

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL BAJO LA LUPA:

La epidemia de la infección
por el VIH y el proceso
continuo de la atención en
niños en América Latina
y el Caribe



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Se publica también en inglés (2016) con el título:
*Antiretroviral Treatment in the Spotlight: The HIV epidemic and continuum of care in children
in Latin America and the Caribbean, 2015*
ISBN: 978-92-75-11907-5

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Tratamiento Antirretroviral bajo la Lupa: La epidemia de la infección por el VIH y el proceso continuo de la atención en niños en América Latina y el Caribe 2015. Washington, DC : OPS, 2016.

1. Antirretrovirales. 2. VIH. 3. Servicios de Salud del Niño. 4. Epidemias. 5. Atención a la Salud.
6. Políticas Públicas de Salud. 7. Américas. I. Título.

ISBN: 978-92-75-31907-9

(Clasificación NLM: QV 268.5)

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones a través de su página web (www.paho.org/permissions). El Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

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

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

Índice

| | |
|---|----|
| Agradecimientos | 05 |
| Abreviaturas y acrónimos | 06 |
| Resumen | 07 |
| 1. Introducción y objetivos | 09 |
| 2. Metodología | 10 |
| 3. Epidemia de la infección por el VIH en niños en América Latina y el Caribe | 11 |
| 4. El proceso continuo de la atención de la infección por el VIH en niños en América Latina y el Caribe | 17 |
| Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico | 17 |
| Niños que reciben TAR y cobertura del TAR | 18 |
| Niños que reciben atención de la infección por el VIH | 22 |
| Retención en el TAR pediátrico | 23 |
| Supresión de la carga viral en los niños en TAR | 24 |
| 5. Optimización del TAR en los niños | 27 |
| 6. Políticas en relación con el TAR pediátrico | 30 |
| Apéndice | 32 |
| Referencias bibliográficas | 43 |





Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) desea agradecer a los jefes de los programas nacionales de VIH/sida de América Latina y el Caribe que notificaron sus datos al ONUSIDA, la OPS/OMS y el UNICEF, así como a las representaciones de la OPS/OMS por su valiosa contribución en la preparación de los informes nacionales. La OPS/OMS también agradece a Luis Guillermo Castañeda,

del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom” de El Salvador, así como a todos los colegas que facilitaron la recolección de datos, el análisis, la edición y la revisión de este documento, sin cuya contribución y apoyo esta publicación no hubiese sido posible: Mónica Alonso González, Giovanni Ravasi, Betzabé Butrón Riveros, Elizabeth Rodríguez, Elena Ghanotakis, Rita Lechuga y Constanza Hege-Tobasía.



Abreviaturas y acrónimos

| | |
|----------------|---|
| 3TC | lamivudina |
| ABC | abacavir |
| ALC | América Latina y el Caribe |
| AMDS | Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida de la Organización Mundial de la Salud |
| ARV | antirretrovirales |
| ATV | atazanavir |
| ATV/r | atazanavir/ritonavir |
| CV | carga viral |
| ddl | didanosina |
| EFV | efavirenz |
| FTC | emtricitabina |
| GARPR | informes de los avances en la respuesta mundial al sida |
| INNRT | inhibidores no nucleosídicos de la retrotranscriptasa |
| INRT | inhibidores nucleosídicos de la retrotranscriptasa |
| LPV/R | lopinavir/ritonavir |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| SIDA | síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| TAR | tratamiento antirretroviral |
| TDF | tenofovir |
| VIH | virus de la inmunodeficiencia humana |

Resumen

La edición de este año del *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa* incluye un análisis de salud pública relativo a la epidemia de la infección por el VIH, el proceso continuo de la atención y el tratamiento antirretroviral en los niños (de 0 a 14 años) que viven con el VIH en América Latina y el Caribe (ALC).

El objetivo principal de este informe es determinar el avance, las deficiencias y los retos en la respuesta a los niños que viven con el VIH. El propósito es contribuir a que dicha respuesta esté más centrada y sea más efectiva y rápida a fin de lograr las metas relativas al diagnóstico de la infección por el VIH, el tratamiento y la supresión de la carga viral en este segmento poblacional, para el año 2020.

Este informe incluye un resumen de las estimaciones y tendencias del número de niños que viven con el VIH, los nuevos casos diagnosticados en niños y las muertes de niños relacionadas con el sida. Además, presenta información clave sobre las políticas, y los insumos, productos y resultados programáticos. El documento se sustenta en datos secundarios procedentes de los informes presentados por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el sistema de información sobre los avances en la respuesta mundial al sida (GARPR, por su sigla en inglés) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), y en las estimaciones Spectrum también del ONUSIDA.

Los resultados principales indican que desde el año 2007, el número de niños que viven con el VIH ha disminuido de forma constante en ALC. Esto puede deberse a la reducción del

número de las nuevas infecciones alcanzada gracias a las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión materno-infantil del virus (disminución que ha sobrepasado la reducción simultánea del número de muertes) y al hecho de que los niños con acceso a los programas de atención y tratamiento pediátrico sobreviven más tiempo, y hacen una transición gradual a los programas de atención para adultos (y, por consiguiente, dejan de ser contabilizados en las estimaciones de los niños de 0 a 14 años que viven con el VIH).

En el 2014, aproximadamente 22 000 niños de ALC recibieron tratamiento antirretroviral (TAR), lo que representa un aumento de 5% respecto al 2013. De todos los niños con infección por el VIH que recibieron TAR, 70% vivían en seis países (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Haití y México). En ALC, la cobertura del tratamiento antirretroviral en niños (49% [43%-57%]) sigue siendo mayor que la cobertura en adultos (46% [39,5%-55%]). No obstante, cuando los datos se desglosan por subregión, la cobertura resulta mayor en América Latina que en el Caribe.

Los datos correspondientes al 2014 muestran que a escala regional la retención en TAR a los 12 meses y la respuesta virológica a este tratamiento fueron menores en los niños de 0 a 14 años en comparación con los adultos y los niños mayores de 15 años. Según los datos de 12 países de ALC, 73% de los niños con infección por el VIH continuaban en terapia 12 meses después del inicio de la terapia. El porcentaje de niños que, según los informes, lograron la supresión de la carga viral presentó una mediana de 61%, con un promedio de 73% (datos procedentes de 10 países de ALC).



En América Latina, el número de establecimientos de salud que ofrecían TAR pediátrico aumentó en 11,3% entre el 2013 y el 2014. Sin embargo, en el Caribe este número se mantuvo constante.

En el 2014, 60% de los niños recibieron TAR de primera línea, 37% recibieron uno de segunda línea y 3% uno de tercera línea. La gran mayoría (96%) de los niños en tratamientos de primera línea siguieron esquemas recomendados por la OMS (preferentes o alternativos). En el caso de los niños en tratamientos de segunda línea, dichas recomendaciones se siguieron en un poco más de la mitad de los casos.

La adopción de las recomendaciones de la OMS para el inicio del TAR en niños ha sido más lenta que en el caso del tratamiento en adolescentes y adultos. En el 2014, 72% de los 25 países de la Región que presentaron informes habían finalizado el proceso nacional de adopción de las directrices consolidadas de la OMS del 2013 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH en niños, mientras que un 24% notificó que dicho proceso estaba en curso.

En ese mismo año, 38% de los países iniciaron el TAR independientemente del porcentaje (o recuento) de células CD4 o de los síntomas y utilizaron como valor de corte una edad de menos de 1 año; solo un tercio de los países utilizaron la edad de 5 años como valor de corte. Por otro lado, 89% de los países tenían plenamente implementado el uso de la carga viral como criterio para el seguimiento de los niños en tratamiento, mientras que 11% informó estar introduciendo progresivamente su uso.

En el presente documento se señalan varios retos en la atención de los niños con infección

por el VIH en la región. El primero es que muchos países todavía no notifican los datos desglosados por los grupos principales de edad. Esto es un impedimento para llevar a cabo una vigilancia adecuada y realizar un análisis fiable y representativo que contribuyan a mejorar la respuesta a la infección a fin de que esté centrada en grupos etarios específicos de la población, en este caso, el de los niños y adolescentes menores de 15 años. El segundo reto es acelerar la adaptación y adopción a nivel nacional de las recomendaciones de la OMS. Esto es especialmente importante a la luz de la reciente publicación de las directrices de la OMS del 2015 que recomiendan el enfoque de “tratar a todos”, es decir, brindar tratamiento universal para todos los niños y adolescentes, independientemente del estado inmunitario y los síntomas clínicos. El tercer reto estriba en la necesidad de aumentar la retención, el cumplimiento del tratamiento y los resultados virológicos satisfactorios en los niños en TAR. Estos resultados se pueden mejorar optimizando el tratamiento pediátrico mediante el uso de las nuevas presentaciones farmacológicas (gránulos orales, comprimidos ranurados dispersables) y de las asociaciones en dosis fijas de antirretrovirales (ARV). Por último cabe señalar que existe todavía una brecha importante en materia de tratamiento: más de la mitad de los niños que viven con el VIH en América Latina y el Caribe no están recibiendo tratamiento.

La Región ha hecho grandes adelantos en la respuesta contra la infección por el VIH en los niños; sin embargo, con un enfoque más preciso e integrado se pueden acelerar los avances hacia el logro de las metas 90-90-90 en esta franja poblacional y contribuir así a erradicar el sida para el 2030.



1.

Introducción y objetivos

Introducción

En el 2012, la OPS publicó la primera edición de *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe* [1], que destacaba los avances para lograr la meta de acceso universal al TAR en América Latina y el Caribe, así como los aspectos prioritarios de la gestión de los programas de tratamiento y de seguimiento del proceso continuo de la atención de la infección por el VIH. La edición de este año incluye un análisis de salud pública sobre la epidemia de la infección por el VIH, el proceso continuo de la atención y el tratamiento antirretroviral en los niños que viven con el VIH en ALC.

En ALC se han logrado avances significativos con respecto al logro de las metas de atención y tratamiento rápido (conocidas como *fast track*) de la infección por el VIH (denominadas metas 90-90-90) para el 2020 [2]. No obstante, los niños con la infección siguen estando entre los miembros más vulnerables de la sociedad y, por lo tanto, merecen un cuidado especial.

Los países de ALC han logrado grandes avances en la reducción del número de nuevas infecciones por transmisión maternoinfantil del VIH. Aun así, cada año se presentan aproximadamente 2 500 nuevos casos de la infección y se estima que hay 46 000 menores de 15 años con el VIH que requieren servicios de atención y tratamiento [3].

Objetivos

El objetivo principal de este informe es determinar los logros, las deficiencias y los desafíos por resolver en la respuesta a la infección por el VIH en los niños de América Latina y el Caribe, así como contribuir a una respuesta más centrada, efectiva y rápida a fin de lograr las metas 90-90-90 (relativas al diagnóstico, el tratamiento y la supresión de la carga viral) en este grupo de población para el 2020.

El informe incluye un resumen de las estimaciones y tendencias epidemiológicas de los nuevos casos de infección por el VIH en niños, del número de niños que viven con el VIH y del número de muertes de niños relacionadas con el sida, así como información clave sobre las políticas, los insumos, los productos y los resultados de la respuesta programática.

2.

Metodología

La información presentada se basa en datos secundarios notificados por los Estados Miembros de la OPS ante el ONUSIDA por medio de los informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (GARPR) del ONUSIDA, así como en las estimaciones Spectrum también del ONUSIDA. En este documento, el criterio de edad para definir a los niños corresponde al usado en el GARPR y en las estimaciones Spectrum para la notificación desglosada por edad de los indicadores

y las estimaciones, respectivamente. En consecuencia, cuando se dice “niños” se está haciendo referencia tanto a niños como a niñas de 0 a 14 años, a menos que se especifique algo distinto. En la actualidad no se dispone de datos desglosados por sexo; por consiguiente, no se realizó ningún análisis de género. El análisis realizado incluye tres niveles: regional, subregional y nacional según la disponibilidad de los datos. En el cuadro 1 se presenta una relación de las fuentes.

Cuadro 1. Fuentes de datos por indicador

| INDICADOR | FUENTE |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Número de nuevos casos de infección por el VIH en niños• Número de niños que viven con el VIH• Número de muertes de niños relacionadas con el sida | ONUSIDA. <i>Cómo el sida lo cambió todo</i> , 2015 |
| <ul style="list-style-type: none">• Niños que reciben atención de la infección por el VIH | ONUSIDA. Informes de progreso presentados por los países en el marco de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2015 |
| <ul style="list-style-type: none">• Número de niños que viven con el VIH en tratamiento antirretroviral, 2010-2014• Número de adolescentes y adultos que viven con el VIH en tratamiento antirretroviral | ONUSIDA. Informes de progreso presentados por los países en el marco de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2010-2014 |
| <ul style="list-style-type: none">• Establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico• Retención a los 12 meses del tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH• Supresión de la carga viral• Carga viral indetectable• Centros de tratamiento pediátrico• Políticas relacionadas con la atención de la infección por el VIH | ONUSIDA. Informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida (GARPR) 2014 |
| <ul style="list-style-type: none">• Distribución de los pacientes pediátricos (de 0 a 10 años) por línea de tratamiento antirretroviral, 2013-2014• Porcentaje de esquemas de primera y segunda línea en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2014• Porcentaje de niños (de 0 a 10 años) que reciben los esquemas de tratamiento antirretroviral de primera y segunda línea más utilizados en América Latina y el Caribe, 2014 | Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida (AMDS) de la OMS, 2014-2015, presentadas por los países a la OPS/OMS |



3.

