

Estudios exclusivos e inéditos, seleccionados con rigurosidad científica y revisados por pares.

Calidad de los tratamientos antirretrovirales de la población pediátrica que vive con VIH de la provincia de Buenos Aires.

Quality of antiretroviral treatments in the pediatric population living with HIV in Buenos Aires province

Mara Maydana

Infectóloga pediatra. Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Argentina
mara_maydana@hotmail.com

Christian Torno

Licenciado en Trabajo Social. Coordinador del área de Derechos Humanos, Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

Lucas Krywezenia

Infectólogo. Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

Sebastián Loinaz

Médico generalista. Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez, La Plata, Argentina

Josefina Mauro

Infectóloga. Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Interzonal General de Agudos "San José", Pergamino, Argentina

Leandro Lozano

Epidemiólogo y Licenciado en Comunicación Social. Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

Lida Santa Cruz

Licenciada en Trabajo Social. Directora de la Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

Resumen

Introducción: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un importante problema de salud mundial. La introducción del tratamiento antirretroviral (TARV) ha representado un antes y un después en la historia natural de la infección, mejorando la calidad de vida. En pediatría, sin embargo, las opciones terapéuticas son escasas y las recomendaciones se actualizan de forma rápida, exigiendo a los profesionales de la salud la realización de revisiones continuas de la evidencia científica. **Objetivo:** Describir la calidad de los tratamientos de la población pediátrica que vive con VIH en la provincia de Buenos Aires y los factores que influyen en estos, desde la mirada de los profesionales de salud. **Pacientes y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La caracterización de los TARV se realizó a partir de las bases de datos que ofrece el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina. Para valorar la percepción de los integrantes del equipo de salud se realizaron cuestionarios virtuales entre enero y octubre de 2023. Los destinatarios fueron profesionales que asisten a personas que viven con VIH menores de 15 años inclusive, en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, previa firma de consentimiento informado. **Resultados:** Se registraron 365 niños/as y adolescentes menores de 15 años que vivían con VIH. Al evaluar datos según forma farmacéutica y esquema de TARV por edad, se observó que el 15.8% de los pacientes (n = 58) recibían un tratamiento adecuado, mientras que el resto (n = 307) recibieron un tratamiento alternativo, es decir de segunda línea. Se efectuaron cuestionarios virtuales al 87.8% de los profesionales, con representatividad de todas las regiones. El 90.7% destacó la importancia de la especialización en la calidad de los tratamientos. Entre las barreras de accesibilidad se mencionó como más relevante la escasez de alternativas terapéuticas y, en relación con la adhesión, la falta de cuidadores acompañantes en los tratamientos. **Conclusiones:** Los lineamientos existentes sobre el TARV deberían ser aplicados más constantemente, ya que un bajo porcentaje de pacientes pediátricos recibieron tratamientos adecuados. Ante la evidente falta de formulaciones pediátricas, se debe promover la producción pública de medicación de jarabes antirretrovirales pediátricos. Es necesario ampliar la cobertura en la provincia de Buenos Aires de personas formadas en VIH pediátrico y proyectar un trabajo conjunto con cuidadores, familiares y personas que trabajan con niños que viven con VIH.

Palabras clave: VIH, fármacos anti-VIH, pediatría

Abstract

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection poses a significant global health challenge. The introduction of antiretroviral treatment (ART) has become a turning point in the natural course of the infection, improving the quality of life for those affected. However, in pediatrics, therapeutic options are limited, and recommendations are rapidly evolving, pushing health professionals to conduct continuous reviews of scientific evidence. **Objective:** To describe the quality of antiretroviral treatments in the pediatric population living with HIV in the province of Buenos Aires and the factors that influence in them from the perspective of health professionals. **Patients and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. The characterization of pediatric ART up to March 2023 was conducted using the databases provided by the Argentine Integrated Health Information System. To assess the perception of healthcare team members, virtual questionnaires were administered to professionals who assist individuals with HIV under the age of 15, in public hospitals in the province of Buenos Aires, following the signing of informed consent. **Results:** 365 children and adolescents under 15 years of age living with HIV were registered. When evaluating dosage data and ART selection scheme according to age, 15.8% of the patients (n = 58) received an appropriate treatment, while the rest (n = 307) received an alternative treatment, i.e., second-line treatment. Virtual questionnaires were administered to 87.8% of professionals, with representation from all regions. 90.7% highlighted the importance of specialization in treatment quality. Among the barriers to accessibility, the scarcity of therapeutic alternatives was mentioned as the most relevant and, in relation to adherence, the lack of accompanying caregivers during treatments. **Conclusions:** Existing ART guidelines should be applied more consistently, as a low percentage of pediatric patients received appropriate treatment. Given the evident lack of pediatric formulations, public production of pediatric antiretroviral syrup medication must be promoted. It is necessary to expand the coverage in the province of Buenos Aires for individuals trained in pediatric HIV and to plan collaborative efforts with caregivers, family members and individuals working with children with HIV.

