

Recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos.



Con el apoyo financiero de
 **El Fondo Mundial**
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministra de Salud Pública

Dra. Susana Muñiz

Sub Secretario de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo

Dirección General de Salud

Dra. Marlene Sica

División de Programación Estratégica en Salud

Dra. Ana Noble

Departamento de Salud sexual y Salud Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Programa Nacional ITS-VIH/SIDA

Dra. Susana Cabrera

Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial

Geraldine Gaillot-Novak

EQUIPO TÉCNICO

Dra. Susana Cabrera

Dra. Graciela Pérez Sartori

MSc. Analía Burgueño

Lic. Virginia Bengochea

Dra. Dora Ruchansky

Dr. Héctor Chiparelli

ÍNDICE

Prólogo	5
1) Situación del VIH en Uruguay: Epidemiología, subdiagnóstico y diagnóstico tardío.....	7
2) Diagnóstico de infección por VIH	9
3) Algoritmos diagnósticos basados en el laboratorio y en prueba rápida secuenciales	12
4) Proceso de consejería pretest y post test con enfoque de vulnerabilidad y enfoque diferencial	18
Anexo 1 Acercamiento al usuario y uso del lenguaje	24
Anexo 2 Prevención de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual.....	25
Anexo 3 Pruebas a utilizar en el Algoritmo rápido	30

PRÓLOGO

Los rápidos avances ocurridos en la terapéutica de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) hacen que actualmente ésta sea considerada una enfermedad crónica. Este hecho conduce a un cambio de paradigma que exige una adaptación del proceso de atención que atienda a esta nueva realidad garantizando la accesibilidad en todo el continuo de atención.

Para que efectivamente la persona con VIH viva su condición como crónica debe garantizarse el acceso oportuno y continuo a una atención integral de calidad incluyendo la terapia antirretroviral. La condición necesaria imprescindible para lograr las mejores condiciones de salud, como en otras enfermedades crónicas, es el acceso al diagnóstico temprano. El mayor obstáculo que se opone para que los avances científicos tengan impacto en la calidad de vida de las personas con VIH ha sido y continúa siendo el estigma y la discriminación que padecen aquellos con la infección o aquellas personas que por sus condiciones de mayor vulnerabilidad sufren de manera desproporcionada el impacto de la epidemia. La actualización de conocimientos, la comprensión cabal de los determinantes de salud, la adquisición de habilidades y destrezas para la oferta de la prueba son elementos esenciales para generar espacios de salud inclusivos y de fácil acceso a todos los usuarios/as.

Es por estas razones que se hace imprescindible que los equipos de salud cuenten con herramientas técnicas para ofrecer la prueba de VIH y con capacidades y habilidades comunicacionales que generen un espacio de empatía y confianza con el usuario/a que será beneficiario de la misma.

Las pautas que aquí se presentan tienen el objetivo de brindar esas herramientas para quienes integran los equipos de salud, facilitando su tarea en la práctica diaria. Además aquí se presentan nuevos algoritmos diagnósticos, incluyendo un algoritmo rápido basado en pruebas rápidas, innovaciones imprescindibles para hacer posible el diagnóstico de VIH de manera temprana y oportuna.

Dra. Susana Cabrera

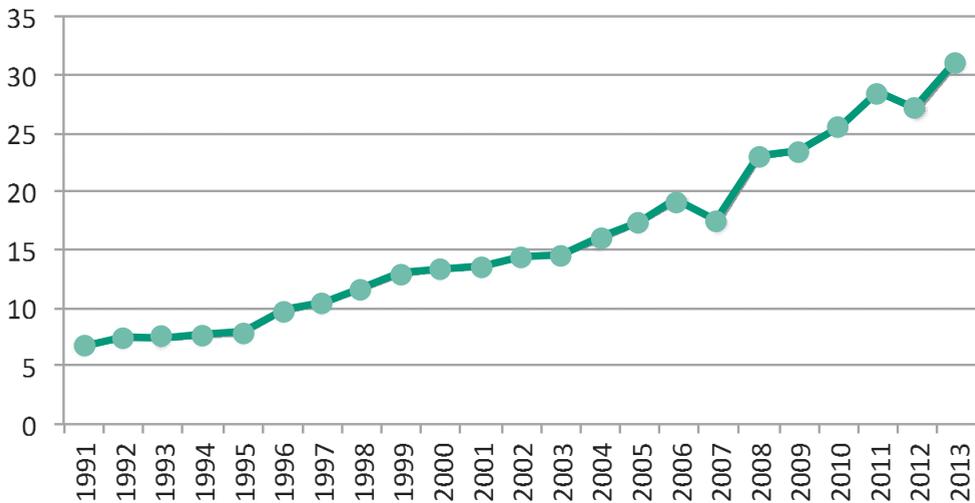
Responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida.
Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

CAPÍTULO I

Situación del VIH en Uruguay: Epidemiología, subdiagnóstico y diagnóstico tardío.

En el año 1983 se diagnosticaba el primer paciente con Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en nuestro país. Desde entonces el reporte de nuevos casos de infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) ha aumentado de manera sostenida llegando a finales del 2013 a una cifra de alrededor de 17.000 con cerca de 3.000 personas fallecidas por Sida.

Tasa de notificación por 100.000 habitantes



Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), DLSP, MSP

El patrón de la epidemia es de tipo “concentrada”, esto significa que si bien en población general la tasa de prevalencia es menor a 1%, se verifican tasas superiores a 5% en determinados colectivos, reconocidos como poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad: mujeres trans (21% a 36%); hombres que tienen sexo con hombres (9%); usuarios de pasta base de cocaína (6%).^{1,2,3}

Algunas poblaciones también en situaciones de vulnerabilidad con tasas intermedias de prevalencia son: población privada de libertad, trabajadoras sexuales femeninas.

La relación hombre/mujer se ha estabilizado en los últimos 10 años permaneciendo aproximadamente en 2/1. La principal vía de transmisión, reconociéndose en aproximadamente el 95% de los nuevos casos, es la sexual.

Desde que la infección por VIH se ha transformado en una enfermedad crónica en quienes acceden oportunamente al tratamiento antirretroviral (TARV), el acceso al diagnóstico temprano cobra especial importancia por ser la condición necesaria e imprescindible. Se estima a nivel global que el porcentaje de personas no diagnosticadas oscila entre 25% y 50%. En nuestro país esta tasa se estima en un 30%.

Por otra parte el diagnóstico tardío es una característica que afecta a casi el 45% de los nuevos diagnósticos en Uruguay, esto es diagnósticos en estadio Sida por presencia de enfermedad oportunista o por recuento de CD4 menor a 200 células/mL. Se ha reconocido como uno de los factores de riesgo para el diagnóstico tardío las prácticas heterosexuales, representando probablemente la falta de percepción de riesgo en esta población.^{4,5}

Por lo tanto, generar las condiciones para facilitar el acceso al diagnóstico es una necesidad que para subsanarla requiere varias estrategias: disponer de herramientas de diagnóstico fácilmente aplicables en el “point of care” (prueba rápida), algoritmos simplificados (algoritmos en base a pruebas rápidas, algoritmos laboratoriales simplificados) que permitan brindar un diagnóstico confiable en plazos abreviados y la capacitación de los equipos de salud para la implementación.

Bibliografía:

1 - “Estudio de Segunda Generación en personas trans” realizado por la Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial del MSP en el marco del Proyecto: “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/SIDA de las poblaciones más vulnerables en Uruguay” cuyo trabajo de campo fue realizado en el año 2013 por la consultora RADAR.

2 - “Estudio de Segunda Generación en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)” realizado por Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial del MSP en el marco del Proyecto: “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/SIDA de las poblaciones más vulnerables en Uruguay” cuyo trabajo de campo fue realizado en el año 2013 por la consultora AIRE.UY.

3 - “Estudios de seroprevalencia de VIH/Sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana”. 2013. Secretaría General de Drogas, MSP, CONASIDA, UNODC. Equipo de investigación: Equipos Mori.

4 - Cabrera S, Cotelo A, Antelo V, González G, Librán M, Perna A, Savio E. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007-2009. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 17-20 July 2011, Roma, Italy. Abstract CDB028

5 - Cabrera S, Cotelo A, Antelo V, González G, Librán M, Pena A, Savio E. Determinantes del diagnóstico tardío de la infección por VIH en Uruguay, 2007-2008. XV Congreso Panamericano de Infectología. 7-11 de abril 2011, Punta del Este. Uruguay. Abstract SP11-087

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Es necesario diagnosticar tempranamente la infección por el VIH para lograr implementar medidas de prevención e iniciar precozmente la terapia antirretroviral. El diagnóstico temprano redonda en grandes beneficios para el usuario y además disminuye la transmisión del VIH a otras personas. Para lograrlo es indispensable ofrecer la prueba diagnóstica en forma amplia (Ordenanza Ministerial N° 35/014)¹.