Epidemia de la infección por el VIH en niños en América Latina y el Caribe

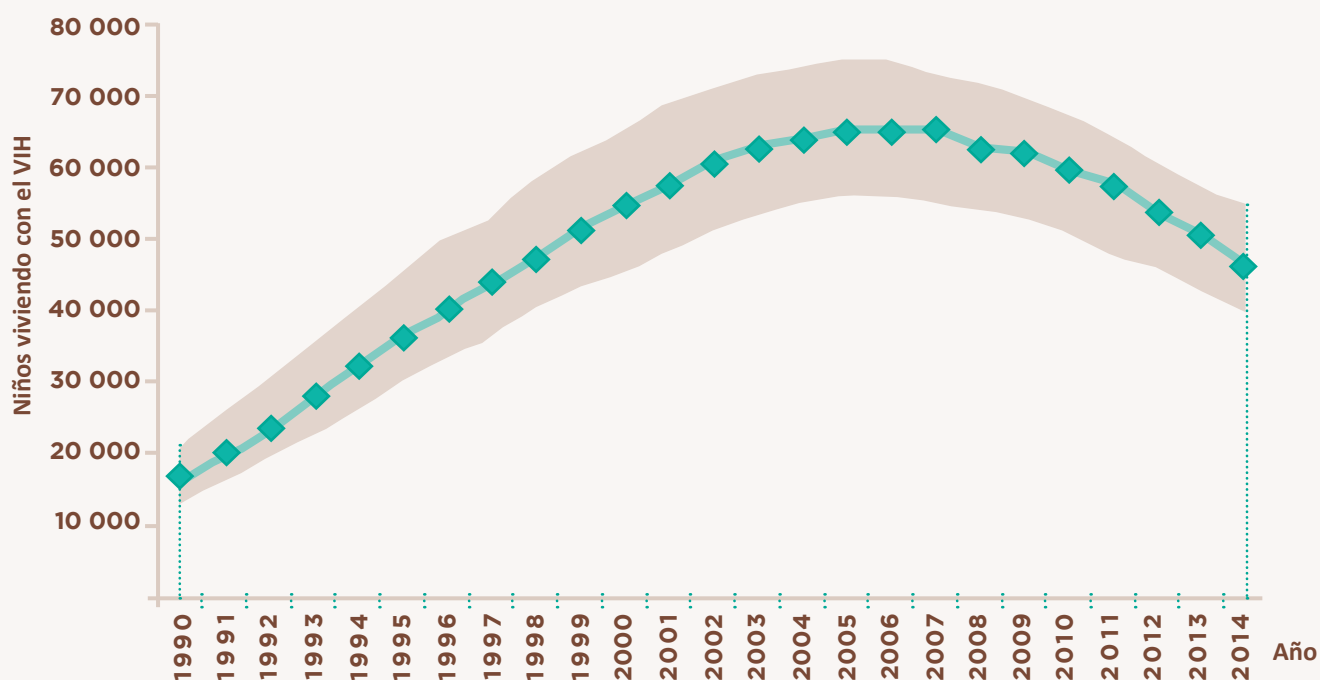
En esta sección se proporciona una visión general de la epidemia de la infección por el VIH en niños (de 0 a 14 años) que incluye las estimaciones actuales, así como las tendencias en el tiempo del número de niños que viven con el VIH, los nuevos casos de infección y las muertes de niños relacionadas con el sida en América Latina y el Caribe.

Niños que viven con el VIH

- En ALC, el número estimado de niños que estaban viviendo con el VIH aumentó a lo largo de los años noventa y la primera mitad del decenio siguiente, y alcanzó un valor máximo entre el 2005 y el 2007. A partir del 2007 disminuyó de manera constante.

- En el 2014, se calculó que 46 000 (40 000-55 000) niños estaban viviendo con el VIH (**figura 1**).
- En el mismo año, se estimó que en América Latina este número ascendía a unos 33 000 (29 000-40 000) niños.
- En el Caribe, aproximadamente 13 000 (11 000-15 000) niños estaban viviendo con el VIH en el 2014.
- Se calcula que el número de niños que estaban viviendo con el VIH en ALC disminuyó sustancialmente a partir del valor máximo registrado entre el 2005 y el 2007 (en términos generales, el número descendió 28% entre el 2007 y el 2014: hasta el 2014, había descendido 25% en América Latina, desde el punto máximo en el 2004, y 35% en el Caribe desde el punto máximo en el 2003).

Figura 1. Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH en América Latina y el Caribe, 1990-2014

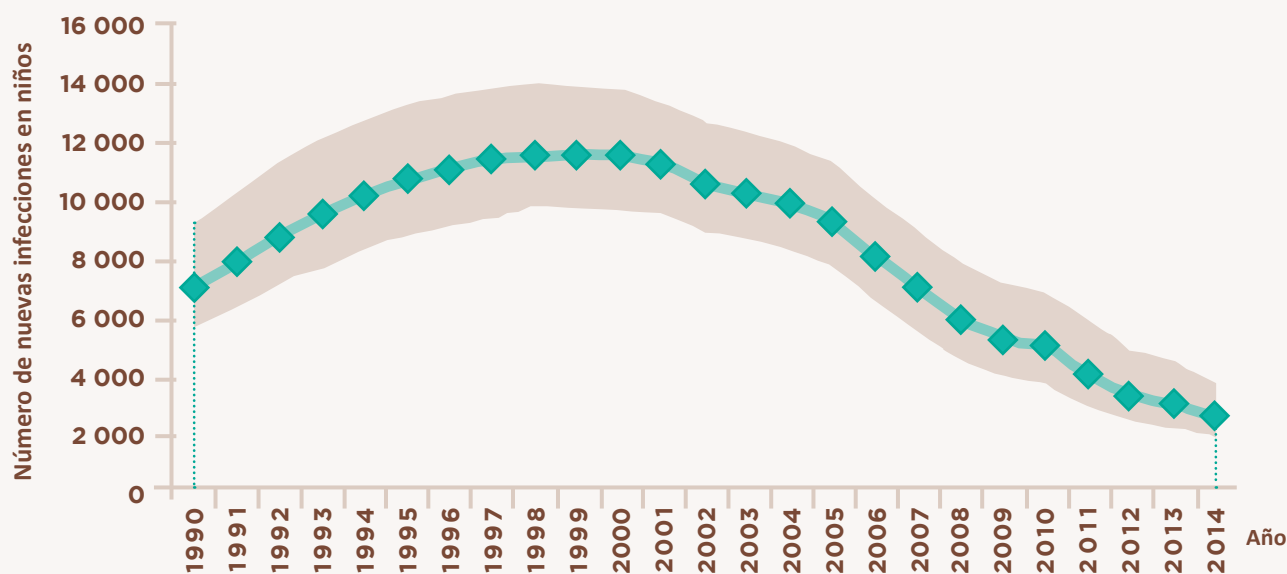


■ Fuente: ONUSIDA. *Cómo el sida lo cambió todo*, 2015.

Nuevas infecciones en niños en América Latina y el Caribe

- Se calcula que en el 2014 se registraron alrededor de 2 500 infecciones nuevas por el VIH (1 678-3 547) en los niños de ALC (una disminución del 14% desde el 2013) (**figura 2**). Aproximadamente 2 000 casos (1 325-2 871) correspondieron a América Latina y menos de 500 (353-676) al Caribe.
- Según las estimaciones en ALC el número de nuevos casos de infección en la población infantil llegó a un valor máximo y luego se estabilizó entre 1998 y el 2001. Después del 2001, esta cifra disminuyó continuamente hasta el 2014 (78% de reducción en el periodo comprendido entre el 2001 y el 2014).
- Con respecto a las subregiones: en el 2013, América Latina logró una reducción de 73% en las nuevas infecciones a partir del valor máximo alcanzado en el 2000. La reducción total registrada entre el 2013 y el 2014 fue de 17%. En el Caribe, estas cifras se redujeron en un 88% desde su valor máximo en 1997-1999 hasta el 2013, en tanto que los datos no mostraron ninguna reducción entre el 2013 y el 2014.

Figura 2. Estimación de las nuevas infecciones por el VIH en niños (de 0 a 14 años) en América Latina y el Caribe, 1990-2014



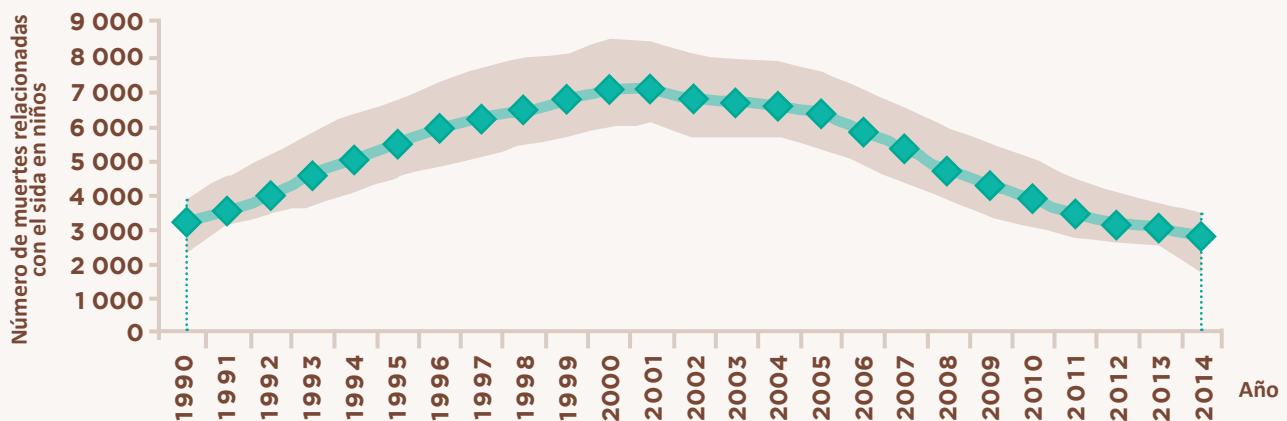
■ Fuente: ONUSIDA. *Cómo el sida lo cambió todo*, 2015.

Muertes relacionadas con el sida en niños

- El número estimado de muertes relacionadas con el sida en niños de ALC aumentó a lo largo de los años noventa, llegó al máximo y se estabilizó en el período 2000-2001, para luego disminuir de manera constante. La cifra disminuyó en 60% en el lapso comprendido entre el 2000 y el 2014.
- El número estimado en el 2014 de muertes relacionadas con el sida en niños en ALC fue de 2 800 (1 800-3 500), lo que representa una disminución de 7% desde el 2013 (**figura 3**).

- Según las estimaciones, en América Latina se registraron aproximadamente 1 800 (1 300-2 500) muertes de niños relacionadas con el sida, en tanto que en el Caribe, hubo menos de 1 000 (500-1 000).
- En el 2014, en América Latina, las muertes relacionadas con el sida en niños disminuyeron en 10% desde el 2013, y en 60% respecto al valor máximo registrado en el 2000-2001. A su vez, en el Caribe, este número se redujo en 12% desde el 2013, y en 58% desde el valor máximo documentado en el periodo 2000-2002.

Figura 3. Número estimado de muertes relacionadas con el sida en niños (de 0 a 14 años) en América Latina y el Caribe 1990-2014



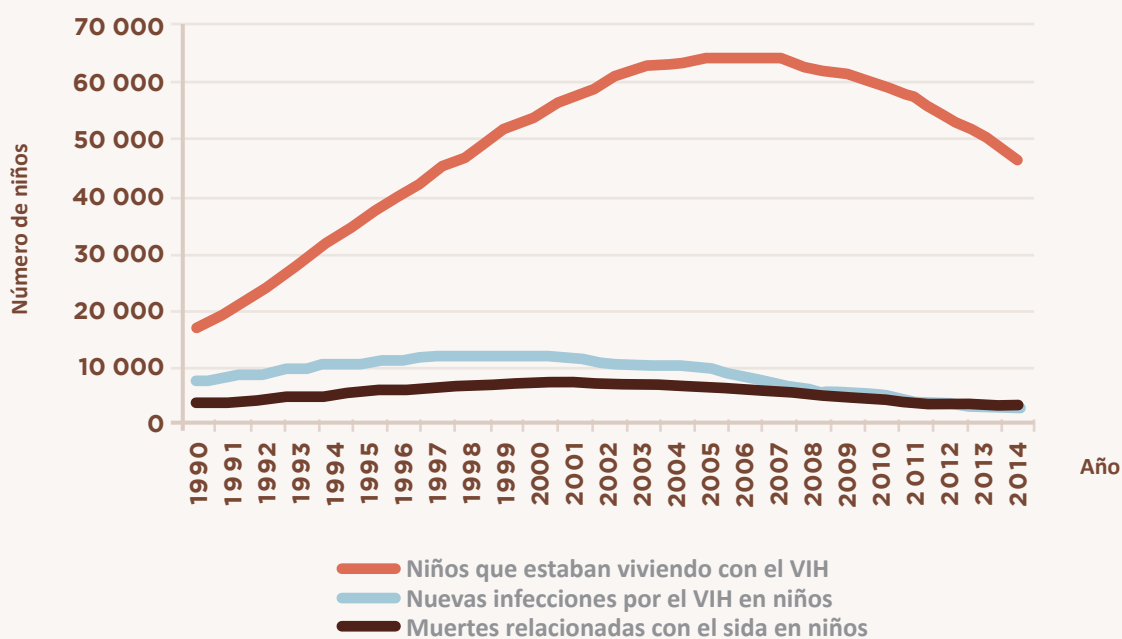
■ Fuente: ONUSIDA. *Cómo el sida lo cambió todo*, 2015.