Keywords: HIV, pediatrics, anti-HIV agents

Marco teórico

Según datos de ONUSIDA, en el año 2021 38.4 millones de personas vivían con el virus de la inmunodeficiencia

humana (VIH) en todo el mundo, de los cuales 1.7 millones eran niños/as menores de 14 años.¹ Según el Boletín Epidemiológico N° 39, difundido en diciembre de 2022

por el Ministerio de Salud de la Nación, se estima que, en Argentina, 140 mil personas vivían con VIH, de las cuales 1000 aproximadamente eran menores de 15 años.² Desde la introducción de la zidovudina (AZT) como primer fármaco antirretroviral en 1987 hasta la actualidad, se han experimentado grandes cambios en el tratamiento antirretroviral (TARV) y en la morbilidad de los pacientes. El TARV permite suprimir la replicación viral hasta niveles indetectables, lo que previene el desarrollo de mutaciones virales y resistencia a fármacos, mejora la función inmunitaria, disminuye el riesgo de infecciones oportunistas y mejora el desarrollo pondoestatural y neurocognitivo de las infancias que viven con VIH. El TARV incluye una combinación de dos fármacos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI), más un tercer fármaco de otro grupo, como un inhibidor de integrasa (INSTI), un inhibidor de proteasa (IP) o inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INNTI).³

Los lineamientos que guían la elección del TARV de primera línea se actualizan de forma rápida, lo que exige a los profesionales de la salud la realización de revisiones continuas de la evidencia científica. Existen numerosas guías nacionales e internacionales desarrolladas por sociedades científicas y entes estatales que proveen recomendaciones acerca de las combinaciones de agentes antirretrovirales preferidos para el inicio del tratamiento.⁴ A pesar de esto, existe poca evidencia que evalúe los factores que influyen en el cumplimiento de dichas normativas y su impacto en la calidad de los TARV pediátricos.

En 2008, Cocohoba *et al.* propusieron caracterizar el TARV inicial de una cohorte de mujeres cis que vivían con VIH, basándose en las guías de tratamiento antirretroviral publicadas por el *Department of Health and Human Services* (DHHS) de los Estados Unidos en 2007 y el impacto del TARV sobre la salud de los participantes. Durante el período de estudio iniciaron TARV 217 individuos, de los cuales el 53% recibieron tratamientos clasificados como “consistentes con la guía”, 17% como “no recomendados por la guía” y 30% recibieron TARV que no figuraba en la guía. El análisis comparativo demostró que el primer grupo de participantes tuvo, en relación con los demás, mayor proporción de carga viral (CV) indetectable y una elevación mayor y más sostenida en el recuento de linfocitos T CD4+.⁴ En 2014, Suárez-García *et al.* diseñaron un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico, que incluyó pacientes naive atendidos en 27 centros de salud de España, desde 2004 hasta 2010. El objetivo fue evaluar la adhesión de los/as médicos/as tratantes a la guía de recomendaciones publicada por el Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC (GeSIDA). De los 6225 pacientes incluidos, el 91% recibió un esquema recomendado o alternativo. El uso de esquemas de TARV no recomendados se asoció no solo con peor respuesta virológica e inmunológica, sino también con mayor mortalidad.⁵ Si bien los estudios citados demuestran la importancia de conocer las recomendaciones para la indicación del TARV y cómo este influye en la morbilidad de las personas que viven con VIH, no hay evidencia en pediatría sobre el grado de conocimiento y adhesión a las recomendaciones de tratamiento; asimismo, se desconocen los factores que influyen en la práctica clínica sobre los profesionales de salud intervinientes.

Objetivos

Describir la calidad de los TARV de la población pediátrica menor de 15 años inclusive que vive con VIH, en el subsector público de salud de la provincia de Buenos Aires, y los factores que influyen en estos desde la mirada de los profesionales de salud.

Objetivos específicos

- Caracterizar los TARV pediátricos en “adecuados” o “alternativos”, según recomendaciones nacionales e internacionales.
- Describir las variables que influyen en la indicación de TARV según los profesionales que brindan atención.

Pacientes y métodos

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La caracterización de los TARV pediátricos se realizó a partir de las bases de datos que ofrece el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y el Sistema de Administración de pacientes VIH (SVIH), con el objetivo de clasificarlos para su análisis en tratamientos activos o inactivos, adecuados o alternativos.

Para valorar la percepción de los integrantes del equipo de salud se relevaron profesionales que asisten personas que viven con VIH menores de 15 años inclusive, en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, y se incluyeron a aquellos que accedieron a responder un cuestionario virtual, previa firma del consentimiento informado, entre enero y octubre de 2023.

Variables

• *Estado del paciente en el sistema SVIH:*

- **Activo:** aquella persona que registra al menos una dispensa de medicación en los últimos tres meses.
- **Inactivo:** aquella persona que no registra al menos una dispensa de medicación en los últimos tres meses.

• *Forma farmacéutica del TARV:* La medicación antirretroviral se presenta en forma de jarabes, comprimidos, comprimidos dispersables, comprimidos masticables, sobres granulados.