Ampliar el acceso al diagnóstico de VIH, requiere de dos grandes estrategias que son complementarias: pruebas iniciadas por el proveedor de salud y pruebas iniciadas por el usuario.

La primer estrategia, conocida como prueba “iniciada por el proveedor de salud”, genera una responsabilidad en el equipo de salud que debe capacitarse para incorporar esta práctica y naturalizarla. Para ello se recomienda fuertemente incluir la evaluación de la salud sexual como parte esencial de la evaluación de salud de los usuarios/as. Sí bien esto debería ser una práctica habitual, existe aún escasa capacitación curricular en estos aspectos que hacen a la salud de las personas.

Se recomienda incorporar en la atención de toda persona, desde la adolescencia, la historia sexual: prácticas sexuales, orientación sexual, identidad de género, uso de preservativos, situación de pareja/s, infecciones de transmisión sexual (ITS) previas, realización de pruebas de VIH, sífilis, virus de hepatitis B y C, etc. Esta es una excelente oportunidad para ofrecer la prueba diagnóstica de VIH y otras ITS.

Para aumentar el acceso al diagnóstico de VIH, es necesario que el testeo de VIH se “normalice” y sea solicitado como una prueba diagnóstica más a incluir en el chequeo habitual de los usuarios y no sólo cuando el médico sospecha conductas de riesgo o enfermedad avanzada

Sí bien lo anterior es la situación ideal a la que se debería llegar en el sistema de salud, es importante reconocer que hay indicaciones indiscutibles e ineludibles de la prueba diagnóstica de VIH:

- 1) Exposición a situación de riesgo de transmisión conocida: mantener sexo sin condón, accidente laboral, abuso sexual, parejas de personas con VIH.
- 2) Embarazo. Es obligatorio ofrecer la prueba en el primer control, rutinas del segundo trimestre y rutinas del tercer trimestre².
- 3) Ofrecer la prueba a la pareja de la mujer embarazada, así como prueba de sífilis y otras ITS. Se recomienda el acompañamiento de la pareja sexual de la mujer embarazada al menos un vez en el primer y tercer trimestre, realizar asesoría y ofrecerle pruebas diagnósticas de ITS (Decreto del Poder Ejecutivo N° 35/014).
- 4) Hijo de madre infectada por el VIH.
- 5) Poblaciones donde se ha identificado mayores tasas de prevalencia de VIH: mujeres trans, trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, privados/as de libertad, personas con consumo problemático de drogas.

- 6) Personas con otra Infección de transmisión sexual y sus parejas sexuales
- 7) Síntomas sugestivos de inmunodepresión o enfermedad avanzada por VIH-SIDA
- 8) Donante de sangre y donante de órganos y tejidos. La realización de la prueba en donantes es obligatoria.

Se recomienda la prueba anual o bianual de VIH y otras ITS en poblaciones vulnerables.

La segunda estrategia, prueba “iniciada por el usuario”, se refiere a dar respuesta al usuario que solicita la prueba. Siempre que un usuario solicita el prueba de VIH, el médico debe indicarlo, sin cuestionamientos. Se recomienda que las instituciones de salud así como laboratorios en general, dispongan de espacios donde los usuarios puedan acercarse espontáneamente, sin derivación por un médico, por propia iniciativa y reciban la asesoría necesaria y el acceso a la prueba.

El diagnóstico del VIH debe considerarse un proceso, en el cual además de realizar los exámenes de laboratorio pertinentes -que se analizan en el capítulo 3-, se deben cumplir los siguientes puntos que se esquematizan como las 7 “C”: consentimiento informado, confidencialidad, consejería, contactos, condones, resultados confiables y vinculación a los cuidados.

- 1) Consentimiento informado: es necesario solicitar el consentimiento del paciente para realizar la prueba de VIH. Como lo dice su nombre, se debe informar al usuario acerca del proceso diagnóstico, posibles resultados, etc. para que el consentimiento sea válido. Se solicita en forma verbal, no es necesario utilizar un formulario para el mismo (Art. 170 del decreto 274/2010).
- 2) Consejería: es un componente fundamental del proceso diagnóstico. Consiste en un intercambio de información entre el usuario y el asesor. Evalúa el riesgo, reduce el estrés de la prueba, reduce el impacto del diagnóstico positivo, favorece la adherencia y educa sobre hábitos saludables.⁴

Es conveniente que se registre en la historia clínica que se solicita el prueba de VIH con la debida consejería y consentimiento por parte del usuario. En el capítulo 4 se abordará en profundidad la consejería.

- 3) Confidencialidad: respetar la confidencialidad, tomando recaudos para que el resultado no trascienda constituye una parte muy importante del proceso diagnóstico. Todo el equipo de salud está obligado a mantener la confidencialidad del diagnóstico. El resultado del diagnóstico de VIH debe ser transmitido SOLO al paciente. Esta es una forma de luchar contra el estigma y la discriminación. La falta de confidencialidad es uno de los principales temores de los usuarios que obstaculizan la realización de la prueba.

Así mismo se deben tomar recaudos para que no trascienda la orientación sexual del paciente, ya sea esta heterosexual, homosexual o bisexual.

- 4) Contactos: Se debe recomendar al usuario al que se le diagnostica VIH que se lo informe a sus contactos sexuales para que tengan la oportunidad de acceder al diagnóstico y tratamiento oportunos también ellos. Se puede ofrecer ayuda para transmitir esta información a su/sus parejas si la persona lo desea.

- 5) Condones: Se debe recomendar el uso de condones en todas las relaciones sexuales (oral, vaginal, anal) y de ser posible proveerlos. A las personas que practican sexo anal se les debe recomendar el uso de gel lubricante en base acuosa y desaconsejar el uso de aceites, vaselina o manteca dado que estos productos pueden dañar los condones.
- 6) Resultados confiables: es indispensable que los resultados de los prueba de VIH sean confiables y que, independientemente del tipo de prueba y en que etapa del proceso diagnóstico se encuentre (prueba de tamizaje, prueba confirmatoria) siempre sea comunicado de manera veraz.
- 7) Vinculación a los cuidados: una vez transmitido el diagnóstico de VIH se debe asegurar que la persona acceda al control y tratamiento de la enfermedad, por lo cual es necesario que hayan mecanismos de referencia claramente establecidos que garanticen la continuidad de la atención

Bibliografía:

1. *Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial, Área de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA, Programa de Salud de los varones. ITS. Prevención. Algoritmo diagnóstico. En: Guía de Atención a la Salud de hombres que tienen sexo con hombres y trans femininas. Uruguay 2012. Pág 47-66*
2. *Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, DPES, Área de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional ITS-VIH/SIDA. Guía Clínica para la eliminación de la transmisión vertical del VIH. En: Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. Uruguay 2013 pag 27 a 31*
3. *Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, División de Programación Estratégica en Salud, Departamento Salud Sexual y Reproductiva, Programa ITS SIDA. Diagnóstico de la infección por VIH. En: VIH: Guías para diagnóstico, monitorización y tratamiento antirretroviral para adultos/as, mujeres embarazadas y niños/as. Uruguay 2014. En prensa.*
4. *Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina. El asesoramiento en el diagnóstico de VIH y otras ITS. En: Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. Pág: 6-12*

CAPÍTULO III

Algoritmos diagnósticos basados en el laboratorio y en pruebas rápidas secuenciales

Dado que las pruebas para diagnóstico de infección por VIH han mejorado en su sensibilidad y especificidad, y que existen en la actualidad múltiples técnicas que combinadas pueden proporcionar un diagnóstico rápido y certero de la infección, se decidió modificar el algoritmo existente de laboratorio e incorporar el uso de las pruebas rápidas combinadas en un algoritmo rápido. Es decir que actualmente el diagnóstico de VIH se puede realizar en un laboratorio con sangre extraída por venopunción en una o dos oportunidades o con sangre de punción dactilar en el sitio de atención (point of care).

MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

El diagnóstico de infección por VIH se realiza a través de:

- 1) Métodos serológicos: de tamizaje - pruebas rápidas (PR) o Enzimo inmuno análisis (EIA) - de alta sensibilidad y pruebas confirmatorias (WB, INNO-LIA) de alta especificidad.
- 2) Métodos moleculares (determinación cualitativa de ADN proviral).

En personas mayores de 18 meses de edad, el diagnóstico de infección por VIH se realiza por pruebas de tamizaje que brindan un diagnóstico preliminar de la infección, y pruebas confirmatorias que resuelven el resultado final.

Alcance de las pruebas diagnósticas según la progresión de la infección por VIH

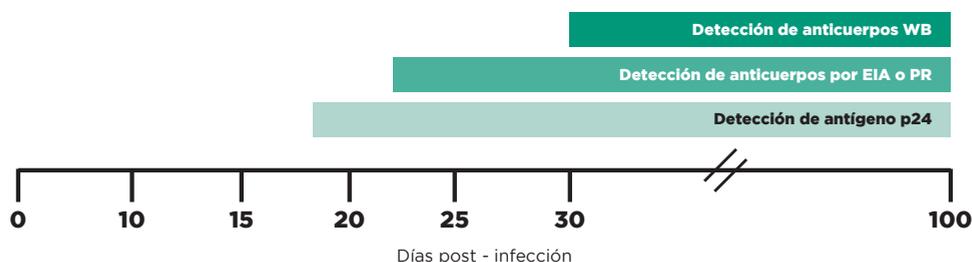


Figura 1. Alcance de las pruebas diagnósticas según la progresión de la infección por VIH. (EIA: enzimo inmuno ensayo; PR: prueba rápida; WB: western blot). Adaptado de McMichael A. J. et al. (1).

De acuerdo al gráfico de la figura 1, podemos observar que la ventana serológica (tiempo transcurrido entre la adquisición de la infección y la detección por un método diagnóstico serológico) depende del método de detección que se está utilizando. Los ensayos serológicos que se realizan en el laboratorio clínico (EIAs) y las pruebas rápidas detectan, anticuerpos contra VIH 1 y VIH 2 y/o Antígeno p24.

Las pruebas confirmatorias se basan en la realización de Western Blot, el cual es positivo a partir del día 30 post infección aproximadamente (detección de

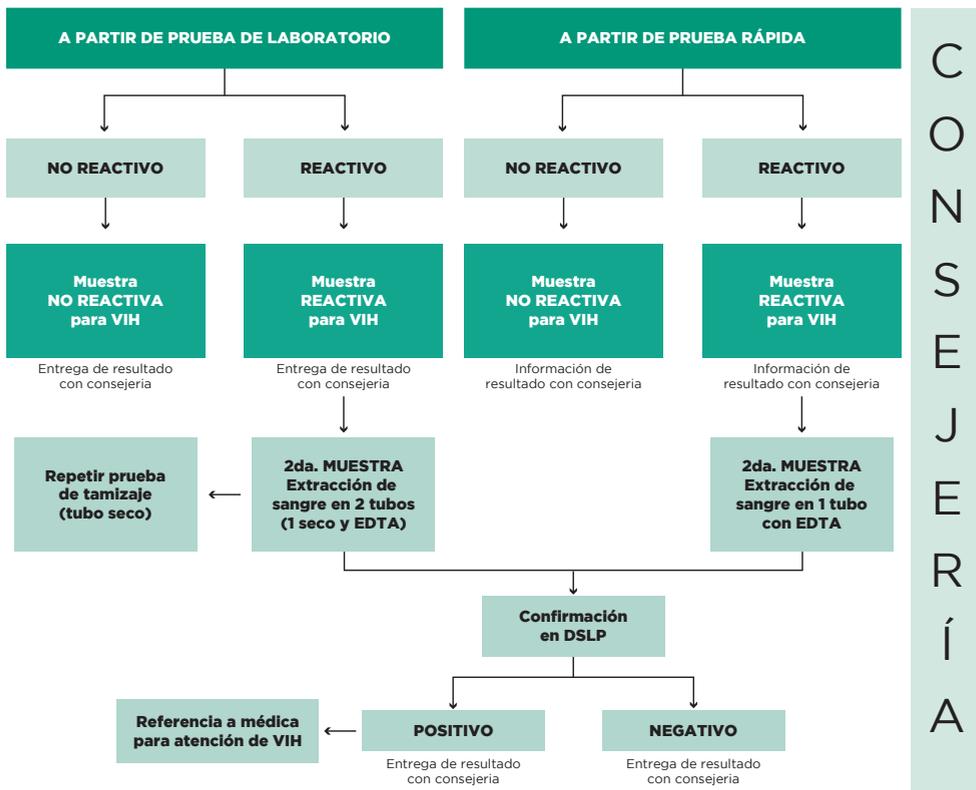
anticuerpos anti-p24 más la detección de anticuerpos anti-proteínas de envoltura). Frente a un resultado indeterminado de Western blot se puede recurrir a los métodos moleculares para la confirmación.

Las pruebas rápidas son ensayos inmunocromatográficos que se realizan a partir de la extracción de sangre por punción dactilar. No requieren equipos automatizados, son de fácil implementación e interpretación (previa capacitación del personal). El resultado reactivo se indica por la aparición de una señal coloreada que se obtiene en un tiempo menor a 30 minutos.

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS PARA PERSONAS MAYORES DE 18 MESES DE EDAD

1. Algoritmo diagnóstico de TAMIZAJE.

Este algoritmo se inicia a partir de la realización de una prueba de tamizaje (que detecte al menos anticuerpos anti VIH-1 del grupo M y O y anticuerpos anti VIH-2) en un laboratorio de análisis clínicos o en un servicio de atención de salud de cualquier nivel. Comprende inmunoensayos equipo dependiente o PR inmunocromatográficas. Ver figura 2.



CONSEJERÍA

Figura 2. Algoritmo a partir del uso de un ensayo de tamizaje equipo dependiente o PR.

Una prueba de tamizaje (o *Screening*) NO REACTIVA, independientemente de la técnica, debe ser informada como RESULTADO: “NO REACTIVO” y realizar la consejería/asesoría correspondiente en el momento de entregar dicho resultado.

Frente a un resultado REACTIVO:

1. a. de una prueba de tamizaje inmunoenzimática realizada en un laboratorio de análisis clínicos, se debe citar al usuario en un plazo no mayor a 7 días para:

- Entrega de resultado escrito con consejería.
- Completar formulario de Solicitud de Test Confirmatorio de VIH.
- Extracción de una segunda muestra en dos tubos: un tubo seco para repetir la prueba de tamizaje (Confirmación de identidad), un tubo con anticoagulante EDTA para enviar sin separar al DLSP (acompañado del formulario Solicitud de Test Confirmatorio de VIH).

1. b. de una prueba de tamizaje inmunocromatográfica (prueba rápida) se debe:

- Si el estudio se realizó en un laboratorio, entregar el resultado con consejería. Si el estudio se realizó en un centro de atención primaria además de informarse verbalmente al usuario, el resultado se registrará en una orden/receta médica y/o en la historia clínica.
- Completar formulario de Solicitud de Test Confirmatorio de VIH.
- Extracción de una segunda muestra en un tubo con anticoagulante EDTA y envío del mismo, sin separar, al DLSP, acompañado del formulario de Solicitud de Test Confirmatorio de VIH. De no ser posible realizar esta extracción en el mismo acto, se coordinará día y hora en un plazo no mayor a 7 días y se realizará la extracción de la segunda muestra en dos tubos: un tubo seco y en un tubo con anticoagulante EDTA. En el tubo seco se debe repetir la prueba de tamizaje y confirmar identidad, en el tubo con EDTA se enviará sin separar al DLSP.

Frente a un resultado no reactivo de la segunda muestra se recomienda citar nuevamente al paciente para una tercera extracción repitiendo la misma prueba de tamizaje.

2 - Algoritmo diagnóstico a partir de pruebas rápidas en serie: ALGORITMO RÁPIDO

La propuesta de este algoritmo está basada en la realización en serie de dos pruebas rápidas (PR1 y PR2) diferentes. Las pruebas rápidas habilitadas para su uso en serie en el diagnóstico de VIH son aquellas que cumplen con los requisitos de las pruebas de tamizaje y que además han sido validadas a través de una evaluación de desempeño realizada en el Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

A partir de la evaluación de desempeño de las pruebas rápidas se determina cuáles son las combinaciones de las mismas que cumplen con requisitos exigidos para su uso en el diagnóstico. Para el diseño del algoritmo se optó por utilizar en primer lugar la prueba rápida de mayor sensibilidad.