En los años noventa, el número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en niños sobrepasó entre 40% y 50% al número de las muertes de niños relacionadas con la infección. A partir del 2000, la diferencia entre estas dos estimaciones se redujo gradualmente hasta igualarse en el 2012. Desde entonces, el número de muertes relacionadas con el sida ha superado al número de nuevos casos en la población infantil. Esta tendencia es similar en las dos subregiones.

Después del 2001 y hasta el 2014, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH y el

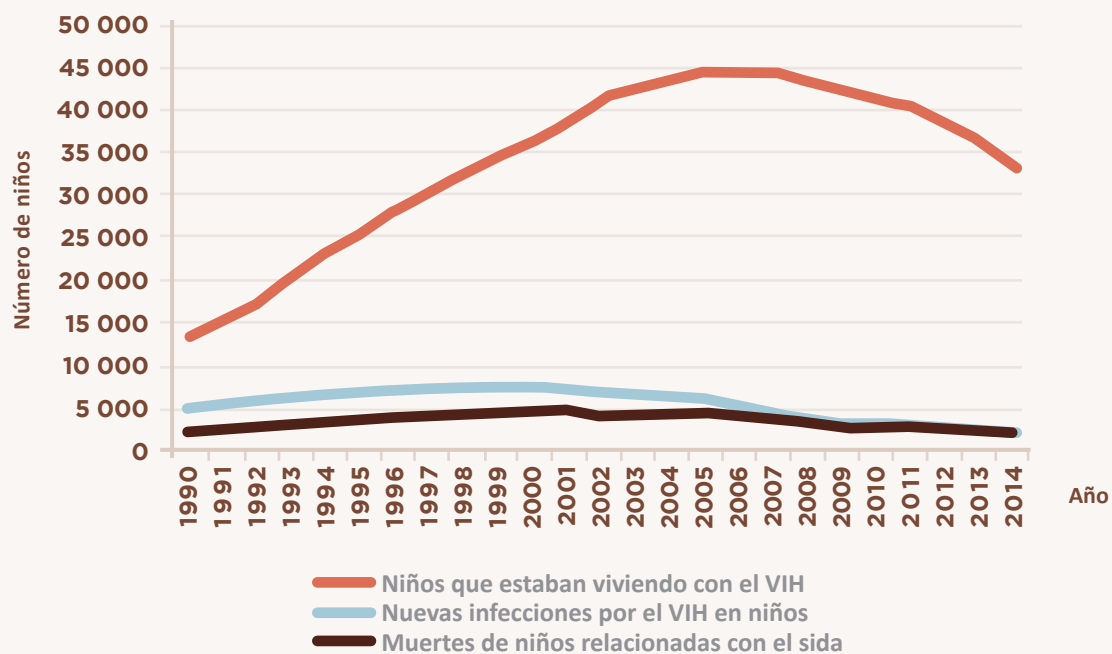
de muertes relacionadas con el sida en niños en ALC disminuyó de manera constante. Este descenso, que cobró mayor ritmo después del 2005, se debió muy probablemente a la ampliación de las intervenciones para prevenir la transmisión maternoinfantil y a los programas de atención y tratamiento de la infección [3] (**figuras 4, 5 y 6**). Gracias a estas medidas se logró una disminución en el número de nuevos casos por transmisión vertical; muchos de los niños que contrajeron la infección fueron integrados en programas de atención y tratamiento, y sobrevivieron con los ARV.

Figura 4. Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH, nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida en niños en América Latina y el Caribe, 1990-2014



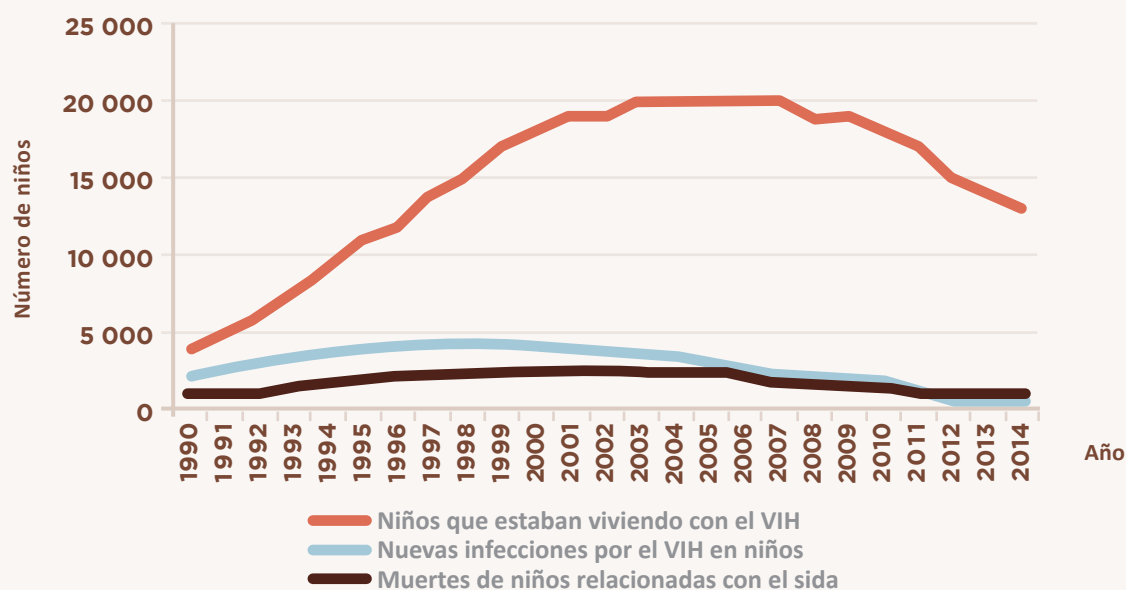
■ Fuente: ONUSIDA. *Cómo el sida lo cambió todo*, 2015.

Figura 5. Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH, nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida en niños en América Latina, 1990-2014



Fuente: ONUSIDA. *Cómo el sida lo cambió todo*, 2015.

Figura 6. Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH, nuevas infecciones en niños y muertes relacionadas con el sida en niños en el Caribe, 1990-2014



Fuente: ONUSIDA. *Cómo el sida lo cambió todo*, 2015.

El número de menores de 15 años que viven con el VIH en América Latina y el Caribe ha disminuido de manera constante desde el 2007. Esto se puede atribuir a dos posibles razones: a) la ampliación de los servicios destinados a prevenir la transmisión maternoinfantil que dio lugar a una disminución en el número de nuevos casos, y b) el hecho de que los menores de 15 años que recibieron atención y

tratamiento pediátrico sobrevivieron hasta pasar al siguiente grupo de edad (mayores de 15 años) y, por consiguiente, no fueron incluidos en las estimaciones correspondientes a los niños de 0 a 14 años.

(En el **cuadro 6 del apéndice** se puede encontrar un resumen de los datos presentados en esta sección.)



4.

El proceso continuo de la atención de la infección por el VIH en niños en América Latina y el Caribe

En esta sección se brinda un resumen de la situación actual del proceso continuo de la atención y el tratamiento de la infección por el VIH en los niños con esta infección en ALC. Se hace énfasis especial en el acceso al TAR, la retención a los 12 meses posteriores a su inicio y la supresión de la carga viral, y se brinda, además, un análisis actualizado del uso pediátrico de los medicamentos antirretrovirales y de las oportunidades de optimización del tratamiento dirigido a esta población.

Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico

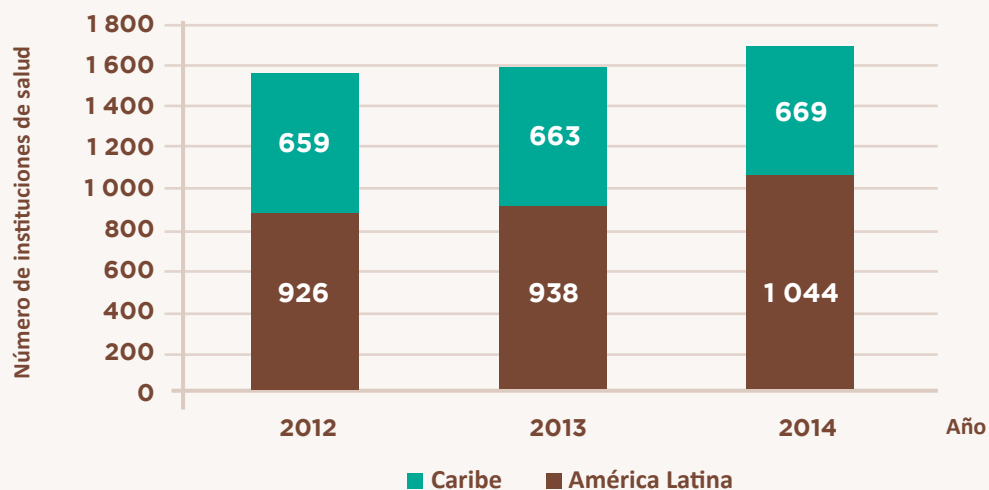
En el 2014, había aproximadamente 1700 establecimientos de salud que ofrecían atención y tratamiento antirretroviral a los

niños que viven con el VIH en ALC (lo que representa un aumento de 8% desde el 2012) (**figura 7 y cuadro 1 del apéndice**).

En América Latina el número de establecimientos de salud que ofrecían TAR pediátrico aumentó en 13% entre el 2012 y el 2014. En el mismo período, se registró un aumento de esta cifra en 69% de los países (11 de los 16 países que presentaron información), en tanto que Chile, Ecuador y Venezuela informaron una disminución.

En el Caribe, entre el 2012 y el 2014, el número de establecimientos de salud que ofrecían TAR pediátrico se mantuvo sin modificaciones en 69% de los países que presentaron información; este número se incrementó en Bahamas, Guyana, República Dominicana y Santa Lucía; y disminuyó en Haití (en tres establecimientos).

Figura 7. Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico en América Latina y el Caribe, 2014



■ Fuente: ONUSIDA/OMS. Informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013, 2014 y 2015.

Esta información muestra que la mayoría de los países, especialmente en América Latina, están ampliando el acceso de los niños con infección por el VIH a la atención y tratamiento al aumentar el número de establecimientos que proporcionan TAR pediátrico. Aunque se prevé que el número total de niños que viven con el VIH disminuya, el número de establecimientos de salud que atienden a esta población podría aumentar en aquellos países en los que estos servicios están en proceso gradual de descentralización.

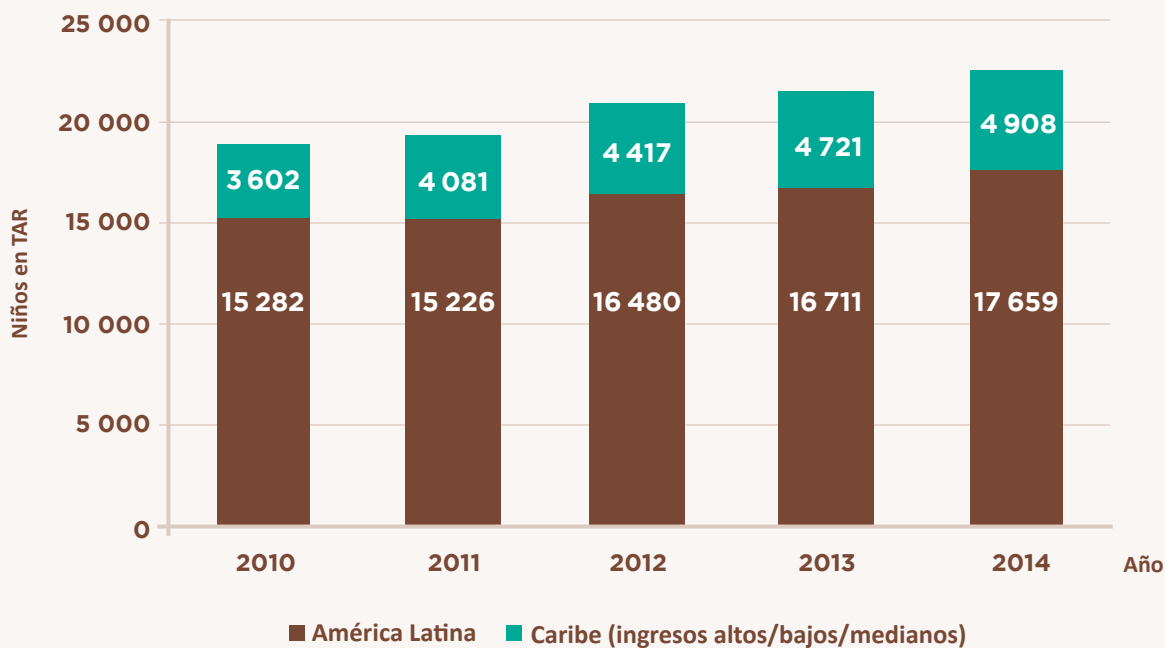
Niños que reciben TAR y cobertura del TAR

- El número de niños en TAR sigue aumentando en ALC. En el 2014, 22 567 niños recibieron TAR (incluidos los países de ingresos altos),

lo que representa un aumento de 5% desde el 2013 (**figura 8 y cuadro 2 del apéndice**).