- **Adecuado en menores de 6 años:** comprimidos dispersables, comprimidos masticables, sobres granulados, jarabes.
- **Adecuado en mayores de 6 años:** comprimidos masticables, comprimidos recubiertos.
- **Alternativo:** forma farmacéutica que no está incluida dentro de los criterios de adecuado según la edad. Son tratamientos de segunda línea para la edad.

• *Esquemas preferidos según edad:* sobre la base de las recomendaciones para el TARV de niños, niñas y adolescentes con infección por VIH-1, del Ministerio de Salud de la Nación y las guías sobre TARV pediátrico del DHHS 2023:⁶

- **INTI adecuado en menores de 12 años:** abacavir/lamivudina.
- **INTI adecuado en mayores de 12 años:** tenofovir/lamivudina - tenofovir/emtricitabina.
- **INSTI adecuado en menores de 6 años:** raltegravir - dolutegravir.
- **INSTI adecuado en mayores de 6 años:** dolutegravir.
- **Alternativo:** esquema de tratamiento que no está incluido dentro de los criterios de adecuado según la edad. Son tratamientos de segunda línea para la edad.

Cabe señalar que para el grupo de los INSTI el valor de corte se estableció en 6 años, debido a que, si bien el dolutegravir es de elección en todos los grupos etarios, el raltegravir es de primera línea también en menores de 6 años.

- *Tratamiento adecuado:* aquel que, según forma farmacéutica y esquema, es de primera línea para la edad.
- *Tratamiento alternativo:* aquel que, según forma farmacéutica y esquema, es de segunda línea para la edad.

Los profesionales que participaron del estudio respondieron un cuestionario basado en:

- Especialización sobre VIH pediátrico.
- Sobrecarga laboral de los profesionales de la salud, entendido como el exceso de requerimiento físico, psicológico y mental dentro del ámbito laboral.
- Accesibilidad a los TARV.
- Factores que influyen en la adhesión a los tratamientos.

Se evaluó, según la percepción de los profesionales de la salud, el impacto que cada uno de estos ítems posee sobre la calidad de los tratamientos con una escala de Likert con valores preestablecidos de 1 a 5.

Análisis de los datos

A partir de los instrumentos de recolección se realizó un análisis de escala provincial con datos de tipo cuantitativos y cualitativos para comprender la problemática con mayor rigurosidad. Se trabajó con fuentes secundarias vinculadas al abordaje de la literatura específica y datos aportados por los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de ética institucional.

Resultados

Caracterización de los TARV pediátricos

En la provincia de Buenos Aires se registraron 365 niños/as y adolescentes menores de 15 años –cumplidos al 1 de marzo de 2023– que vivían con VIH. De ellos, 253 se encontraban activos al momento del análisis y 112, inactivos. En el mapa de la Figura 1 se observa la tasa de distribución de casos de VIH en menores de 15 años inclusive, según región sanitaria del municipio de domicilio del paciente.

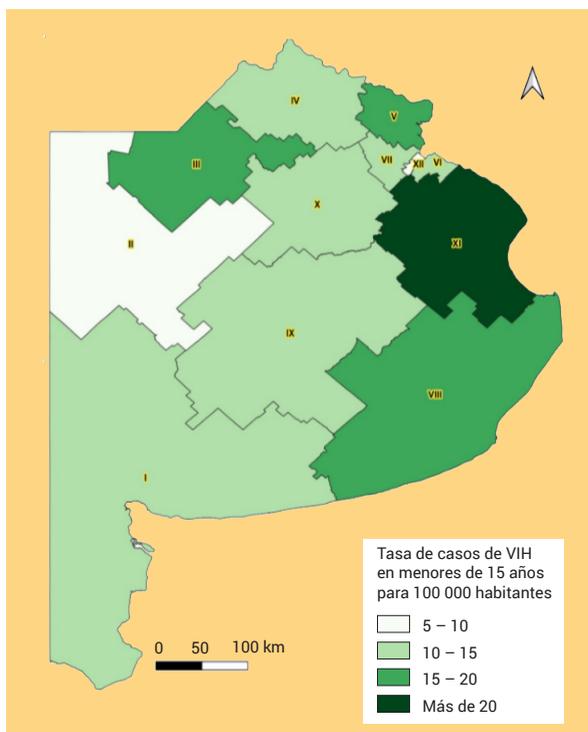


Figura 1. Tasa de distribución de casos VIH en menores de 15 años inclusive, según región sanitaria.

En la Tabla 1 se detalla, diferenciándose según la forma farmacéutica y el esquema, si el porcentaje de TARV fue adecuado o alternativo, en los pacientes pediátricos.

Tabla 1. Tratamiento adecuado o alternativo según forma farmacéutica y esquema de INTI e INSTI.