A la fecha de la edición del presente capítulo, 3 pruebas rápidas han sido estudiadas mediante una evaluación de desempeño en nuestro país (2). En el Anexo 3 se detalla el orden secuencial en el que se debe usar este par de pruebas rápidas y las marcas recomendadas para su uso en un algoritmo en serie. Esta información se puede consultar en la ordenanza ministerial 367/14, emitida por el Ministerio de Salud Pública.. Periódicamente el MSP realizará evaluaciones de desempeño de forma tal de incorporar nuevas combinaciones que incluyan un rango mayor de pruebas rápidas validadas para tal fin.

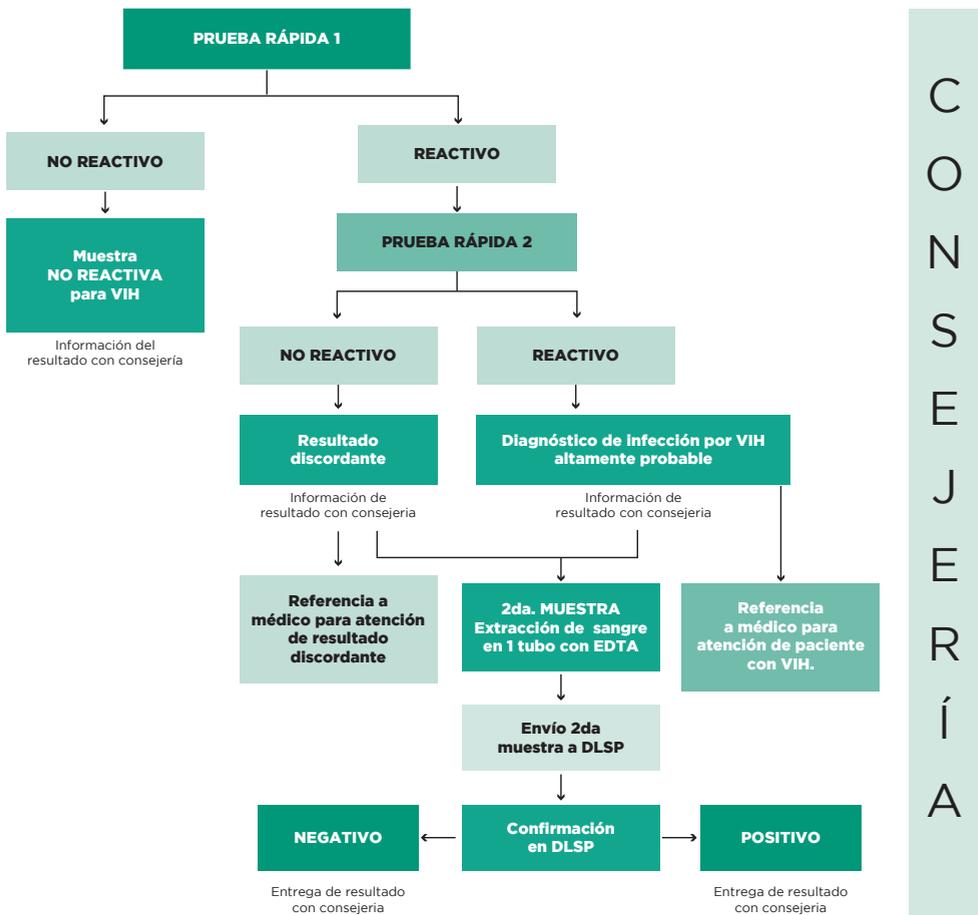


Figura 3. Algoritmo a partir del uso de 2 pruebas rápidas combinadas en serie.

En la figura 3 se presenta el esquema del algoritmo 2 que incluye el uso de dos pruebas rápidas en serie.

a. Realizar PR1, utilizando muestra de sangre por punción dactilar.

a.1. Si el resultado de PR1 es NO REACTIVA, el mismo se considera definitivo y se le informa a la persona en el momento realizando la consejería/asesoría correspondiente durante el informe del resultado.

a.2. Si el resultado de PR1 es REACTIVO, se deberá realizar PR2, realizando la consejería correspondiente.

b. Realizar PR2, con nueva muestra de sangre por punción dactilar (confirmación de identidad).

b.1. Si el resultado de PR2 es NO REACTIVO:

- **Estamos frente a un resultado DISCORDANTE.**
- **Informar el resultado con consejería.**
- **Completar formulario de Solicitud de Test Confirmatorio de VIH.**
- **Extracción de una segunda muestra en un tubo con anticoagulante EDTA y envío del mismo, sin separar, al DLSP.**
- **Derivar al usuario al médico para atención de resultado INDETERMINADO - DISCORDANTE.**

b.2. Si el resultado de PR2 es REACTIVO:

- **Con ambas PR REACTIVAS estamos frente a un Diagnóstico de Infección por VIH altamente probable.**
- **Informar el resultado con consejería.**
- **Completar formulario de Solicitud de Test Confirmatorio de VIH.**
- **Extracción de una muestra en un tubo con anticoagulante EDTA y envío del mismo, sin separar, al DLSP en el mismo día, acompañada con el formulario de notificación. De no ser posible realizar esta extracción en el mismo acto se coordinará día y hora en un plazo no mayor a 7 días.**
- **Referencia a médico para atención de infección por VIH.**

Este resultado habilita al médico a iniciar la pauta a seguir frente a un paciente con infección por VIH (población linfocitaria, carga viral, etc.).

A la fecha de la edición del presente capítulo, 3 pruebas rápidas han sido estudiadas mediante una evaluación de desempeño en nuestro país (2). En el Anexo 3 se detalla el orden secuencial en el que se debe usar este par de pruebas rápidas y las marcas recomendadas para su uso en un algoritmo en serie. Esta información se puede consultar en la ordenanza ministerial 367/14 emitida por el Ministerio de Salud Pública. Periódicamente el MSP realizará evaluaciones de desempeño de forma tal de incorporar nuevas combinaciones que incluyan un rango mayor de pruebas rápidas validadas para tal fin.

Frente a la sospecha de una exposición reciente y con riesgo de infección por VIH, a pesar de un resultado NO REACTIVO, debe estudiarse una nueva muestra pasados los 25 días a través de las pruebas de tamizaje, ya que existe un período de ventana serológica que puede abarcar hasta 25 días post infección.

Para el caso de las pruebas rápidas, ante un resultado inválido (ausencia de banda control), se debe repetir el ensayo. De persistir el resultado inválido, realizar la extracción de una muestra por punción venosa en tubo seco y enviarlo al laboratorio de su institución para realizar pruebas de tamizaje de laboratorio.

Se recomienda que aquellos laboratorios que realizan pruebas rápidas como pruebas de tamizaje (por falta de infraestructura para realizar otros métodos) incorporen el algoritmo de pruebas rápidas en serie (Algoritmo Rápido).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA INFECCIÓN POR VIH.

El diagnóstico definitivo de la infección será emitido por el DLSP. La extracción de la muestra por punción venosa será en todos los casos colectada en tubos con anticoagulante EDTA. El DLSP enviará el resultado definitivo al lugar de procedencia.

En el DLSP se aplicarán, para la confirmación diagnóstica, las siguientes técnicas:

- EIA 4ta. Generación
- Western Blot (WB) o INNOLIA
- PCR (ADN Proviral)

A partir de éstos procedimientos los posibles resultados son:

- EIA 4ta. Generación:
 - Antígeno/Anticuerpo: NO REACTIVO/REACTIVO
 - Antígeno: REACTIVO/NO REACTIVO
- Western Blot (WB) INNO LIA:
 - POSITIVO, NEGATIVO o INDETERMINADO
- PCR (ADN Proviral):
 - POSITIVO o NEGATIVO

La detección de ARN viral (Carga viral) no está validada a nivel nacional con finalidad diagnóstica.

Bibliografía:

1) McMichael A.J. et al. *The immune response during acute HIV-1 infection: clues for vaccine development.* *Nature Reviews Immunology* 10, 11-23 (January 2010).