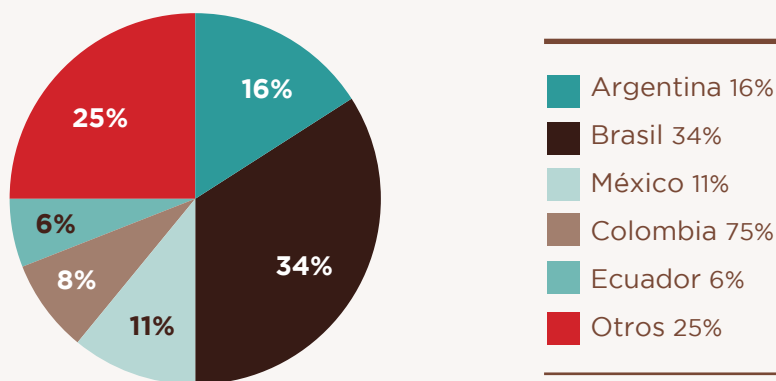
- En el 2014, 17 659 niños recibieron TAR en América Latina, lo que representa un aumento de 6% desde el 2013. Por su parte, en el Caribe, 4 908 recibieron TAR, lo que representa un aumento de 4% en el mismo periodo.
- En el 2014, 75% de los niños que estaban viviendo con el VIH en TAR en América Latina procedían de cinco países: Brasil (34%), Argentina (16%), México (11%), Colombia (8%) y Ecuador (6%). Por otra parte, en el Caribe tres países concentraban el 91% de los niños que estaban viviendo con el VIH en TAR: Haití (60%), República Dominicana (19%) y Jamaica (12%) (**figuras 9 y 10**).

Figura 8. Número de niños (de 0-14 años) en TAR en América Latina y el Caribe, 2010 - 2014



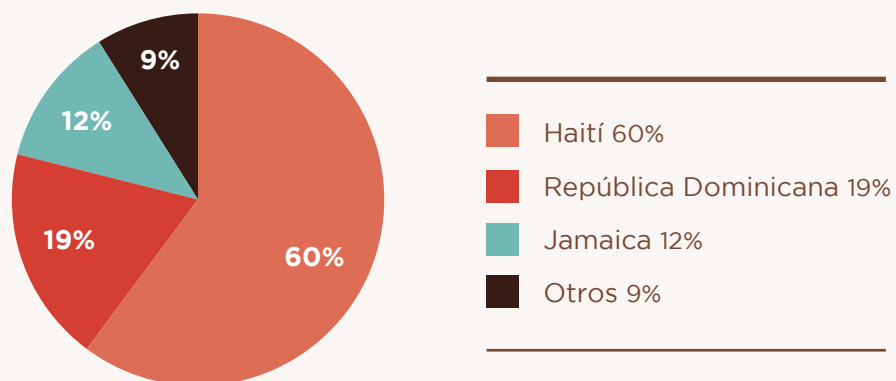
■ Fuente: ONUSIDA. Informes de Progreso presentados por los países, 2011-2015.

Figura 9. Distribución de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH en TAR en países seleccionados en América Latina, 2014



■ **Fuentes:** ONUSIDA. Estimaciones Spectrum, 2015.
ONUSIDA. Informes de progreso presentados por los países, 2015.

Figura 10. Distribución de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH en TAR en países seleccionados del Caribe, 2014



■ **Fuente:** ONUSIDA. Estimaciones Spectrum, 2015.
ONUSIDA. Informes de progreso presentados por los países, 2015.

En ALC, la cobertura del TAR en niños es similar a la que se registra en adultos. En el 2014, la cobertura del TAR pediátrico fue de 49% (43%-57%) y la de los adultos 46% (40%-55%) (**figura 11**), lo que representa un aumento de 6% de la cobertura pediátrica desde el 2013.

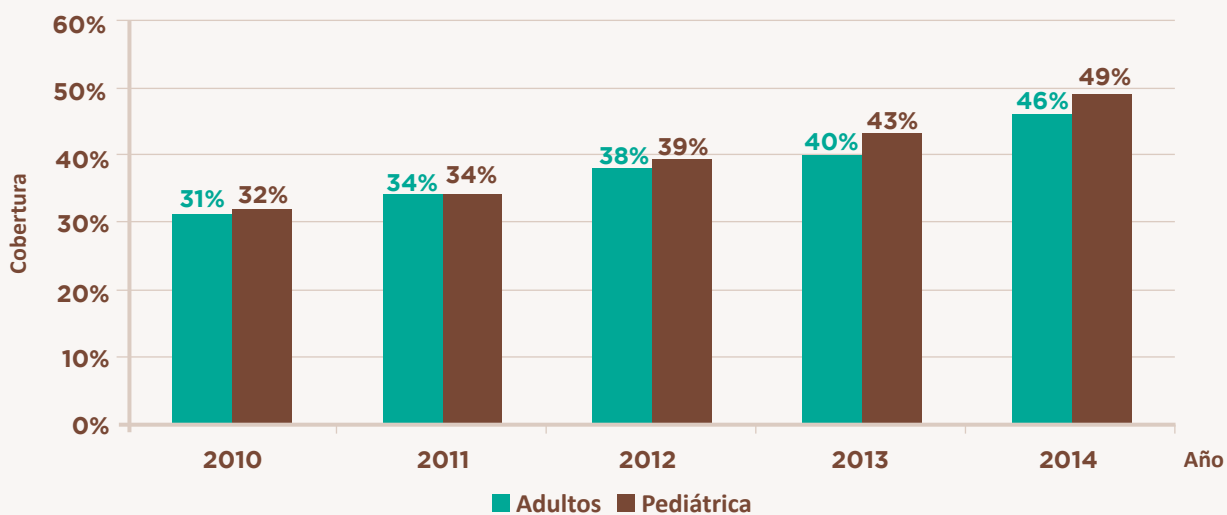
Cuando se desglosan los datos del 2014 por subregión, en América Latina la cobertura del TAR pediátrico alcanzó un 55% (46%-64%), mientras que la de los adultos llegó al 46% (40%-56%). En el Caribe, la cobertura en los niños fue de 35% (32%-42%) y de 42% (33%-54%) en los adultos (**figuras 12 y 13**).

Los países con coberturas más altas del TAR pediátrico fueron Belice (85%) y Jamaica

(80%) en el Caribe, y El Salvador (63%) y México (63%) en América Latina; los países con menor cobertura fueron la República Dominicana (28%) y Haití (35%) en el Caribe, y Bolivia (21%), Venezuela (33%), Nicaragua (35%) y Guatemala (35%) en América Latina.

Estos datos ponen de manifiesto que la brecha en el acceso al tratamiento para los niños es mucho mayor en el Caribe que en América Latina. La diferencia entre estas subregiones se relaciona principalmente con las tasas bajas de cobertura alcanzadas en la República Dominicana y Haití, países que concentran aproximadamente 89% de todos los niños infectados por el VIH en la subregión Caribe.

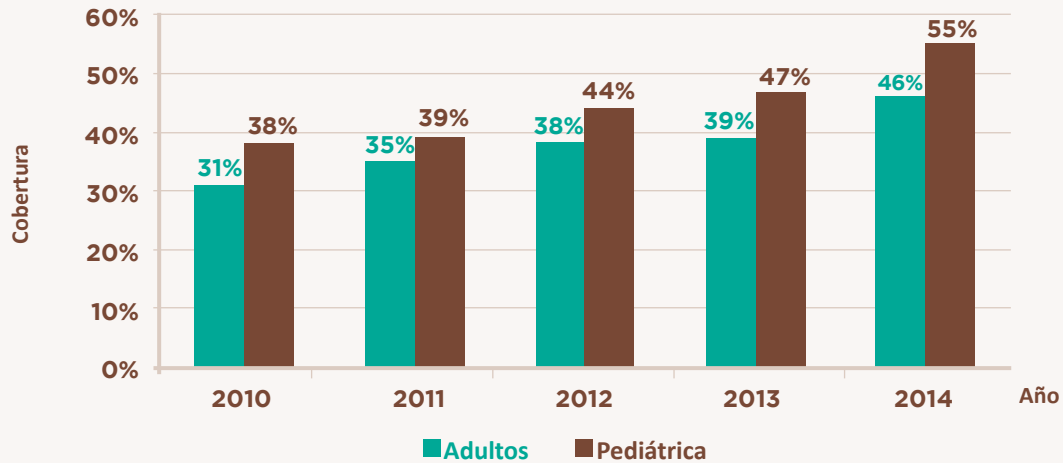
Figura 11. Cobertura del TAR en adultos y niños en América Latina y el Caribe, 2010-2014



■ Fuente: ONUSIDA. Estimaciones Spectrum, 2015.

■ Nota: La cobertura pediátrica incluye los niños de 0 a 14 años de edad. La cobertura en adultos incluye aquellos de 15 años en adelante.

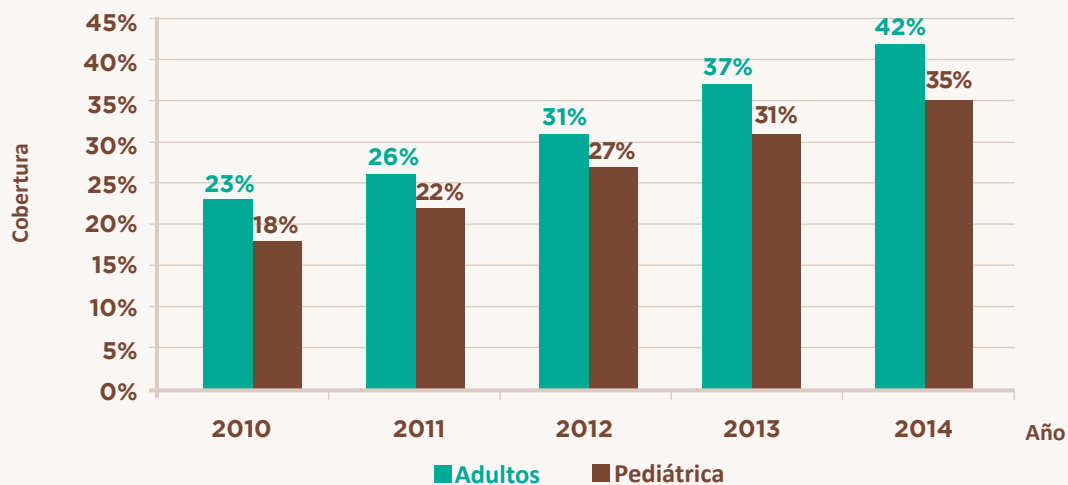
Figura 12. Cobertura del TAR en adultos y niños en América Latina, 2010-2014



■ Fuente: ONUSIDA. Estimaciones Spectrum, 2015.

■ Nota: La cobertura pediátrica incluye los niños de 0 a 14 años de edad. La cobertura del TAR en adultos incluye aquellos de 15 años en adelante.

Figura 13. Cobertura del TAR en adultos y niños en el Caribe, 2010-2014



■ Fuente: ONUSIDA. Estimaciones Spectrum, 2015.

■ Nota: La cobertura pediátrica incluye los niños de 0 a 14 años de edad. La cobertura del TAR en adultos incluye aquellos de 15 años en adelante.

Niños que reciben atención de la infección por el VIH

En América Latina y el Caribe, la mayoría de los niños seropositivos para el VIH se infectan por transmisión vertical durante el embarazo, el parto o la lactancia materna [4] [5] [6]. El VIH es más agresivo en niños: la mitad mueren antes de los dos años si no se les proporciona algún tratamiento [7] [8]. Aunque los progresos alcanzados en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH han contribuido a reducir el número de casos de esta infección en niños, todavía se requiere subsanar deficiencias en el acceso de este segmento de la población a servicios adecuados de diagnóstico, atención y tratamiento.

Los datos disponibles sobre los niños que recibieron atención en el 2014 (**cuadro 2**) son escasos dado que solo 13 países notificaron datos referentes a este indicador desglosados por edad. Además, la calidad de los datos puede presentar deficiencias debidas, entre otras razones, al uso de definiciones operativas diferentes, basadas en criterios clínicos, farmacéuticos o de laboratorio para incorporar a los niños en los servicios de atención; a la doble contabilización de los casos y a la falta de bases de datos actualizadas. Los datos disponibles muestran que algunos países (como Brasil, México y Paraguay) tienen las proporciones más bajas de niños en TAR con respecto al total de niños seropositivos que reciben atención a nivel nacional.

Cuadro 2. Proporción de niños en atención que reciben tratamiento antirretroviral en los países de América Latina y el Caribe que presentaron datos, 2014

| PAÍS | Número de niños que estaban viviendo con el VIH | Número de niños en atención (total inscritos) | Número de niños en atención que reciben TAR | Proporción de niños en atención que reciben TAR |
|-------------------|---|---|---|---|
| Bahamas (las) | -- | 70 | 53 | 76% |
| Cuba | -- | 31 | 28 | 90% |
| Trinidad y Tabago | -- | 119 | 113 | 95% |
| Brasil | 11 000-17 000 | 18 667 | 5 768 | 31% |
| Chile | -- | 250 | 171 | 68% |
| Honduras | 1 900 (1 700 – 2 200) | 700 | 700 | 100% |
| México | 2 900 (2 200 – 3 800) | 5 934 | 1 815 | 31% |
| Panamá | <500 (<500 - <500) | 276 | 159 | 58% |
| Paraguay | <500 (<500 - <1 000) | 467 | 187 | 40% |

■ **Fuente:** ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2015.

■ **Notas:** En este cuadro se incluyen los datos de solo 9 de los 13 países que presentaron información; los datos de los otros 4 países no fueron incluidos debido a la presencia de discordancias.

En Brasil y México, el número de niños que recibieron atención, informado por el GARPR, es mayor que el número de niños que estaban viviendo con el VIH informado en Spectrum.