Pacientes pediátricos en TARV (n = 365)	Adecuado n (%)	Alternativo n (%)
Forma farmacéutica		
Hasta 5 años inclusive (n = 90)	74 (82.2)	16 (17.8)
Mayores de 6 años (n = 275)	217 (79)	58 (21)
Esquema de INTI		
Hasta 11 años inclusive (n = 248)	38 (15.4)	210 (84.6)
Mayores de 12 años (n = 117)	90 (77)	27 (23)
Esquema de INSTI		
Hasta 5 años inclusive (n = 90)	48 (53.3)	42 (46.7)
Mayores de 6 años (n = 275)	118 (42.9)	157 (57.1)

En los menores de 12 años, 38 recibieron abacavir/lamivudina, mientras que 210 pacientes recibieron fármacos INTI alternativos: zidovudina/lamivudina (n = 137) y tenofovir/emtricitabina (n = 71). En mayores de 12 años, 90 recibieron tenofovir/lamivudina o tenofovir/emtricitabina, mientras que el tratamiento alternativo prevalente fue zidovudina/lamivudina (n = 27).

Tanto en los menores como en los mayores de 6 años los fármacos INSTI fueron los más elegidos al momento de completar el esquema de TARV, por sobre otro grupo de fármacos como los inhibidores de proteasa (IP). En los menores de 6 años, 48 recibieron dolutegravir o raltegravir, mientras que el esquema alternativo compuesto por lopinavir/ritonavir fue el más utilizado (n = 38). En los mayores de 6 años, 118 pacientes recibieron dolutegravir, mientras que entre los esquemas alternativos se encontraron lopinavir/ritonavir (n = 45), darunavir/ritonavir (n = 44), raltegravir (n = 35) y efavirenz (n = 23).

Para valorar la calidad del tratamiento pediátrico se consideraron tanto los datos de la forma farmacéutica indicada como el esquema de tratamiento elegido según la edad. Como resultado, el 15.8% de los pacientes (n = 58) recibían un tratamiento adecuado, mientras que el resto (n = 307) recibieron un tratamiento alternativo, es decir de segunda línea. Se comparó también la relación entre la calidad de los tratamientos y el estado de actividad en el SVIH, para evaluar si aquellos tratamientos alternativos o de segunda línea correspondían a los pacientes inactivos predominantemente. Los resultados se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Esquemas adecuados o alternativos según el INTI en menores y mayores de 12 años (n = 365).

Estado en SVIH	Tratamiento adecuado n (%)	Tratamiento alternativo n (%)
Activos (n = 253)	40 (15.8)	213 (84.2)
Inactivos (n = 112)	18 (16)	94 (84)

Percepción de los profesionales de la salud

En la provincia de Buenos Aires se encuentran registrados/as 49 médicos/as que atienden a pacientes pediátricos que viven con VIH en el subsector público de salud de dicha provincia. Sin embargo, del presente trabajo participaron 43 profesionales que respondieron el cuestionario virtual, logrando representatividad de todas las regiones sanitarias. En el mapa de la Figura 2 se presenta la distribución geográfica de los efectores según regiones sanitarias.

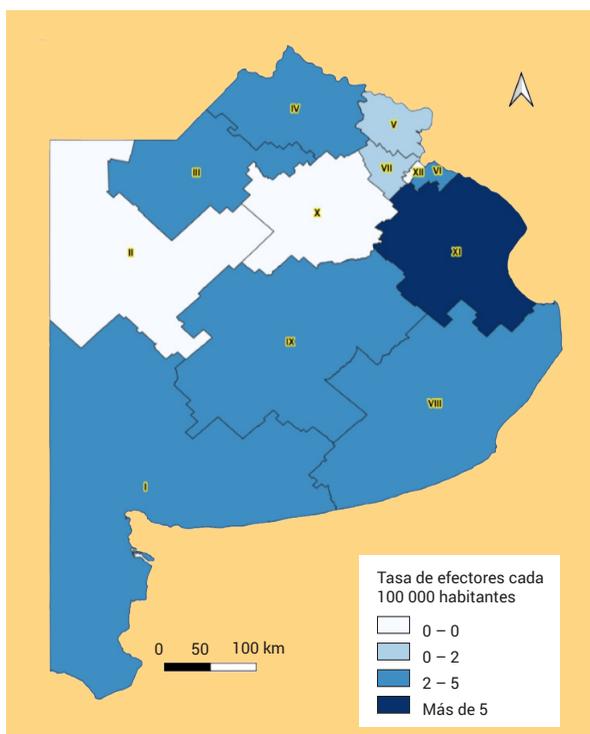


Figura 2. Distribución geográfica de los efectores según regiones sanitarias.

Del total de los profesionales encuestados, el 67.4% (n = 29) eran especialistas en infectología pediátrica, el 27.9% (n = 12) eran infectólogos/as y el 4.7% (n = 2), médicos/as pediatras. El 97.7% (n = 42) refirió conocer y utilizar en su práctica diaria las "Recomendaciones para el tratamiento

antirretroviral de niños, niñas y adolescentes con infección por VIH-1" del Ministerio de Salud de la Nación 2021-2022. Entre los lineamientos internacionales, la mayoría declaró conocer las guías de la Organización Mundial de la Salud y del grupo de trabajo español GeSIDA.