2) *Evaluación de desempeño de tres pruebas rápidas para el diagnóstico de infección por VIH en adultos. Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial para el SIDA, Departamento de Laboratorios de Salud Pública (MSP). Uruguay, 2014.*

CAPÍTULO IV

CONTENIDOS DEL PROCESO DE CONSEJERÍA PRE TEST Y POST TEST

La consejería o asesoría es una instancia de carácter preventivo, educativo y asistencial; es un diálogo abierto entre el profesional de salud y el consultante en condiciones de privacidad y confidencialidad con el objetivo de brindar información que le permita tomar decisiones informadas, promover prácticas de autocuidado, reducir el estrés de la realización del test y el impacto de un diagnóstico positivo y responder a las interrogantes de cada usuario. 1

Debe tomarse como un proceso que comienza en el momento en que se solicita la prueba del VIH, continúa al entregar el resultado de la prueba de tamizaje (EIA o prueba rápida) y luego del resultado definitivo o confirmatorio de la prueba de tamizaje en el caso que la prueba de tamizaje sea reactiva.

El proceso de consejería o asesoría debe contener los siguientes componentes: educativo, apoyo emocional y evaluación de los riesgos, de recursos psicológicos y sociales.

Para evaluar los riesgos y los recursos psicológicos y sociales el asesor deberá tener presente los contextos de vulnerabilidad y las necesidades particulares de cada persona. Además de las prácticas sexuales sin protección deberá evaluar otras condiciones que generen mayor vulnerabilidad: condiciones físicas, mentales, culturales, sociales, económicas e institucionales. 2

La orientación sexual homosexual o bisexual y la identidad de género trans aún genera en nuestro país estigma y discriminación que puede volver a la persona más vulnerable.

Respecto a las personas trans (travesti, transexual, transgénero) es importante considerar si han estado expuestas a situaciones de violencia o exclusión, saber cual es su nivel educativo y que redes de contención familiar o social cuentan dado que es frecuente que sean víctimas de violencia y exclusión social, familiar y educativa. Todos estos elementos ayudarán al asesor a comprender su situación global, y acompañarla/o en el proceso diagnóstico y lograr la continuidad en los controles en salud; ya sea que el resultado del testeado sea negativo o positivo.

Cuando se asesora a personas expuestas a discriminación de cualquier tipo (por género, etnia, orientación sexual e identidad de género, discapacidad, etc) debe indagarse si tienen redes sociales que los contengan y si existen otras situaciones personales que puedan afectar las conductas de autocuidado y permanencia en su atención médica o controles en salud.

El asesor debe prestar especial atención a mantener una actitud amplia y no discriminatoria. Las creencias o percepciones propias no deben influir en la consejería. Recuerde que quien consulta tiene derecho a recibir una atención integral y libre de prejuicios. Esto puede suceder con personas con orientación sexual e identidad de género diferentes a quien realiza la consejería.

En cuanto a los adolescentes debe considerarse el principio de autonomía progresiva; respetando el derecho de los mismos a decidir cuando y como hacerse la prueba y teniendo en cuenta todas las consideraciones hechas previamente.

Respecto a otras poblaciones vulnerables, como población privada de libertad, deben tenerse en cuenta los mismos principios de prueba voluntaria y confidencial.

Lo que no debe olvidar en la consejería pre test:

- Explicar porque realizarse la prueba: porque es importante conocer si se está infectado por VIH dado que esto posibilitaría un tratamiento oportuno.
- Explicar que la infección por VIH SIDA puede controlarse, como una enfermedad crónica, si se trata en forma oportuna y se controla periódicamente. Esto es útil para “preparar” a la persona para la eventualidad de un resultado reactivo.
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del examen.
- Informar acerca del proceso diagnóstico, los eventuales resultados y significados de los mismos.
- Fomentar el uso de condón.
- Ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y otras ITS.
- Establecer un diálogo acorde a las necesidades de cada usuario.

Lo que no debe olvidar en la consejería post test

La consejería post test se debe realizar en los siguientes momentos:

- Con la entrega de la prueba de tamizaje (EIA o prueba rápida) ya sea esta reactiva o no reactiva.
- Con la entrega del primer y segunda prueba rápida cuando se realiza diagnóstico con dos pruebas rápidas secuenciales.
- Con la entrega del resultado definitivo del Departamento de Laboratorios de Salud Pública cuando se realiza algoritmo de laboratorio.

a) Contenido de la consejería post test con primer EIA o prueba rápida no reactivo:

- Decir que el resultado dio no reactivo y esto indica que no está infectado. Pero aclarar que existe un período ventana de hasta aproximadamente 25 días (dependiendo de la prueba utilizada) durante el cual la prueba puede dar falsamente no reactiva y que en el caso de haber sucedido un contacto de riesgo es conveniente repetir la prueba entre los 30 y 45 días posteriores.
- Reforzar prácticas de menor riesgo.
- Decir que no significa que es inmune al virus.
- Explicar conductas preventivas: uso de condón en todas las relaciones sexuales con sexo vaginal o anal y campo de látex al practicar sexo oral. No compartir jeringas. Tener en cuenta situaciones de vulnerabilidad que favorezcan el no uso de condón (bajo poder adquisitivo, baja escolaridad, mujeres en situación de vulnerabilidad que no pueden negociar el uso de preservativo, mitos, factores morales y religiosos, práctica de sexo comercial con clientes que no quieren usar condón, uso de alcohol o drogas, exclusión social por transexualidad, adolescencia, etc) 4.
- Si es trabajador o trabajadora sexual recordar el protocolo de control del trabajador sexual.
- Entrega de condones y gel lubricante y folletos explicativos.
- Aclarar dudas.

b) Consejería con primer EIA o prueba rápida reactiva

Cuando la primera prueba fue un EIA y es reactiva, es una práctica habitual en algunas instituciones citar al usuario directamente desde el laboratorio para tomar una segunda muestra sin mediar explicación. Es necesario que exista una intervención de un médico o personal de salud entrenado en la consejería, que explique el porqué de la necesidad de una segunda extracción de sangre y realice consejería. El flujograma para este proceso diagnóstico lo realizará cada institución y puede consistir en que el usuario vuelva al médico que lo solicitó para que entregue el resultado o que exista un equipo de consejería que entregue este resultado, haga la consejería y solicite una nueva muestra.

Cuando la primera prueba de tamizaje realizada es una prueba rápida, se debe informar el resultado reactivo inmediatamente y proceder en ese mismo momento a continuar el diagnóstico con una segunda prueba rápida -si se cuenta en la institución con dos marcas de prueba rápida aprobado para diagnóstico secuencial - algoritmo rápido o de lo contrario extraer sangre en ese mismo momento para enviar al Departamento de Laboratorio de Salud Pública para continuar el algoritmo diagnóstico con EIA e INNOLIA como consta en el capítulo 3.

En esta instancia, con prueba rápida o EIA reactivo, el consejero debe informar que esta primer prueba dio reactiva, diciendo que el proceso diagnóstico no ha terminado aún, destacando que la confirmación o descarte de la infección por VIH requiere la extracción de una nueva muestra para realizar análisis más específicos. La información es un derecho del usuario y como tal debe brindarse en forma amplia y transparente. Brindar esta información disminuye la ansiedad de la espera del resultado y favorece que el usuario vuelva a buscar el resultado.

Contenido de la consejería con primer EIA o prueba rápida reactiva:

- “Esta prueba rápida dio reactiva. Debemos tomar una nueva muestra de sangre para realizar exámenes más específicos que confirmen o descarten que usted tiene VIH, aún no lo sabemos con certeza”.
- Explicar como continúa el proceso diagnóstico y explicar los tiempos posibles de demora del resultado
- Brindar apoyo emocional
- Responder dudas
- Recordar que el VIH es actualmente una enfermedad controlable, tratable, crónica.
- Indicar uso de condón siempre

En este momento el proceso diagnóstico puede continuar de la siguiente manera:

- 1) Si la primera prueba realizada fue una prueba rápida y se sigue protocolo diagnóstico con dos pruebas rápidas, se hace la segunda prueba en el momento y la consejería continúa inmediatamente.
- 2) Si la primera prueba realizada fue una prueba rápida pero no se cuenta con el protocolo diagnóstico con dos pruebas rápidas secuenciales, o si la primera prueba fue un EIA, entonces se indica extracción de sangre para confirmatorio y el paciente regresa luego con el resultado.

c) Consejería luego de la segunda prueba rápida secuencial reactiva.