Retención en el TAR pediátrico

En América Latina y el Caribe, solo se dispone de datos de 12 países sobre la retención de los pacientes pediátricos en TAR 12 meses después de iniciado el tratamiento (**cuadro 3**). Según estos datos, en el 2014, aproximadamente el 73% de los niños que iniciaron el TAR continuaban en tratamiento

después de 12 meses, frente a 75% de los adultos en el mismo subconjunto de países. Con excepción de Suriname (36%), México (58%) y Belice (63%), la mayoría de los países presentaron porcentajes de retención bastante altos (superiores a 70%). En general, la tasa de retención terapéutica disminuyó entre el 2011 y el 2014.

Cuadro 3. Retención en el TAR pediátrico a los 12 meses en los países de América Latina y el Caribe que presentaron datos, 2011-2014

| PAÍSES | 2011 | | | 2012 | | | 2013 | | | 2014 | | |
|-----------------------|------|-----|------------|------|-----|------------|------|-----|------------|------|-----|------------|
| | N | D | % | N | D | % | N | D | % | N | D | % |
| Caribe | | | | | | | | | | | | |
| Belice | SN | SN | SN | SN | SN | SN | SN | SN | SN | 5 | 8 | 63% |
| Cuba | 3 | 3 | 100% | 2 | 2 | 100% | 0 | 1 | 0 | 5 | 6 | 83% |
| Guyana | 18 | 22 | 82% | 29 | 31 | 94% | 10 | 16 | 63% | 20 | 22 | 91% |
| Suriname | 7 | 9 | 78% | 7 | 14 | 50% | SN | SN | SN | 5 | 14 | 36% |
| Trinidad y Tabago | SN | SN | SN | 5 | 6 | 83% | 3 | 3 | 100% | 3 | 3 | 100% |
| América Latina | | | | | | | | | | | | |
| Brasil | 788 | 910 | 87% | 736 | 863 | 85% | 756 | 911 | 83% | 738 | 979 | 75% |
| El Salvador | 17 | 20 | 85% | SN | SN | SN | 15 | 19 | 79% | 13 | 17 | 76% |
| Honduras | 51 | 60 | 85% | 27 | 28 | 96% | 38 | 46 | 83% | 34 | 36 | 94% |
| México | 175 | 203 | 86% | 197 | 211 | 93% | 335 | 363 | 92% | 149 | 257 | 58% |
| Nicaragua | 8 | 8 | 100% | 15 | 21 | 71% | 16 | 16 | 100% | 17 | 18 | 94% |
| Paraguay | SN | SN | SN | SN | SN | SN | SN | SN | SN | 20 | 23 | 87% |
| Uruguay | 2 | 4 | 50% | 9 | 10 | 90% | 12 | 12 | 100% | 6 | 6 | 100% |
| Total* | | | 86% | | | 86% | | | 85% | | | 73% |

Retención en el caso de los niños, 2014: Mediana=85%; Promedio=73%
Retención en el caso de los adultos, 2014: Mediana=79%; Promedio =75%

Fuente: ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2012-2015.

Nota: La retención en el TAR se define como el porcentaje de niños con el VIH que se sabe que continúan con el TAR 12 meses después de su inicio.

N (numerador) es el número de niños que sigue todavía con vida y en TAR 12 meses después de su inicio.

D (denominador) es el número total de niños que iniciaron el TAR y que se esperaba alcanzaran los objetivos terapéuticos establecidos para el período de 12 meses. Esta cifra incluye los niños que fallecieron, los que suspendieron el tratamiento y los que se registraron como perdidos en el seguimiento para el mes 12.

SN: sin notificar.

* Para calcular el total se tomaron los países que disponían de información sobre al menos un año y con base en ella se desarrollaron estimaciones para los años carentes de datos en dicho país.

Supresión de la carga viral en los niños en TAR

Las directrices unificadas sobre el uso de los ARV de la OMS del 2015 recomiendan la medición periódica de la carga viral en el plasma como el mejor método de seguimiento de laboratorio, tanto para evaluar la efectividad del tratamiento, como para detectar y confirmar el fracaso virológico del tratamiento. Se considera **supresión viral** a la presencia de 1 000 copias del VIH o menos por mililitro de sangre ($\leq 1\ 000$ copias/ml).

En América Latina y el Caribe, los datos sobre la supresión de la **carga viral** y la carga viral **indetectable**, (valores por debajo del límite de detección utilizado como referencia en el país), en los menores de 15 años que reciben TAR son todavía escasos. En el 2014, solo 10 países presentaron datos sobre la supresión viral y únicamente 7 sobre cargas virales indetectables durante el tratamiento con antirretrovirales. Entre los países que presentaron datos, la proporción promedio de menores de 15 años en TAR examinados que alcanzaron la supresión viral fue de aproximadamente 73%, con una mediana de 61%; en el caso de los mayores de 15 años y los adultos este promedio fue de 87%. La

proporción promedio de menores de 15 años en TAR con cargas virales indetectables fue de 58%, con una mediana de 57% (**cuadros 3 y 4 del apéndice**).

En resumen, muchos países no presentan los datos desglosados por los grupos principales de edad. Los datos disponibles en ALC indican que los niveles de cobertura del TAR son similares en niños y adultos. Sin embargo, los datos desglosados por subregión muestran que la cobertura tanto para niños como para adultos es mayor en América Latina que en el Caribe. En América Latina, los niveles de la cobertura del TAR son 7% más altos en los niños que en los adultos. Por el contrario, en el Caribe, dicha cobertura es 8% más baja en la población infantil que en la adulta. A escala regional, la retención en el TAR a los 12 meses fue 2% más baja en los niños que en los adultos. Los menores de 15 años presentaron supresión de la carga viral 14% más bajas en comparación con los mayores de 15 años y los adultos. El porcentaje de cargas virales indetectables, en los menores de 15 años de la región, fue de 58%.

(En el **cuadro 6 del apéndice** se puede encontrar un resumen de los datos presentados en esta sección.)



El Salvador: Análisis de la disminución progresiva de la retención en el proceso continuo de la atención de la infección por el VIH en menores de 18 años

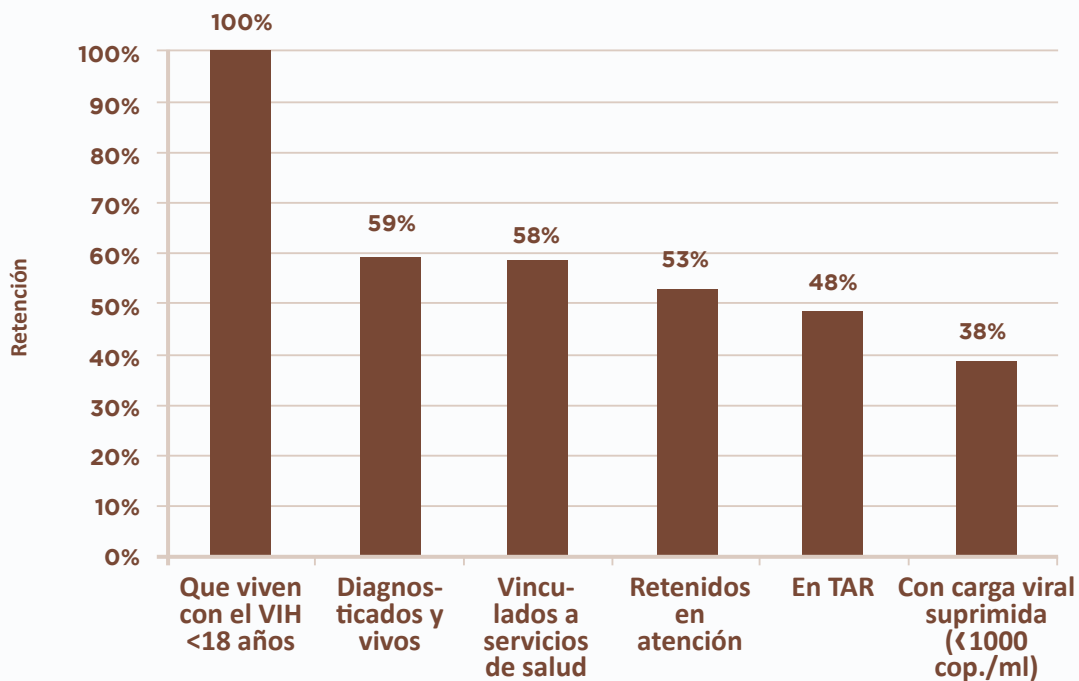
En el 2014, El Salvador usó datos clínicos de seguimiento procedentes de los centros de salud pública que ofrecían TAR para realizar una evaluación de la disminución progresiva (también llamada “en cascada”) de la retención en la atención de los niños con la infección por el VIH. Esta información está recopilada en el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida (SUMEVE).

Los datos relativos a los niños y los adolescentes menores de 18 años con infección por el VIH se analizaron y desglosaron en dos grupos según el establecimiento que

proporcionó los servicios de salud. El primer grupo estuvo constituido por los datos provenientes del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el centro pediátrico de referencia que presta servicios a la mayor cantidad de niños con la infección en el país. El segundo grupo estuvo conformado por los datos provenientes de los demás centros de atención pediátrica.

A escala nacional, la disminución en cascada de la retención en el proceso continuo de la atención muestra que, en el 2014, de los 806 niños y adolescentes menores de 18 años que estaban viviendo con el VIH, 59% fueron diagnosticados, 58% fueron vinculados a los servicios de atención, 48% recibieron TAR y 38% alcanzaron la supresión virológica (este porcentaje corresponde a la mayoría [79%] de aquellos que recibieron TAR) (**figura 14**).

Figura 14. Disminución progresiva de la retención en la atención de la infección por el VIH en niños y adolescentes (de 0 a 18 años) en El Salvador, 2013



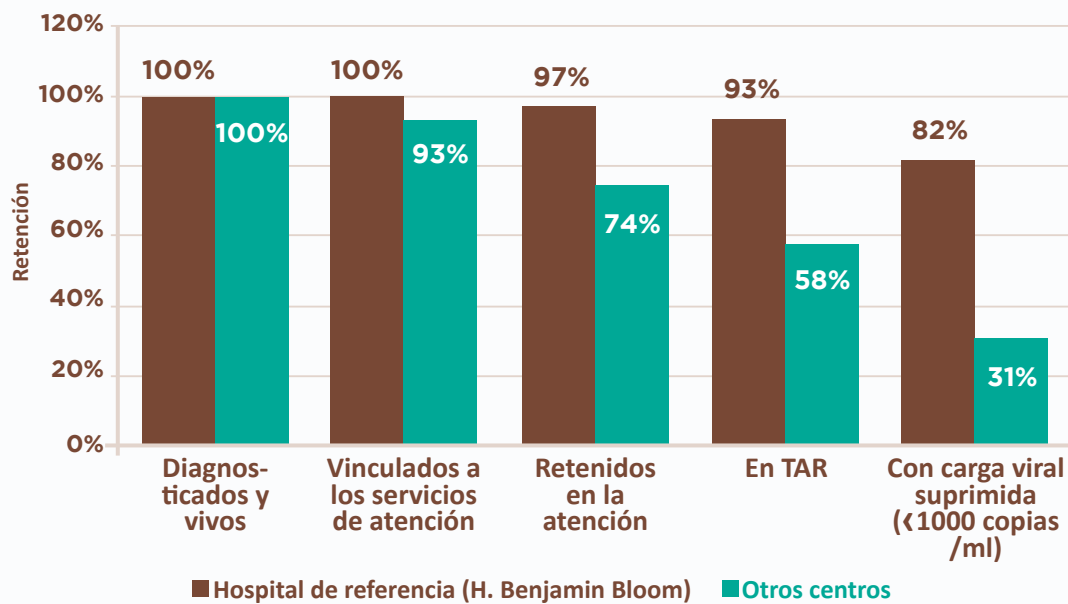
■ Fuente: SUMEVE, 2014.

El análisis desglosado muestra diferencias en la calidad de la atención según el centro proveedor de los servicios, con resultados más favorables para el hospital de referencia.

Este tipo de análisis ayuda a identificar las deficiencias en el proceso de la atención, lo cual puede llevar a la adopción de medidas

correctivas a nivel local. Este es un buen ejemplo que puede ser seguido por otros países de América Latina y el Caribe en lo que respecta al seguimiento del acceso a la atención y sus resultados en la población pediátrica con infección por el VIH, así como a la definición de líneas de mejora en los servicios.

Figura 15. Disminución progresiva de la retención en la atención de la infección por el VIH en niños y adolescentes (0-18 años) en El Salvador, por grupos de centros de atención, 2013



■ Fuente: Castañeda L. *et al.* 2014. Inédito.

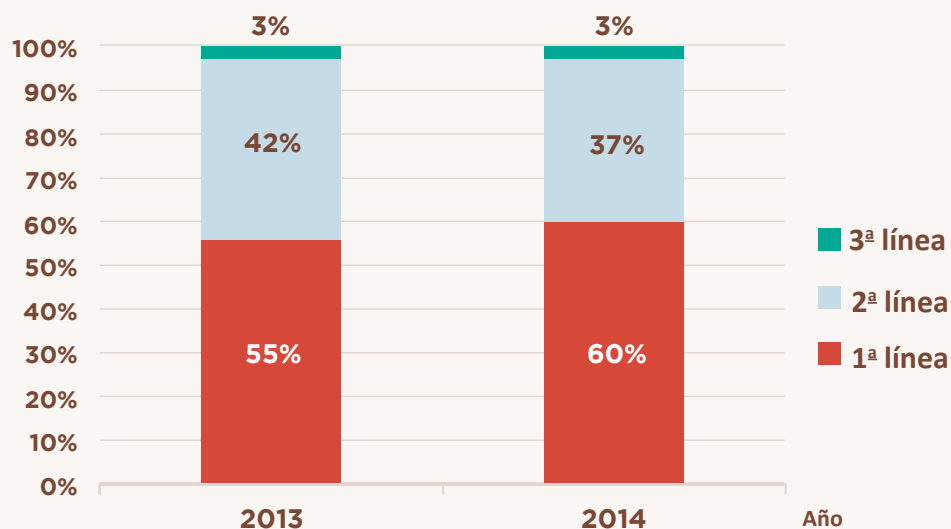


5.