Solo el 51.2% (n = 22) de los profesionales consideró haber recibido formación tanto teórica como práctica sobre VIH, mientras que el 100% desearía capacitarse sobre VIH en el sistema público de salud.

En la Figura 3 se presenta, según la percepción individual, el grado en que influye la especialización en la calidad en los tratamientos pediátricos. El 90.7% (n = 39) de los participantes destacó su importancia.

Consultados sobre la situación laboral, el 81.4% (n = 30) de los profesionales refirieron que se desempeñan en 2 o más centros de atención, y el 79.1% (n = 34) se autopercebió en situación de sobrecarga laboral.

El 60.5% (n = 26) de los profesionales manifestó realizar el seguimiento de niños/as o adolescentes con cobertura social y, de ellos, el 61.5% consideró dificultades en la prescripción de la medicación en estos casos. Las causas que se mencionaron fueron:

1. obstáculos burocráticos para la solicitud de la medicación;
2. falta de disponibilidad de la medicación solicitada, y
3. negativa de autorización de las obras sociales del esquema solicitado.

Uno de los lineamientos más relevantes del cuestionario es la accesibilidad a los tratamientos pediátricos. Los factores que se mencionan como obstáculos en el acceso a los tratamientos, en orden de relevancia son:

1. Escasas alternativas terapéuticas en la población pediátrica.
2. Falta de medicación para la dispensa en el efector de salud.
3. Demoras o retrasos desde el efector por dificultades con la dispensa en la farmacia.

En la Figura 5 se muestra la percepción de los profesionales participantes del estudio en relación con las barreras a la accesibilidad en la calidad en los tratamientos pediátricos.

En relación con los tratamientos, el 51.2% (n = 22) de los profesionales refirió elegir zidovudina/lamivudina como esquema de primera línea, debido a su mayor disponibilidad, posología y más experiencia desde el profesional de salud para su utilización. Sobre abacavir/lamivudina, el 67.4% (n = 22) de los profesionales señaló haber solicitado el test de HLA-B57 en alguna oportunidad; sin embargo, el 58.6% de estos (n = 17) refirió no pedirlo al inicio del tratamiento

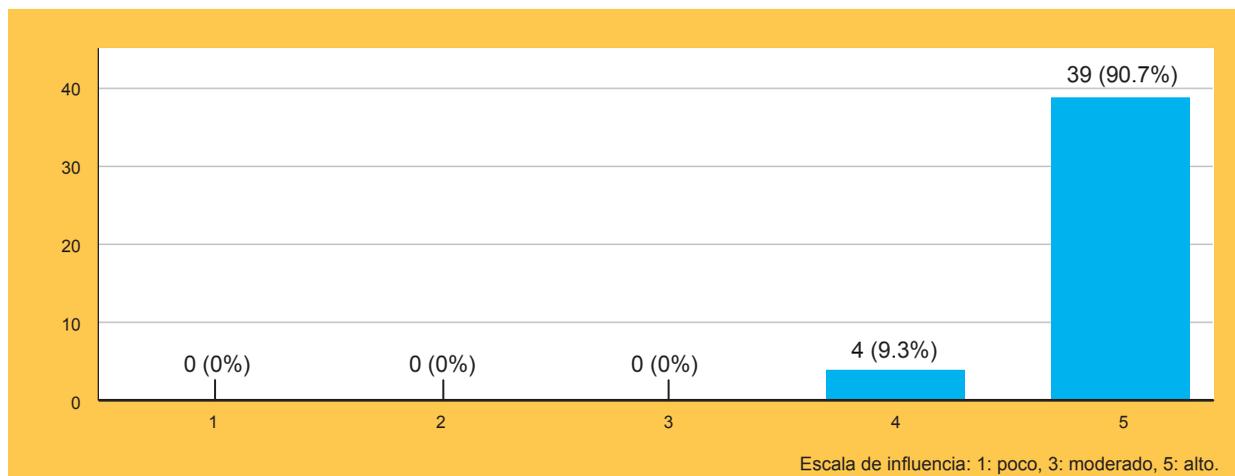


Figura 3. Distribución de los efectores que cuentan con atención de VIH pediátrico según regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Grado de influencia de la especialización en la calidad de los tratamientos según percepción profesional (n = 43).