- Informar que la segunda prueba rápida secuencial es reactiva lo cual permite hacer diagnóstico presuntivo de VIH e iniciar los estudios dirigidos a conocer el estado inmunitario, la carga viral y eventuales tratamientos que requiera. De todos modos se enviará una muestra de sangre al Departamento de laboratorios de Salud Pública con fines epidemiológicos.
- Permitir al usuario el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico y expresar sus sentimientos.
- Prestar el apoyo emocional necesario.
- Desmitificar sentimientos que asocian VIH/SIDA a culpa, punición, rechazo, muerte y otros.
- Resaltar que la infección es tratable, es una infección crónica, que con controles y tratamiento se puede llevar una vida normal.
- Resaltar que aunque sea portador asintomático del virus, se puede transmitir a otros.
- Reforzar la adopción de prácticas seguras para la reducción de riesgos de reinfección por VIH y otras ITS.
- Resaltar la necesidad de comunicar el resultado a su/sus parejas y ofrecer ayuda.
- Referenciar al centro de salud correspondiente para su tratamiento.
- Definir grupos comunitarios de apoyo.
- Derivar a la CHLA-EP para diagnóstico tuberculosis latente.
- Dar condones y folletos explicativos de tener disponibles.

d) Consejería Pos-Test con confirmatorio positivo.

- Informar que el test dio positivo, es decir que tiene infección por VIH.
- Permitir al usuario el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico y expresar sus sentimientos.
- Prestar el apoyo emocional necesario.
- Desmitificar sentimientos que asocian VIH/SIDA a culpa, punición, rechazo, muerte y otros.
- Resaltar que la infección es tratable, crónica, que con controles y tratamiento puede llevar una vida normal.
- Resaltar que aunque sea portador asintomático del virus, se puede transmitir a otros.
- Reforzar la adopción de prácticas seguras para la reducción de riesgos de reinfección por VIH y otras ITS.
- Resaltar la necesidad de comunicar el resultado a su-sus parejas y ofrecer ayuda.
- Referenciar al centro de salud correspondiente para su tratamiento.
- Definir grupos comunitarios de apoyo.
- Derivar a la CHLA-EP para diagnóstico tuberculosis latente.
- Dar condones y folletos explicativos de tener disponibles.

Es posible que las personas que son diagnosticadas con infección por VIH requieran más información en las siguientes consultas. La información resulta difícil de retener o comprender en la etapa de shock inicial.

Este es un momento en el cual muchos usuarios, una vez diagnosticados, no continúan asistiéndose y no acceden al tratamiento antirretroviral. Esto es consecuencia de múltiples factores, entre los que se encuentran el temor a la discriminación. Es por esto que el rol del asesor es fundamental para favorecer la continuidad del tratamiento, asegurando la vinculación del usuario con el médico entrenado en tratamiento del VIH y con el médico de primer nivel de atención

e) Consejería con segunda prueba rápida secuencial no reactiva

- En este caso decir que el resultado es discordante y se requiere una muestra de sangre que se enviará al Departamento de Laboratorios de Salud Pública para confirmar o descartar este resultado. Extraer la muestra en ese mismo momento
- Explicar como continúa el proceso diagnóstico y explicar los tiempos posibles de demora del resultado
- Brindar apoyo emocional
- Responder dudas
- Recordar que el VIH es actualmente una enfermedad controlable tratable, crónica.
- Indicar uso de condón siempre

f) Consejería pos test con confirmatorio negativo (ya sea realizado luego de un primer EIA reactivo, luego de una primera prueba rápida reactiva o luego de dos pruebas rápidas secuenciales discordantes)

- Decir que no está infectado
- Reforzar prácticas de menor riesgo
- Decir que no significa que es inmune al virus
- Explicar conductas preventivas: uso de condón en todas las relaciones sexuales con sexo vaginal o anal y campo de látex al practicar sexo oral. No compartir jeringas.
- Si es trabajador sexual recordar protocolo de atención del trabajador sexual
- Entrega condones y gel y folletos explicativos si tiene disponibles.
- Aclarar dudas

Recuerde que todos los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen derecho a 12 vales gratuitos al año de 15 condones masculinos y a preservativos femeninos.

ASPECTOS ESPECIALES A CONSIDERAR EN LA MUJER EMBARAZADA

El embarazo es una oportunidad de diagnóstico de VIH de manera temprana para la mujer y su pareja. En nuestro país el 50% de las mujeres embarazadas con VIH conocen su diagnóstico durante la gestación.

El impacto que puede provocar el diagnóstico en esta etapa requiere de un proceso de acompañamiento y consejería en todas las instancias del control del embarazo.

Los puntos clave a tener en cuenta en la consejería frente a un resultado reactivo se resumen a continuación⁵.

- En caso de tratarse de la prueba de tamizaje, comunicar el resultado como “REACTIVO” y que se requiere de un nuevo examen para llegar al diagnóstico final con certeza
- Que la sensibilidad y especificidad de la prueba es de aproximadamente 99%, pero que existe reactividad inespecífica o “falsos positivos” en las pruebas de tamizaje, por ello es necesario realizar pruebas complementarias (confirmatorias)
- Que es necesario iniciar el TARV sin esperar la confirmación dado que su inicio precoz es una medida fundamental para evitar la transmisión al niño y si el resultado definitivo de la prueba es negativo se suspenderá.
- Es necesario brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo énfasis en que los riesgos de teratogénesis y/o malformaciones no son mayores a los habituales (en hijos/as de mujeres sin VIH)
- Que es imprescindible lograr que la carga viral del VIH sea indetectable para minimizar la probabilidad de transmisión (que en este caso será menor al 2%), brindando herramientas y apoyo para una adherencia perfecta.
- Qué ante el resultado de VIH reactivo y su confirmación es posible que sea necesario realizar cesárea (sí no se logra carga viral indetectable)
- Qué ante el resultado reactivo y la confirmación de la infección VIH se deberá suspender la lactancia. Este aspecto debe trabajarse precozmente y enseñar y promover otras conductas importantes para favorecer el apego del hijo/a como hablarle, acariciarlo, mirarlo a los ojos y estar especialmente atentas a él/ella durante la alimentación.
- Qué ante la confirmación de la infección VIH se deberá realizar seguimiento con exámenes al RN y tratamiento para disminuir la transmisión
- Explicar la importancia del uso preservativos en todas las relaciones sexuales incluso aunque su pareja sea VIH positiva
- Explicar la importancia de la continuidad de sus cuidados de salud y del TARV luego del parto.

Bibliografía:

1) Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. *El asesoramiento en el diagnóstico de VIH y otras ITS. En: Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. Pág: 6-12*

2) Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA 2012. *Enfoque de vulnerabilidad y enfoque diferencial. En: Pautas para realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH con enfoque diferencial y de vulnerabilidad. Pág 65-67.*

3) Agencia Nacional de Investigación e innovación. *La población ante el estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH. Diciembre 2013. Montevideo, Uruguay*

4) Ministério da Saúde Brasil. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acoes de prevencao ao HIV e outras DST na atencao básica a saude. En: HIV/Aids, hepatites e outras DST 2006. Cader-nos de Atenção Básica, n. 18. Pág 19-25*

5) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, DPES, Área de Salud Sexual y reproductiva, Programa Nacional ITS-VIH/SIDA. *Guía Clínica para la eliminación de la transmisión vertical del VIH. En: Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. Uruguay 2013 pag 34*

Anexo 1

Acercamiento al usuario y uso del lenguaje

El lenguaje que se utiliza puede acercar o alejar a los usuarios del sistema de salud, puede ser inclusivo o favorecer el estigma y la discriminación.

Sea especialmente cuidadoso, su acercamiento a los usuarios es fundamental para lograr confianza, apoyo y adherencia a controles y tratamiento.

Acercamiento al usuario y uso del lenguaje

Mantenga una actitud amplia y sin prejuicios que le permita abordar con naturalidad la atención de todas y todos los usuarios

Utilice lenguaje acorde a la identidad de género de su paciente y utilice el nombre de elección aunque no sea el registrado en los documentos

Sea particularmente cuidadoso con la confidencialidad de la consulta

Evite usar el término “contagiarse de SIDA” diga “infectarse con el VIH”

Evite decir “drogadicto”. Diga “usuario de drogas o consumidor de drogas”

Evite decir “drogas o medicamentos para el SIDA” Diga “medicamentos para el tratamiento del VIH”

No diga “prostituta o prostituto”. Diga “trabajador sexual-trabajadora sexual”

No pregunte si la persona es “promiscua”. Pregunte por el número de parejas sexuales

No diga “usted debe”. Diga “Las opciones son...”

