) Incluyen las cuatro líneas de acción arriba mencionadas.

Frecuencia

Anual

Fuente de datos y herramientas de medición

Comunicadas por los países mismos, informantes clave a nivel nacional y una revisión documental detallada de los planes existentes.

Fortalezas y debilidades

Este indicador no está vinculado con la calidad de los planes o su ejecución. Sin embargo, la existencia de dichos planes demuestra la intención de un país de brindar servicios de PTMI en consonancia con las normas internacionales.