Optimización del tratamiento antirretroviral en los niños

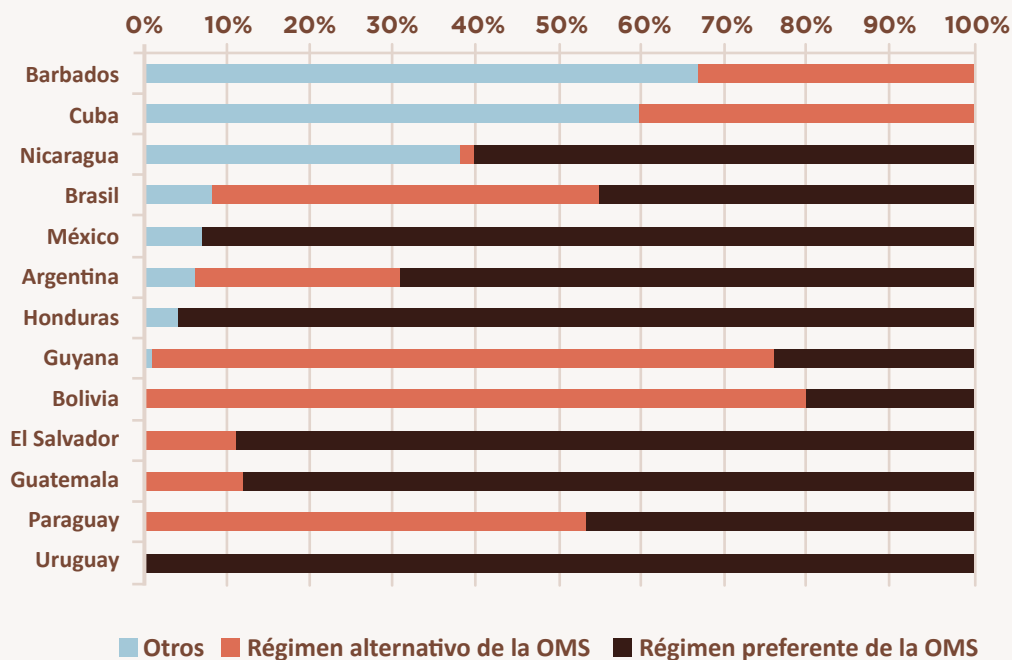
- En el 2014, se compilaron datos provenientes de 13 países de ALC sobre los esquemas del TAR, correspondientes a un total de 6 834 niños (de 0 a 10 años).
- En el mismo año, 60% de estos niños recibieron un esquema de tratamiento de primera línea, un 5% más que en el 2013. Treinta y siete por ciento recibió un esquema de segunda línea y 3% recibió uno de tercera línea. Con base en estos datos, es probable que 40% de los niños hayan presentado fracaso terapéutico y sean portadores de virus farmacorresistentes (**figura 16**).
- La mediana del número de esquemas antirretrovirales de primera línea usados en el 2014 fue de 4, similar a la mediana registrada en el 2013.
- En el 2014, 96% de los pacientes pediátricos bajo tratamiento de primera línea recibieron esquemas recomendados en las directrices del 2013 de la OMS, tanto preferentes como alternativos (**figura 17**). Los esquemas utilizados con mayor frecuencia fueron AZT+3TC+EFV (37%), AZT+3TC+LPV/r (25%) y AZT+3TC+NVP (23%) (**figura 18**).
- En contraste, en el mismo año, solo aproximadamente 54% de los niños recibieron esquemas de segunda línea preferentes o alternativos recomendados por la OMS; siendo ABC+3TC+LPV/r (38%) y AZT+3TC+LPV/r (19%) los regímenes utilizados con mayor frecuencia (**figura 19**).
- El uso de medicamentos obsoletos y no recomendados (ddl y d4T) se ha ido reduciendo progresivamente; se estima que solo aproximadamente el 2% de los niños en TAR reciben aún esquemas que contienen medicamentos obsoletos. En el 2014, solo cuatro países (Cuba, Guatemala, Honduras y Nicaragua) notificaron estar usando todavía ddl o d4T para tratamiento pediátrico, administrado la mayoría de las veces como parte de esquemas de segunda y tercera línea.

Figura 16. Distribución de los niños (de 0 a 10 años) por línea de tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe, 2013-2014



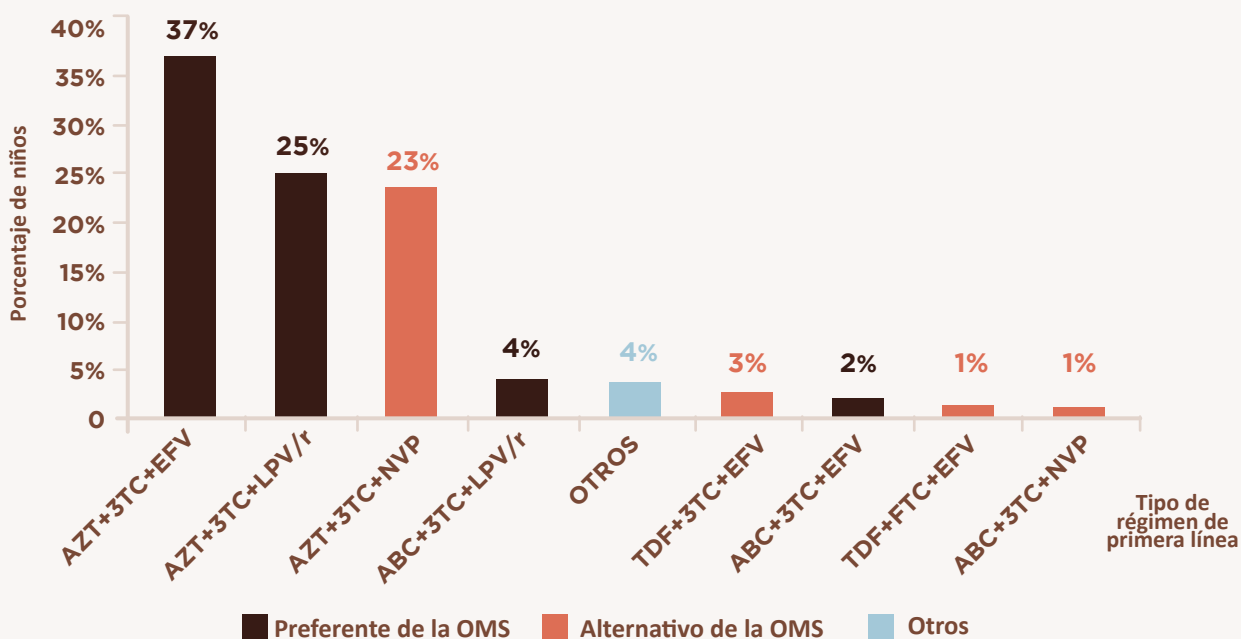
■ Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida (AMDS) de la OMS, 2015.

Figura 17. Porcentaje de niños (de 0 a 10 años) en tratamiento con antirretrovirales de primera línea en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2014



Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida (AMDS) de la OMS, 2015.

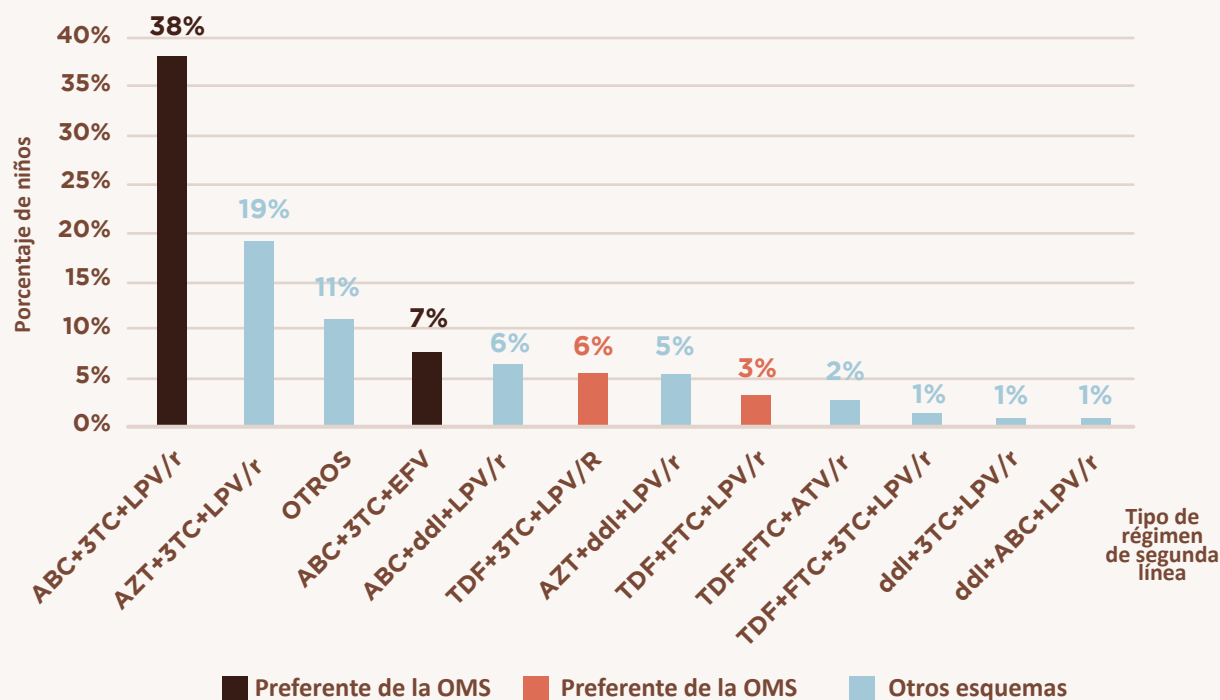
Figura 18. Distribución de los niños (0 a 10 años) en régimen de primera línea en América Latina y el Caribe, por tipo de régimen, 2014



Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida de la OMS (AMDS), 2015.

Nota: Distribución basada en datos de 13 países.

Figura 19. Distribución de los niños (0 a 10 años) en régimen de segunda línea en América Latina y el Caribe, por tipo de régimen, 2014



■ Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida de la OMS (AMDS), 2015.
 ■ Nota: Distribución basada en datos de 13 países.

En resumen, los ARV recomendados por la OMS se usan con frecuencia para esquemas de tratamiento pediátrico de primera línea, pero son mucho menos utilizados para esquemas de segunda línea después de ocurrido un fracaso terapéutico. Esto puede deberse, en primer lugar, a que no se dispone de suficientes formas farmacéuticas pediátricas de todos los ARV recomendados (por ejemplo, LPV/R; ATV/r) que cuenten con sabor agradable y sean fáciles de usar y, en segundo lugar, a un acceso limitado a formas farmacéuticas pediátricas de los nuevos grupos farmacológicos de antirretrovirales (DRV, RAL).

La optimización del tratamiento pediátrico con el uso de nuevas presentaciones farmacéuticas (gránulos orales, comprimidos ranurados y dispersables) y de combinaciones de medicamentos en dosis fijas puede mejorar los resultados referentes a la retención y supresión de la carga viral mencionados en la sección anterior.

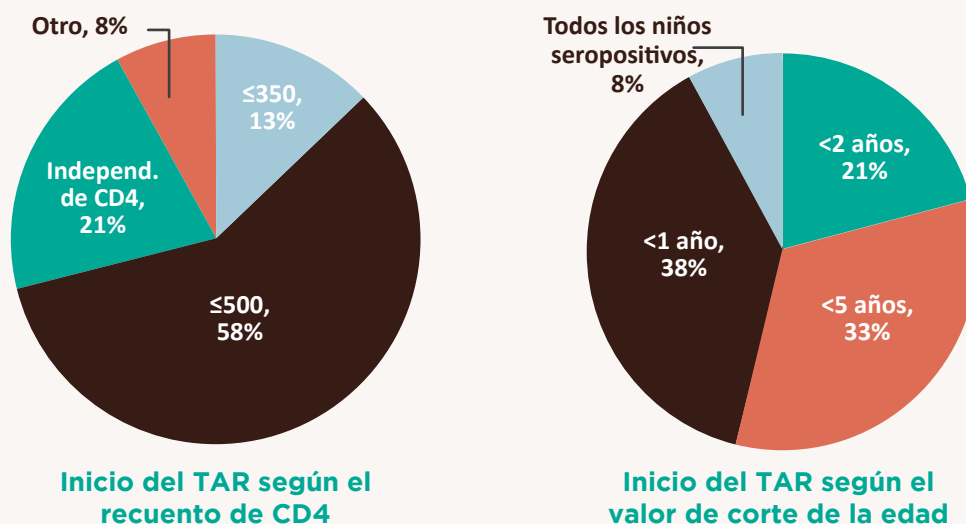
(En el **cuadro 6 del apéndice** se puede encontrar un resumen de los datos presentados en esta sección.)

6.