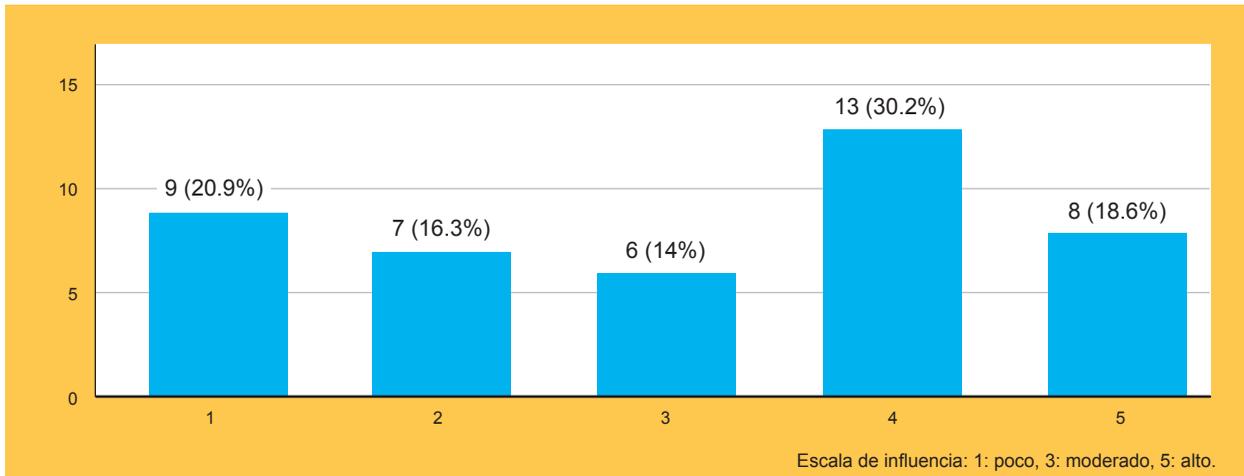


Figura 4. Grado de influencia de la sobrecarga laboral en la calidad de los tratamientos según la percepción profesional (n = 43).

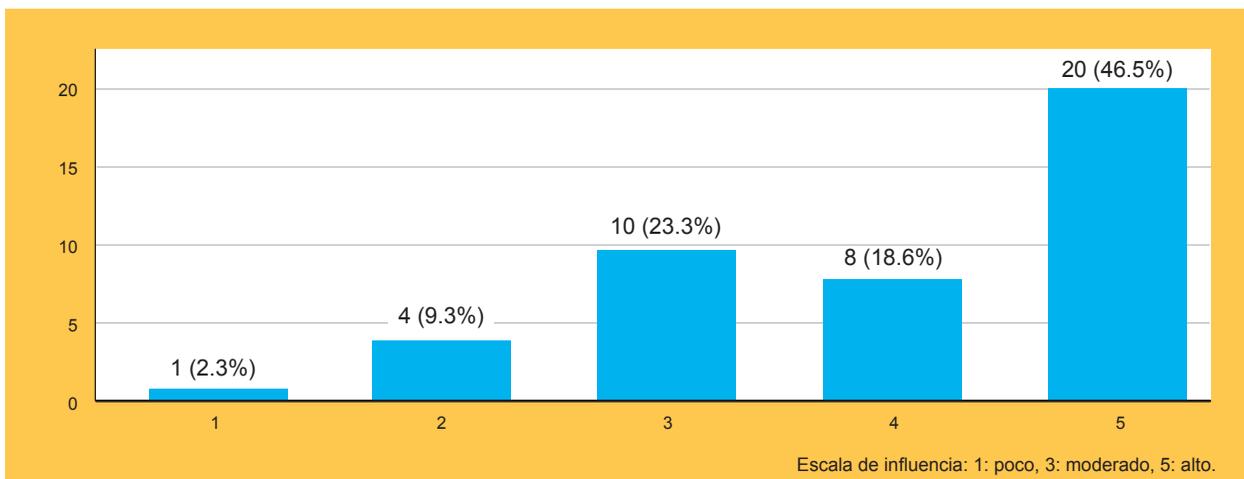


Figura 5. Grado de influencia de las barreras a la accesibilidad en la calidad en los tratamientos pediátricos según percepción profesional (n = 43).