Bibliografía:

- UGPFM, PPITS, Programa Salud de los Varones. Acercamiento a usuarios/as: captación y atención médica amigable con la diversidad. En: *Guía de Atención a la Salud de Hombres que tienen Sexo con Hombres y Trans Femeninas Primera versión*. Montevideo 2012. Ed. Impresora Sol. Pag: 31-34
- Recomendaciones sobre el uso del lenguaje. En: *Pauta para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH. Con enfoque diferencial y de vulnerabilidad*. Pág 121-122

Anexo 2

Prevención de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual

Se debe recomendar el uso sistemático y correcto de condón dado que datos probatorios provenientes de estudios de cohortes de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas trans encontraron que el uso sistemático del condón reduce la transmisión del VIH en 64% y de otras ITS en 42%. En caso de usar lubricantes deben usarse con base de agua ya que los lubricantes en base de aceite destruyen los condones de látex. También deben evitarse los lubricantes con espermicida nonoxinol-9¹.

La seroselección como forma de protección frente a la adquisición de infecciones de transmisión sexual no debe promoverse. Esto significa que no debe promoverse que una persona elija a un compañero/a sexual que comparta el mismo estado serológico con respecto a la infección por el VIH. El uso sistemático del condón es la mejor protección.

La seroselección frente a ser VIH positivo tampoco debe ser promovida. Si personas VIH positivas mantienen relaciones sexuales sin condón existen dos riesgos: adquirir otra ITS y sobreinfección por el VIH 1 o 2 con posible transmisión de fármaco-resistencia.

Si bien varios estudios mostraron que la circuncisión estuvo asociada a un efecto de protección en el caso de los HSH y que tuvieron relaciones anales insertivas, no se observó protección entre aquellos que tuvieron relaciones receptivas. Se sugiere no ofrecer la circuncisión a HSH y trans.

El uso de drogas inyectables, con material compartido contaminado, está bien documentado que aumenta el riesgo de infección por VIH, Hepatitis B (VHB) y Hepatitis C (VHC). En nuestro país, el último trabajo con el que contamos en consumidores de drogas inyectables, informa una prevalencia de 18.5% de infección por VIH, 19.5% de reactividad para VHB y 21.5% para VHC. El uso problemático de alcohol, drogas inhaladas como la cocaína y estimulantes como la metanfetamina y otras sustancias también favorece la transmisión de ITS como consecuencia de prácticas de riesgo, como no usar métodos de barrera, debido a la desinhibición y disminución de la capacidad para tener presentes las prácticas preventivas. Asimismo, algunos usuarios de drogas realizan trabajo sexual para mantener el consumo, lo cual es un factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual. En un estudio realizado en Uruguay en el año 2003, donde se estudió a consumidores de cocaína no inyectada (clorhidrato de cocaína), se constató una prevalencia de 9.5% para infección por VIH, 11.7% para VHB, 10.1% para VHC y 4% para sífilis (VDRL), siendo frecuente la co-infección. El estudio realizado en usuarios de pasta base de cocaína en el año 2012 mostró una prevalencia de VIH del 6.3%². Es importante que los/las profesionales de la salud que atienden a esta población pesquisen el uso problemático de sustancias y de constatarse los deriven a especialistas y grupos de autoayuda. En nuestro país recomendamos a los profesionales de la salud y a los usuarios/as consultar al servicio telefónico de la Junta Nacional de Drogas donde podrá informarse sobre el lugar más adecuado para cada paciente en función de la zona de residencia y el problema a tratar. Tel.: 23091020 o *1020 (gratuito desde teléfono celular).

Idealmente entregue folletos explicativos con el uso correcto del condón.

Información a brindar a los usuarios:

El uso correcto de los preservativos masculino y femenino presenta una alta eficacia en la prevención de la transmisión del VIH.

Los preservativos masculinos se distribuyen en todos los servicios de salud públicos y privados del país de forma gratuita o a muy bajo costo. Se puede acceder a 12 vales por año de 15 condones cada uno.

Los preservativos femeninos se distribuyen a través de todos los prestadores de salud (Públicos y Privados).

- Uso correcto del preservativo masculino (Figura 1):

- Antes de abrirlo revise la fecha de vencimiento y controle que la burbuja de aire del paquete se halle intacta. Abrirlo con cuidado para no rasgarlo con las uñas.
- Usarlo desde el principio de la relación sexual.
- Apretar bien la punta del condón al ponerlo para que no quede aire. Allí es donde se depositará el semen.
- Correr el condón hasta la base del pene.
- Quitarlo con el pene en erección.
- Al sacarlo hacer un nudo al condón y depositarlo en un recipiente para residuos.

Importante: Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual

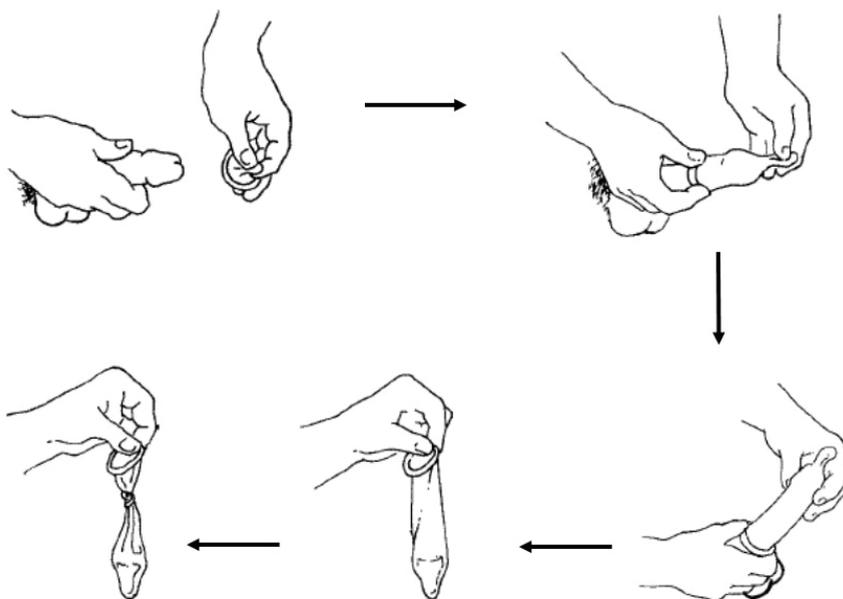


Figura 1. Uso correcto del preservativo masculino. Adaptado de *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo, una guía para la práctica básica*, OMS, 2005 (3).

- Uso de un campo de látex (para sexo oral)

1. Abrir el condón y desenrollarlo. Sacarle el borde superior con los pulgares.
2. Romperlo a lo largo y abrirlo
3. Estirarlo con el índice y el pulgar para armar el campo de látex

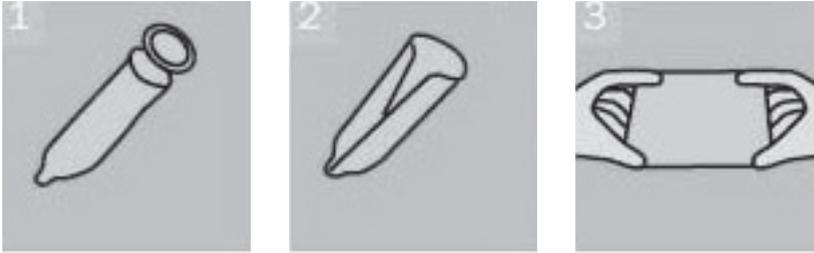


Figura 2. Generación de un campo de látex a partir del preservativo masculino.

- Uso correcto del preservativo femenino (Figura 3)

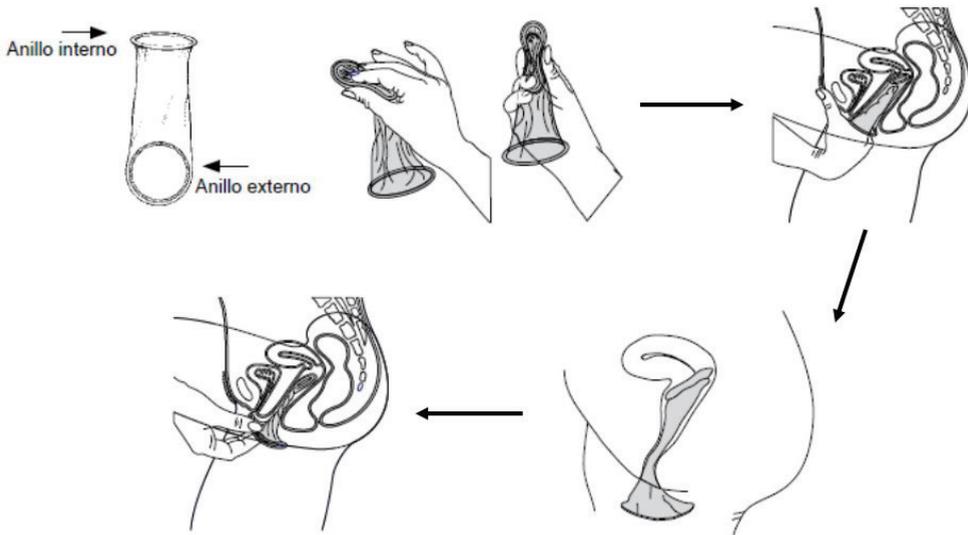


Figura 3. Uso correcto del preservativo femenino. Adaptado de *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo, una guía para la práctica básica*, OMS. 2005 (3).