Políticas en relación con el TAR pediátrico

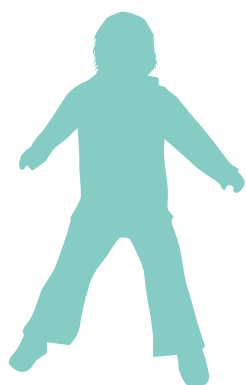
- En el 2015, la OMS publicó las nuevas *Directrices sobre el inicio del tratamiento antirretroviral y la profilaxis preexposición al VIH* en las que se incluye una recomendación para iniciar el TAR en todos los niños con infección por el VIH, independientemente de la edad que tengan o el estado inmunitario en el que se encuentren[9].
- De los 25 países que presentaron informes en el 2014, 72% (18 países) informó haber finalizado la adopción de las recomendaciones de la OMS del 2013 sobre el tratamiento pediátrico contenidas en las *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH*. Por otra parte, 24% (6 países) informó estar todavía en el proceso de adopción de dichas directrices.
- En lo que se refiere a la edad límite para iniciar el tratamiento en todos los niños que viven con el VIH, independientemente del estado inmunitario (recuento de células CD4 o porcentaje de células CD4) y de los síntomas: de 24 países que presentaron información, nueve países (38%) usaron un valor de corte de la edad de menos de 1 año; cinco países (21%) usaron el valor de menos de 2 años; ocho países (33%) usaron el de menos de 5 años (la recomendación de la OMS del 2013). Dos países (Bahamas y Jamaica) notificaron haber administrado el tratamiento a todos los niños seropositivos para el VIH a nivel nacional (**figura 20**). Por consiguiente, si se consideran las nuevas directrices de la OMS del 2015, la brecha en la adaptación y adopción de sus recomendaciones en las políticas sobre los criterios de tratamiento se hace aún mayor.
- El umbral de células CD4+ para iniciar el TAR en niños asintomáticos de 5 o más años fue notificado del siguiente modo por los 24 países que presentaron informes: ≤ 500 células CD4 en 14 países (58%); “no se tiene en cuenta el número de células CD4” en 5 países (21%); y ≤ 350 células en 3 países (13%) (**figura 20**).
- En el 2014, de los 19 países de ALC que presentaron información, 11 (58%) tenían directrices nacionales que recomendaban el esquema preferente (LPV/r) para el tratamiento de primera línea en todos los lactantes y menores de 3 años. En el mismo año, las directrices nacionales de tres países (16%) hacían la misma recomendación solo para los lactantes expuestos a los INNRT (inhibidor no nucleosídico de la retrotranscriptasa). Gracias a la disponibilidad de las nuevas formulaciones de LPV/r termoestables y con sabor más agradable es probable que aumente tanto la adopción de la recomendación de la OMS como el uso de LPV/r para el tratamiento de lactantes y menores de 36 meses.
- Además, con relación a los menores de 3 años con infección por el VIH, 50% de los países (11 de 22) informaron que la zidovudina era el INRT preferido como columna vertebral del TAR en este grupo etario; 23% (5 de 22 países) notificaron que el abacavir era el INRT preferido; y 27% notificaron “otros INRT” como preferidos. Es probable que el uso de abacavir se haga más frecuente debido a que se recomienda en las directrices de la OMS del 2015, a que está disponible en las nuevas combinaciones farmacológicas en dosis fijas dispersables y a que se cuenta con mejores datos sobre su perfil de seguridad en pacientes pediátricos [10].
- Por su parte, el efavirenz se recomendó como el INNRT preferido para el inicio del tratamiento en niños de 3 o más años en 71% de los países (15 de los 21 que presentaron información).
- Finalmente, en el 2014, 89% de los países (16 de los 18 que presentaron información) notificaron contar con una política de carga viral a nivel pediátrico plenamente implementada, mientras que 11% (2 de 19 que presentaron información) notificaron estar trabajando aun en el proceso de implementación de dicha política (**cuadro 5 del apéndice**).

Figura 20. Políticas en relación con el inicio del TAR en niños de América Latina y el Caribe, según el umbral de células CD4 y el valor de corte de la edad, 2014



■ **Fuente:** ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2015).
 ■ **Nota:** Datos de los informes de 24 países.

(En el **cuadro 6 del apéndice** se puede encontrar un resumen de los datos presentados en esta sección.)



Apéndice



Cuadro 1. Establecimientos de salud en América Latina y el Caribe que ofrecen TAR pediátrico, 2012-2014

| PAÍS | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Caribe | | | |
| Antigua y Barbuda | 1 | 1 | (1) |
| Bahamas | 4 | 7 | 7 |
| Barbados | 1 | 1 | (1) |
| Belice | 11 | 11 | (11) |
| Cuba | 476 | 476 | (476) |
| Dominica | (1) | 1 | 1 |
| República Dominicana | 32 | 32 | 44 |
| Granada | 1 | 1 | (1) |
| Guyana | 20 | 21 | 22 |
| Haití | 85 | 82 | (82) |
| Jamaica | 12 | 12 | (12) |
| Saint Kitts y Nevis | 2 | 2 | (2) |
| Santa Lucía | 2 | 5 | 3 |
| San Vicente y las Granadinas | 1 | 1 | 1 |
| Suriname | (5) | (5) | 5 |
| Trinidad y Tabago | 5 | 5 | 5 |
| Total en el Caribe | 659 | 663 | 669 |
| América Latina | | | |
| Argentina | (50) | 50 | 73 |
| Bolivia | 14 | 16 | 17 |
| Brasil | 454 | 470 | 473 |
| Chile | 32 | 32 | 29 |
| Colombia | SN | SN | SN |
| Costa Rica | 1 | 1 | 1 |
| Ecuador | 11 | 9 | 2 |
| El Salvador | 1 | 1 | (1) |
| Guatemala | 11 | 14 | 16 |
| Honduras | 20 | 21 | 22 |
| México | (180) | 180 | 218 |
| Nicaragua | 30 | 42 | 43 |
| Panamá | 4 | 9 | 10 |
| Paraguay | 6 | 7 | 8 |
| Perú | 41 | 34 | 75 |
| Uruguay | 2 | SN | 4 |
| Venezuela | 69 | 52 | (52) |
| Total en América Latina | 926 | 938 | 1 044 |
| Total en ALC | 1 585 | 1 601 | 1 713 |

■ **Fuente:** ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2015).

■ **Nota:** Las cifras entre paréntesis indican los datos notificados en años anteriores. SN =sin notificar. Los datos de Bahamas, Belice, Guyana, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Ecuador y Guatemala incluyen establecimientos de ambos sectores, público y privado.

Cuadro 2. Número de niños (de 0 a 14 años) que estaban viviendo con el VIH en TAR, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2010-2014

| PAÍSES | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Caribe | | | | | |
| Bahamas | 65 | 52 | 39 | 49 | 53 |
| Barbados | 11 | 10 | 10 | 10 | 8 |
| Belice | 88 | 93 | 95 | 96 | 90 |
| Cuba | 22 | 14 | 24 | 25 | 36 |
| República Dominicana | 950 | 1 022 | 1 083 | 1 000 | 896 |
| Guyana | 177 | 201 | 201 | 184 | 174 |
| Haití | 1 558 | 1 965 | 2 265 | 2 625 | 2 879 |
| Jamaica | 436 | 462 | 457 | 515 | 588 |
| Suriname | 79 | 83 | 85 | 71 | 71 |
| Trinidad y Tabago | 216 | 179 | 158 | 146 | 113 |
| Total en el Caribe | 3 602 | 4 081 | 4 417 | 4 721 | 4 908 |
| América Latina | | | | | |
| Argentina | 2 381 | 2 664 | 2 596 | 2 674 | 2 722 |
| Bolivia | 61 | 59 | 86 | 104 | 112 |
| Brasil | 5 906 | 5 215 | 6 150 | 5 880 | 5 768 |
| Chile | 206 | 199 | 173 | 168 | 171 |
| Colombia | 797 | 752 | 705 | 657 | 1 414 |
| Costa Rica | 62 | 63 | 63 | 64 | 63 |
| Ecuador | 403 | 621 | 550 | 859 | 1 064 |
| El Salvador | 338 | 390 | 335 | 308 | 344 |
| Guatemala | 661 | 935 | 1 024 | 951 | 990 |
| Honduras | 822 | 736 | 783 | 725 | 700 |
| México | 1 495 | 1 620 | 1 781 | 1 805 | 1 815 |
| Nicaragua | 90 | 95 | 104 | 112 | 115 |
| Panamá | 250 | 256 | 260 | 224 | 159 |
| Paraguay | 106 | 167 | 181 | 197 | 187 |
| Perú | 539 | 494 | 596 | 901 | 923 |
| Uruguay | 114 | 118 | 121 | 106 | 113 |
| Venezuela | 1 051 | 842 | 972 | 976 | 999 |
| Total en América Latina | 15 282 | 15 226 | 16 648 | 16 711 | 17 659 |
| Total for LAC | 18 884 | 19 307 | 20 897 | 21 432 | 22 567 |

■ Fuente: ONUSIDA. Informes de progreso presentados por los países.

Cuadro 3. Países seleccionados con el porcentaje de menores de 15 años en TAR a los que se les realiza la prueba de la carga viral y que registran una carga viral suprimida, en el período de notificación, 2014

| PAÍSES | % de niños con carga viral suprimida | Numerador | Denominador |
|-------------|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Bahamas | 31.8 | 14 | 44 |
| Brasil | 73.2 | 2 339 | 3 180 |
| Cuba | 100 | 2 | 2 |
| Jamaica | 27.6 | 24 | 87 |
| Santa Lucía | 100 | 1 | 1 |
| El Salvador | 40 | 2 | 5 |
| México | 80.2 | 1 076 | 1 341 |
| Nicaragua | 59.7 | 46 | 77 |
| Paraguay | 61.5 | 96 | 156 |
| Uruguay | 56.6 | 64 | 113 |

- **Fuente:** ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2015)
- **Nota:** El **numerador** se define como el número de niños en TAR a los que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación y que presentaron una carga viral suprimida (es decir, $\leq 1\,000$ copias/ml). El **denominador** se define como el número de niños en TAR a los que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación.

Cuadro 4. Países seleccionados con el porcentaje de menores de 15 años en TAR a los que se les realiza la prueba de la carga viral y que registran una carga viral indetectable, en el período de notificación, 2014

| PAÍSES | % en TAR cuya carga viral es indetectable | Numerador | Denominador |
|-------------|---|-----------|-------------|
| Bahamas | 25% | 11 | 44 |
| Cuba | 100% | 2 | 2 |
| Jamaica | 35% | 21 | 60 |
| Santa Lucía | 100% | 1 | 1 |
| Brasil | 57% | 1 799 | 3 180 |
| México | 62% | 872 | 1 396 |
| Nicaragua | 25% | 2 | 8 |
| Paraguay | 56% | 87 | 156 |

- **Fuente:** ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2015.
- **Nota:** El **numerador** se define como el número de niños en TAR a los que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación y que registran una carga viral indetectable (por ejemplo ≤ 50 copias). El **denominador** se define como el número de niños en TAR a los que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación.

Cuadro 5. Políticas relacionadas con el TAR pediátrico en América Latina y el Caribe

| PAÍSES | Adopción nacional de las recomendaciones para tratamiento pediátrico de las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso de los ARV en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH | Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas según las directrices o directivas del Ministerio de Salud | Valores de corte de células CD4 en niños de 5 o más años asintomáticos según las directrices o directivas del Ministerio de Salud | INNRT preferido para iniciar el tratamiento en niños seropositivos menores de 3 años | Esquemas basados en LPV/r como la opción de tratamiento preferida para todos los lactantes y niños seropositivos <36 meses (independientemente de la exposición a los INNRT) en las directrices nacionales | Recomendación de efavirenz (EFV) como el INNRT preferido para iniciar el tratamiento en niños de 3 años o más | Carga viral recomendada para el seguimiento de los niños en TAR |
|------------------------------|---|---|---|--|--|---|---|
| Antigua y Barbuda | Sí, completamente | -- | ≤ 500 | -- | -- | -- | -- |
| Bahamas | Sí, completamente | Otra | Independientemente del recuento de CD4 | Zidovudina (AZT) | Sí, para todos | No | Sí, política plenamente implantada |
| Barbados | Sí, completamente | Otra | ≤ 500 | Otro | Sí, para todos | Sí | -- |
| Belice | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Cuba | Sí, completamente | Otra | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | No recomendado | Otro | Sí, política plenamente implantada |
| Dominica | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| República Dominicana | Sí, completamente | <5 años | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | No, pero recomendado para lactantes expuestos a INNRT solamente | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Granada | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Guyana | En curso | <2 años | -- | Abacavir (ABC) | No, pero recomendado para lactantes expuestos a INNRT solamente | Otro | Sí, política plenamente implantada |
| Haití | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Jamaica | En curso | Otra | ≤ 350 | Otro | No recomendado | No | Sí, política plenamente implantada |
| Saint Kitts y Nevis | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Santa Lucía | Sí, completamente | <5 años | ≤ 500 | Abacavir (ABC) | Sí, para todos | Sí | Sí, incorporación progresiva |
| San Vicente y las Granadinas | Sí, completamente | <5 años | Independientemente del recuento de CD4 | -- | -- | -- | -- |