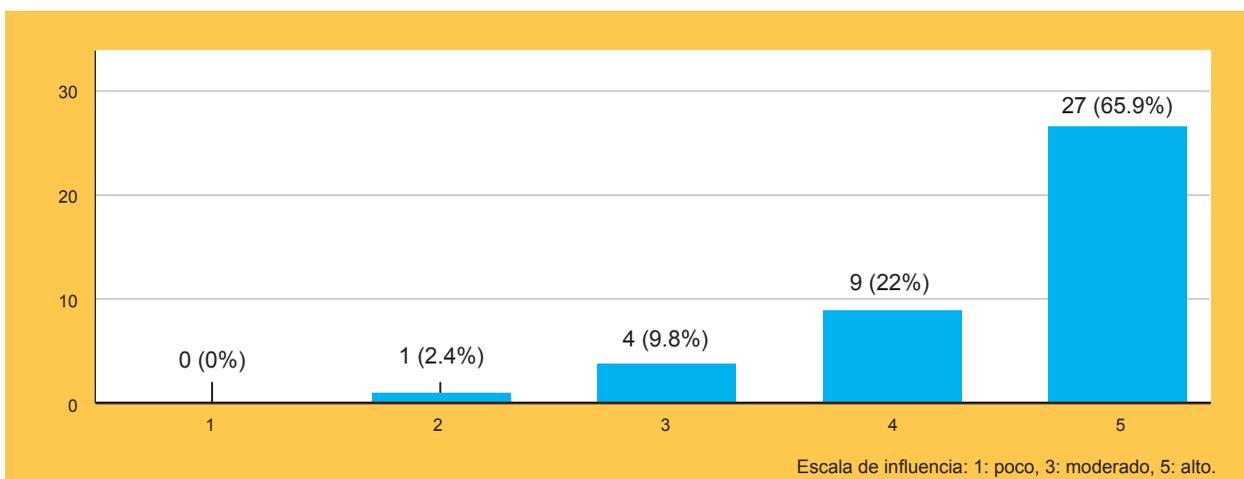


Figura 6. Grado de influencia de las barreras a la adhesión en la calidad de los tratamientos, según la percepción profesional (n = 43).

debido a que no lo utilizan frecuentemente o les resulta difícil el circuito de derivación. Por otro lado, el 83.7% (n = 36) señaló utilizar INSTI como primera línea en el esquema de TARV, debido a su mayor eficacia y menos efectos adversos.

El 55.8% (n = 24) de los encuestados no agregaría formulaciones al vademecum de TARV del Ministerio de Salud de Nación, mientras que para los que señalaron que agregarían algún fármaco, el principal mencionado es el dolutegravir en comprimidos dispersables.

Desde la percepción de los profesionales de la salud dedicados a la atención de los pacientes pediátricos con TARV, las causas más relevantes que influyen en la adhesión fueron:

1. Falta de cuidadores o acompañantes en el tratamiento.
2. Posologías inadecuadas (grandes volúmenes de jarabes o varias tomas al día).
3. Presentaciones con escasa palatabilidad.

El 88.4% (n = 38) de los encuestados atiende pacientes de otros municipios, por falta de profesionales con atención cercana al domicilio o por miedo a la divulgación del diagnóstico, lo cual también podría actuar como una barrera a la adhesión. En la Figura 6 se muestra en qué grado influyen las barreras a la adhesión sobre la calidad de los tratamientos, según la percepción profesional.

Discusión

Las guías de tratamiento de niños/as y adolescentes que viven con VIH ofrecen actualizaciones permanentes para los profesionales de la salud. Sin embargo, la relación entre las recomendaciones de la literatura y las indicaciones de los profesionales es altamente variable y obedece a un proceso multidimensional.

Según los datos del SVIH, 365 personas menores de 15 años viven con VIH en la provincia de Buenos Aires y reciben atención en el subsector público de salud. De acuerdo con el análisis realizado en el presente estudio, del total de pacientes, solo el 15.8% se encontraba recibiendo TARV adecuado (por esquema de medicación y forma farmacéutica). Se diferenció también según el estado en el SVIH, y no hubo diferencias entre pacientes activos e inactivos. En relación con la forma farmacéutica para menores y mayores de 6 años, los porcentajes adecuados fueron elevados (82% y 79%, respectivamente), sin embargo, según la elección del esquema de medicación, los tratamientos de primera línea disminuyen, principalmente en las edades más bajas. Esta diferencia observada podría atribuirse a la elección de los profesionales de salud de un tratamiento amigable, que pueda ser mejor tolerado por el paciente, sobre una terapia de primera línea en cuanto a esquema de medicación.

Solo se registran 49 profesionales de salud que asisten a pacientes pediátricos que viven con VIH. Se realizaron cuestionarios virtuales al 87.7% de los/as médicos/as para conocer los factores que influyen en la calidad de los TARV, según la percepción individual. Entre las barreras en la accesibilidad, las escasas alternativas terapéuticas en la población pediátrica fueron percibidas como una de las principales problemáticas, hecho que se pone en evidencia en los porcentajes de tratamientos adecuados para los pacientes pediátricos. Aunque se han logrado avances sobre los fármacos pediátricos para el VIH, la medicación disponible actualmente es insuficiente para garantizar una cobertura eficaz de los/as niños/as y adolescentes que viven con VIH.⁷ Si bien abacavir/lamivudina se presenta como uno de los esquemas de elección, entre los profesionales consultados el 58.6% refirió no solicitar el test de HLA-B57, necesario antes de iniciar la terapia, debido a que no lo utilizan o les resulta difícil el circuito de derivación.