En la figura 3 se muestra el uso correcto del preservativo femenino. Consiste en una funda de poliuretano o nitrilo y posee dos anillos flexibles en los extremos. El anillo interno es cerrado y es el que se debe introducir en la vagina, el anillo externo es abierto y queda ubicado afuera de la vagina protegiendo la parte externa de los genitales. Los pasos a seguir para su uso correcto son:

- Retirar el condón del envoltorio y frotarlo con los dedos para que se distribuya el lubricante de forma uniforme.
- Apretar el extremo interno entre el dedo pulgar y el dedo mayor e insertarlo dentro de la vagina.
- Empujar el condón con el dedo índice hacia el interior de la vagina lo máximo posible. Estará en el lugar correcto cuando ya no lo sienta.
- El anillo externo debe quedar ubicado fuera de la vagina.
- Después de la relación sexual y antes de retirar el condón asegurarse cerrar el anillo externo para evitar derrame de semen.
- Arrojar el preservativo al recipiente de residuos.

Nota: Al momento hay poca información acerca de la eficacia del preservativo femenino para el coito anal y su eficacia para prevenir la infección por el VIH entre personas trans que han tenido una construcción vaginal.

- Prevención de la transmisión vertical

Se debe ofrecer la prueba de VIH a toda mujer embarazada (Ordenanza Ministerial 367/14): en el primer control de embarazo y con las rutinas del 2do y 3er trimestre.

Existen tres formas distintas de transmisión del virus de una madre viviendo con VIH a su hijo/a.

- En la gestación: a través de la placenta, existe mayor riesgo de transmisión a mayor carga viral de la madre.
- En el parto: a través de los contactos con sangre y fluidos. Es el momento de mayor probabilidad de transmisión de la infección.
- En la lactancia: el virus se puede transmitir a través de la leche materna o a través del sangrado de los pezones de la madre.

De acuerdo a los mecanismos de transmisión expuestos anteriormente es que se desprenden una serie de medidas a tomar para prevenir la transmisión vertical:

- Tratamiento antirretroviral (TARV): La administración del TARV durante la gestación permite alcanzar valores de carga viral indetectables los que no solo disminuye considerablemente la probabilidad de la transmisión del virus sino que también preserva la salud de la madre. Es necesario iniciar el TARV sin esperar la confirmación de la infección por VIH, ya que su inicio precoz es una medida fundamental para evitar la transmisión al niño y si el resultado definitivo es negativo, se suspenderá.
- En una mujer embarazada reactiva para VIH se practicará preferentemente una cesárea para minimizar el contacto del niño/a con fluidos y sangre materna.
- Debe recomendarse la suspensión de la lactancia materna y orientar hacia otras opciones de alimentación adecuadas para el recién nacido.
- Se debe promover el uso del preservativo durante el embarazo y la lactancia ⁽⁴⁾.

Bibliografía:

1) *Guía de Atención a la Salud de hombres que tienen sexo con hombres y trans femeninas. Págs. 47-66. Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mndial para el SIDA, Área de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA, Programa de Salud de los varones. ITS. Prevención. Algoritmo diagnóstico. Uruguay, 2012.*

2) *Estudio de seroprevalencia de VIH/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. MSP. JND. UNODC. ONUSIDA. UNFPA. Uruguay, 2013.*

3) *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Págs. 23-28. Integración de la atención de las ITS/ITR en salud reproductiva. OMS - Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. 2005*

4) *Guía Clínica para la eliminación de la transmisión vertical del VIH. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, DPES, Área de Salud Sexual y reproductiva, Programa Nacional ITS-VIH/SIDA. Págs. 27 a 59. Uruguay, 2013.*

ANEXO 3

Pruebas a utilizar en el Algoritmo rápido (ver Ordenanza Ministerial 367/14 para uso de pruebas rápidas en serie).

Tener en cuenta que esto no modifica la habilitación que ya poseen las pruebas rápidas para su uso en tamizaje. En caso de tamizaje puede usarse cualquiera de las registradas y habilitadas en el MSP

EVALUACION DE DESEMPEÑO Y PRUEBAS VALIDADAS PARA PR 1 Y PR2

Las pruebas rápidas para utilizar en el “ALGORITMO EN BASE A PRUEBAS RÁPIDAS”, hasta la próxima actualización, son:

INTEC EN PRIMER LUGAR STANDARD DIAGNOSTICS EN SEGUNDO LUGAR

Las pruebas rápidas habilitadas para su uso en serie en el diagnóstico de VIH son aquellas que cumplen con los requisitos de las pruebas de tamizaje y que además han sido validadas a través de una EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO realizada en el Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

A partir de la evaluación de desempeño de las PR se determina cuáles son las combinaciones de las mismas que cumplen con los valores predictivos positivos requeridos para su uso en el diagnóstico.

El orden secuencial en el que se deben usar este par de pruebas rápidas está determinado por los resultados de la evaluación de desempeño de las mismas.

La primer evaluación de desempeño realizada en nuestro país se realizó en el año 2013 y fue financiada por UGPFM y el DLSP, dentro del marco del proyecto: “*Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/SIDA de las poblaciones más vulnerables en Uruguay*”.

Para esta evaluación se estudiaron las siguientes marcas comerciales:

Nombre de la prueba	Abreviatura	Fabricante/ Representante	Material	Metodología
Determine HIV 1/2 Ag/Ab Combo	Determine	AlereTM (BIOERIX)	Sangre total, suero y plasma	Imunocromatografía
Advanced Quality Rapid anti-HIV (1&2)	Intec	In Tec Products, Inc (MEDILAND S.A.)	Sangre total, suero y plasma	Imunocromatografía
SD HIV-1/2 3.0	SD	Standard Diagnostics, Inc (TRESUL S.A.)	Sangre total, suero y plasma	Imunocromatografía

3.1. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE TRES PRUEBAS RAPIDAS

Criterios eliminatorios y clasificatorios para la evaluación.

Parámetro	Criterio
Especificidad clínica	Eliminatorio: < 99,0%
Sensibilidad clínica	Eliminatorio: < 99,5%
Sensibilidad contra el panel de subtipos	Clasificadorio: % total de muestras detectadas
Sensibilidad contra paneles de seroconversión	Clasificadorio: % de muestras positivas detectadas
Desempeño operacional del ensayo	Eliminatorio: Desempeño “satisfactorio” (4 puntos de 5 posibles)

3.2. PRUEBAS VALIDADAS PARA PR1 Y PR2

De la observación del comportamiento de las pruebas rápidas en los algoritmos, aquellos basados en Intec y SD son de fácil resolución y lectura. Estas pruebas no presentaron falsos positivos para sangre entera, lo que nos permite asegurar que estamos frente a la presencia de un algoritmo robusto.

Además, el uso de SD en segundo lugar permite en caso de resultado REACTIVO, sospechar si hay o no infección por VIH-2, por lo que, esta PR está ubicada en segundo lugar en el algoritmo.

Por la evaluación de desempeño realizada, se incorpora para uso a nivel nacional en los servicios de atención de salud, al algoritmo diagnóstico en base a pruebas rápidas secuenciales, constituido por **INTEC EN PRIMER LUGAR Y SD EN SEGUNDO LUGAR PARA SANGRE ENTERA.**

El anexo 3 será revisado y actualizado cada dos años, en base a la evaluación de desempeño de aquellas pruebas rápidas para VIH disponibles en nuestro país, presentadas voluntariamente por las empresas representantes, con el fin de actualizar los algoritmos diagnósticos cumpliendo con requisitos establecidos, y que permitan avanzar hacia el diagnóstico y tratamiento precoz.



Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/SIDA de las poblaciones más vulnerables en Uruguay.