Cuadro 5. Políticas relacionadas con el TAR pediátrico en América Latina y el Caribe

| PAÍSES | Adopción nacional de las recomendaciones para tratamiento pediátrico de las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso de los ARV en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH | Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas según las directrices o directivas del Ministerio de Salud | Valores de corte de células CD4 en niños de 5 o más años asintomáticos según las directrices o directivas del Ministerio de Salud | INRT preferido para iniciar el tratamiento en niños seropositivos menores de 3 años | Esquemas basados en LPV/r como la opción de tratamiento preferida para todos los lactantes y niños seropositivos <36 meses (independientemente de la exposición a los INNRT) en las directrices nacionales | Recomendación de efavirenz (EFV) como el INNRT preferido para iniciar el tratamiento en niños de 3 años o más | Carga viral recomendada para el seguimiento de los niños en TAR |
|-------------------|---|---|---|---|--|---|---|
| Suriname | En curso | Otras | ≤ 350 | Zidovudina (AZT) | No, pero recomendado para lactantes expuestos a INNRT solamente | No | Sí, política plenamente implantada |
| Trinidad y Tabago | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Argentina | Sí, completamente | ≤2 años | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | Sí, para todos | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Bolivia | Sí, completamente | <2 años | Independientemente del recuento de CD4 | Zidovudina (AZT) | -- | -- | -- |
| Brasil | Sí, completamente | Otras | Otras | Otras | No recomendado | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Chile | En curso | Otras | ≤ 350 | Otras | -- | Otras | Sí, política plenamente implantada |
| Colombia | Sí, completamente | <5 años | ≤ 500 | Abacavir (ABC) | Sí, para todos | Sí | -- |
| Costa Rica | Sí, completamente | <2 años | Independientemente del recuento de CD4 | Otras | -- | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Ecuador | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| El Salvador | Sí, completamente | Otras | ≤ 500 | Abacavir (ABC) | Sí, para todos | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Guatemala | Otras | Otras | ≤ 500 | -- | -- | -- | -- |
| Honduras | Sí, completamente | <5 años | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | No recomendado | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| México | Sí, completamente | <5 años | Independientemente del recuento de CD4 | Zidovudina (AZT) | Sí, para todos | Sí | Sí, política plenamente implantada |

Cuadro 5. Políticas relacionadas con el TAR pediátrico en América Latina y el Caribe

| PAÍSES | Adopción nacional de las recomendaciones para tratamiento pediátrico de las directrices de la OMS del 2013 sobre el uso de los ARV en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH | Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas según las directrices o directivas del Ministerio de Salud | Valores de corte de células CD4 en niños de 5 o más años asintomáticos según las directrices o directivas del Ministerio de Salud | INRT preferido para iniciar el tratamiento en niños seropositivos menores de 3 años | Esquemas basados en LPV/r como la opción de tratamiento preferida para todos los lactantes y niños seropositivos <36 meses (independientemente de la exposición a los INNRT) en las directrices nacionales | Recomendación de efavirenz (EFV) como el INNRT preferido para iniciar el tratamiento en niños de 3 años o más | Carga viral recomendada para el seguimiento de los niños en TAR |
|-----------|---|---|---|---|--|---|---|
| Nicaragua | Sí, completamente | <5 años | ≤ 500 | Abacavir (ABC) | Sí, para todos | Sí | --- |
| Panamá | Sí, completamente | <5 años | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | Sí, para todos | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Paraguay | En curso | Otras | Otras | Otras | Sí, para todos | Sí | Sí, incorporación progresiva |
| Perú | En curso | Otras | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | No recomendado | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Uruguay | Sí, completamente | <2 años | ≤ 500 | Zidovudina (AZT) | Sí, para todos | Sí | Sí, política plenamente implantada |
| Venezuela | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |

■ **Fuente:** ONUSIDA/OMS. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2015.

Cuadro 6. Cuadro recapitulativo. TAR bajo la lupa: epidemia de la infección por el VIH y el proceso continuo de su atención en niños en ALC

| Epidemia de la infección por el VIH en niños en América Latina y el Caribe | | | |
|---|--|---|---|
| Indicador/tema | ALC | América Latina | Caribe |
| Número de niños que estaban viviendo con el VIH, 2014 | 46 000 (40 000-55 000) | 33 000 (29 000-40 000) | 13 000 (11 000 -15 000) |
| % de disminución del número de niños que estaban viviendo con el VIH del 2007 al 2014 | 28% | 25% | 35% |
| Nuevas infecciones por el VIH en niños, 2014 | 2 500 (1 678-3 547) | 2 000 (1 325-2 871) | 500 (353-676) |
| % de disminución de las nuevas infecciones por el VIH en niños entre el 2013 y el 2014 | 14% | 17% | 0% |
| % de disminución de las nuevas infecciones por el VIH en niños desde que se alcanzó el valor máximo | 78% desde el valor máximo en 1999-2001 hasta el 2014 | Disminución de 73% desde el valor máximo en el 2000 hasta el 2013 | Disminución de 88% desde el valor máximo en 1997-1999 hasta el 2013 |
| Número de muertes de niños relacionadas con el sida, 2014 | 2 800 (1 800-3 500) | 1 800 (1 300-2 500) | Menos de 1 000 (500-1 000) |
| % de disminución del número de muertes de niños relacionadas con el sida entre el 2013 y el 2014 | 7% | 10% | 12% |
| % de disminución del número de muertes de niños relacionadas con el sida desde que se alcanzó el valor máximo hasta el 2014 | 36% desde el valor máximo en el 2000-2001 | 60% desde el valor máximo en el 2000-2001 | 58% desde el valor máximo en el 2000-2002 |

Cuadro 6. Cuadro recapitulativo. TAR bajo la lupa: epidemia de la infección por el VIH y el proceso continuo de su atención en niños en ALC

| Proceso continuo de la atención de la infección por el VIH en niños en América Latina y el Caribe | | | |
|---|---------------|---|---|
| Indicador/tema | ALC | América Latina | Caribe |
| Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico, 2014 | 1 713 | 1 044 | 669 |
| % de aumento del número de establecimientos de salud que ofrecieron TAR pediátrico en el 2012-2014 | 8% | 13% | 1.5% |
| % de países que presentaron información con modificación en el número de establecimientos de salud que ofrecían TAR pediátrico del 2012 al 2014 | | <u>Aumento</u> en 69% (11 de 16 países que presentaron información). <u>Disminución</u> en Chile, Ecuador y Perú | <u>Sin modificación</u> en 69% de los países que presentaron información <u>Aumento</u> en Bahamas, Guyana, República Dominicana y Santa Lucía <u>Disminución</u> en Haití por 3 sitios |
| Número de niños en TAR, 2014 (incluidos los países de ingresos altos) | 22 567 | 17 659 | 4 908 |
| % de aumento del número de niños en TAR en el 2013-2014 | 5% | 6% | 4% |
| Países con mayor % de niños que estaban viviendo con el VIH en TAR, 2014 | ----- | Brasil (34%), Argentina (16%), México (11%), Colombia (8%) Ecuador (6%) | Haití (60%), República Dominicana (19%) y Jamaica (12%) |
| Cobertura del TAR en niños, 2014 | 49% (43%-57%) | 55% (46%-64%) | 35% (32%-42%) |
| % de aumento de la cobertura del TAR en niños del 2013 al 2014 | 6% | 8% | 4% |
| Cobertura del TAR en adultos, 2014 | 46% (40%-55%) | 46% (40%-56%) | 42% (33%-54%) |
| Países con mayor cobertura de TAR pediátrico, 2014 | | El Salvador (63%) y México (63%) | Belice (85%) y Jamaica (80%) |
| Países con menor cobertura de TAR pediátrico, 2014 | | República Dominicana (28%) y Haití (35%) | Bolivia (21%) Venezuela (33%) Nicaragua (35%) Guatemala (35%) |

| Niños que reciben atención de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe | |
|---|--|
| Indicador/tema | ALC |
| Número de niños en atención que recibían TAR, 2014 (datos de 9 países que presentaron información) | 8 994 |
| Retención en el TAR pediátrico a los 12 meses, 2014 (datos de 12 países que presentaron información) | 73% (Promedio) 85% (Mediana) |
| % promedio de menores de 15 años en TAR a los que se les realiza la prueba de la carga viral y que registran una carga viral suprimida (<1000 copias/ml), 2014 (datos de 10 países que presentaron información) | 73% (Promedio) 61% (Mediana) |
| % promedio de menores de 15 años en TAR a los que se les realiza la prueba de la carga viral y que registran una carga viral indetectable, 2104 (datos de 7 países que presentaron información) | 58% (Promedio) 57% (Mediana) |
| Optimización del TAR para los niños en América Latina y el Caribe | |
| Indicador/tema | ALC |
| Número de niños (de 0 a 10 años) que recibían esquemas de tratamiento con antirretrovirales en América Latina y el Caribe, 2014 | 6 834 |
| ESQUEMA DE PRIMERA LÍNEA | |
| % de niños en TAR que recibían un esquema de primera línea, 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | 60% |
| % de niños en TAR que recibían esquemas de primera línea recomendados en las directrices de la OMS del 2013, tanto preferentes como alternativos, 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | 96% |
| Mediana del número de esquemas de tratamientos con antirretrovirales de primera línea en uso en el 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | 4 |
| Esquemas de tratamientos con antirretrovirales de primera línea utilizados con mayor frecuencia en niños, 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | AZT+3TC+EFV (37%), AZT+3TC+LPV/r (25%) y AZT+3TC+NVP (23%) |
| % de aumento de los niños en TAR que recibían un esquema de primera línea del 2013 al 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | 5% |
| ESQUEMA DE SEGUNDA LÍNEA | |
| % de niños en TAR que recibían un esquema de segunda línea, 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | 37% |
| % de niños en TAR que recibían esquemas de segunda línea recomendados por las directrices de la OMS del 2013, tanto preferentes como alternativos (datos de 13 países que presentaron información) | 54% |
| Esquemas de tratamientos con antirretrovirales de segunda línea utilizados con mayor frecuencia en niños, 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | ABC+3TC+LPV/r (38%) AZT+3TC+LPV/r (19%) |
| ESQUEMA DE TERCERA LÍNEA | |
| % de niños en TAR que recibían un esquema de tercera línea, 2014 (datos de 13 países que presentaron información) | 3% |
| USO DE ANTIRRETROVIRALES OBSOLETOS | |
| Países que utilizaban medicamentos obsoletos y no recomendados (ddl y d4T) para el TAR en niños, 2014 | 2% (Generalmente en los esquemas de segunda y tercera línea) |

| Políticas en relación con el TAR pediátrico en América Latina y el Caribe | |
|---|---|
| Indicador/tema | ALC |
| Estado en el que se encuentra la adopción de las recomendaciones de las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento pediátrico, 2014 (datos de 25 países que presentaron información). | Finalizado: 72% (18 países) En curso: 24% (6 países) Otros: 4% (1 país) |
| Edad límite para iniciar el TAR en todos los niños que viven con el VIH independientemente del estado de inmunidad (recuento de células CD4 o porcentaje de CD4) y de los síntomas (datos de 24 países que presentaron información) | Enfoque de tratamiento a todos los niños: Bahamas y Jamaica < 5 años: 33% (8 países) < 2 años: 21% (5 países) < 1 año: 38% (9 países) |
| Umbral de células CD4 para iniciar el TAR en niños asintomáticos de 5 años o más, 2014 (24 países que presentaron información) | “Independientemente del recuento de CD4”: 21% (5 países) ≤ 500: 58% (14 países) ≤ 350: 13% (3 países) |
| Países cuyas directrices nacionales recomiendan esquemas basados en LPV/r como la opción preferida de tratamiento de primera línea, 2014 (datos de 19 países que presentaron información) | Para todos los lactantes y niños de menos que 3 años: 58% (11 países) Solo para los lactantes expuestos a INNRT: 16% (3 países) |
| INNRT básico preferido para iniciar el tratamiento en menores de 3 años, 2014 (datos de 22 países que presentaron información) | Zidovudina: 50% (11 países) Abacavir: 23% (5 países) Otro: 27% (6 países) |
| INNRT preferido para iniciar el tratamientos en niños de 3 años o más (datos de 21 países que presentaron información) | Efavirenz: 71% (15 países) |
| Estado de implantación de la política de la carga viral para el seguimiento de los niños en tratamiento, 2014 (datos de 18 países que presentaron información) | Plenamente implantada: 89% (16 países) Incorporación progresiva: 11% (2 países) |



Referencias bibliográficas

- [1] Organización Panamericana de la Salud, "Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2012", Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2013.
- [2] Organización Panamericana de la Salud, "Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013", Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2014.
- [3] Pan American Health Organization, "Elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in the Americas", Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2015.
- [4] H. R. Sohn AH, "The changing epidemiology of the global pediatric HIV epidemic: keeping track of perinatally HIV-infected adolescents", *J Int AIDS*, no. 16:18555, 2013.
- [5] UNAIDS, "We Can Prevent mothers from dying and babies from becoming infected with HIV", ONUSIDA, Ginebra, 2010.
- [6] AIDSinfo, "HIV Prevention. Preventing mother to child transmission of HIV. NHI, 2015", 2015. [En línea]. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/education-materials/fact-sheets/20/50/preventing-mother-to-child-transmission-of-hiv#>. [Consultado en el 2015].
- [7] WHO, UNAIDS, "A progress report on the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive", OMS, Ginebra, 2012.
- [8] M. Newell, H. Coovadia, M. Cortina-Borja, N. Rollins, P. Gaillard and F. Dabis, "Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis", *Lancet*, vol. 364, no. de oct. 2, pp. 1236-43, 2004.
- [9] World Health Organization, "Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2015.
- [10] J. Jesson, D. Dahourou, F. Renaud, M. Penazzato and V. Leroy, "Adverse events associated with abacavir use in HIV-infected children and adolescents: a systematic review and meta-analysis", *Lancet*, pp. 1-12, 2015.





**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C. 20037, UEA
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org



9789275319079