En consonancia con nuestros resultados, en 2019 Alejos *et al.* describieron los esquemas de TARV inicial más frecuentes en una cohorte de 2874 personas con VIH, en 45 centros de salud de España, e investigaron los factores asociados con la elección de estos. Entre las razones para la elección de determinados fármacos, los autores señalaron

la preferencia de tenofovir/emtricitabina por sobre abacavir/lamivudina, debido a la necesidad de realizar el test de HLA-B*5701 previamente (por demora en la obtención del resultado o falta de disponibilidad).⁸

Con relación al área de capacitación, la mayoría de los/as médicos/as señalaron la especialización en el tema como un factor influyente en la calidad de los tratamientos pediátricos. Sin embargo, el 32.6% de los profesionales no era especialista en infectología pediátrica y el 48.8% no había recibido capacitación teórica o práctica específica en el tema. Todos los encuestados quisieran recibir capacitaciones sobre VIH pediátrico. Como refieren Meyers *et al.* en su experiencia en Sudáfrica, la falta de capacidad del sistema de salud podría contribuir al impacto indirecto sobre los tratamientos de ciertos grupos, y la concentración de niños que reciben TARV en establecimientos terciarios podría resultar en una utilización inadecuada de personal altamente capacitado.⁹

Si bien la adhesión es una experiencia multifactorial, según refirieron los encuestados, en pediatría se relaciona directamente con la presencia y el acompañamiento de los cuidadores, como uno de los factores más influyentes en este aspecto. Sivapalasingam *et al.* estudiaron la importancia de los cuidadores en una cohorte de niños que vivían con VIH en Kenia, en 2013, donde observaron que aquellos que concurrían con cuidadores que fueran parientes inmediatos, como madres, padres, abuelas o hermanos, tenían mejor adhesión en etapas más tempranas, en comparación con cuidadores no relacionados.¹⁰ El rol de los cuidadores en la bibliografía es controvertido, sin embargo, la evidencia acumulada sugiere que los programas de implementación de TARV deben explorar propuestas innovadoras para integrar a diferentes cuidadores en la vida del niño como parte de las estrategias destinadas a mejorar la adhesión al TARV en pediatría.

Otros factores mencionados fueron la sobrecarga laboral y las dificultades que presentan las obras sociales para proveer la medicación solicitada.

Conclusiones

Los lineamientos existentes sobre el TARV deberían ser aplicados de manera más constante, ya que solo el 15.8% de los pacientes pediátricos reciben tratamientos considerados adecuados por forma farmacéutica y esquemas terapéuticos.

Ante la evidente falta de formulaciones pediátricas, se debe promover la producción pública de medicación de jarabes antirretrovirales pediátricos, un aspecto en el cual, desde la Dirección de VIH, ITS y HV de la Provincia de Buenos Aires, ya se comenzó a trabajar, en relación con la formulación de jarabe de abacavir.

Por otra parte, es necesario ampliar la cobertura en la provincia de Buenos Aires de personas formadas en VIH pediátrico. El interés en la capacitación manifestada por los/as profesionales plantea la necesidad de generar estrategias de formación, jornadas de capacitación, especialización y material de actualización, incluyendo profesionales de salud como pediatras, médicos/as generalistas o infectólogos/as, debido a la escasez de infectólogos/as pediatras.

Es necesario proyectar un trabajo conjunto con cuidadores, familiares y personas que trabajan con niños que viven con VIH, desde capacitaciones hasta materiales didácticos y de lectura para la comprensión del VIH, la importancia del TARV y el seguimiento clínico sobre la población pediátrica.

Los autores no manifiestan conflictos de interés

Bibliografía

1. UNAIDS. Fact sheet 2023. Global HIV statistics. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
2. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico: respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. 2022 [consultado en diciembre 2023]; 39. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
3. Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection [Internet]. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2023. [consultado en febrero 2024]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv>
4. Cocohoba J, Wang QJ, Cox C, Gange SJ, Cohen M, Glesby M, et al. Consistency of initial antiretroviral therapy with HIV treatment guidelines in a US cohort of HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47(3):377-383, 2008.
5. Suárez-García I, Sobrino-Vegas P, Tejada A, Viciana P, Ribas M, Iribarren J, et al.; Cohort of the Spanish AIDS Research Network (CoRIS) study group. Compliance with national guidelines for HIV treatment and its association with mortality and treatment outcome: a study in a Spanish cohort. *HIV Med* 15(2):86-97, 2014.
6. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral de niños, niñas y adolescentes con infección por VIH-1. Resumen para Equipos de Salud [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022. [consultado en febrero 2024]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-06/Recomendaciones_TARV_NNyA_2022_0.pdf
7. Dubroq G, Rakhmanina N, Phelps BR. Challenges and opportunities in the development of HIV medications in pediatric patients. *Pediatric Drugs* 19(2):91-98, 2017.
8. Alejos B, Suárez-García I, Bisbal O, Iribarren JA, Asensi V, Górgolas M, et al.; CoRIS cohort. Choice of the initial antiretroviral treatment for HIV-positive individuals in the era of integrase inhibitors. *PLoS One* 2019; 14(8):e0221598.
9. Meyers T, Moultrie H, Naidoo K, Cotton M, Eley B, Sherman G. Challenges to pediatric HIV care and treatment in South Africa. *J Infect Dis* 196(s3):S474-S481, 2007.
10. Sivapalasingam S, Mendillo M, Ahmed A, Mwamzuka M, Said S, Marshel F, Holzman R. The importance of caregivers in the outcome of pediatric HIV management, Mombasa, Kenya. *AIDS Care* 26(4):425-433, 2013.