



Guía para la
detección,
orientación
y referencia
del VIH y otras ITS
en centros para la atención
de adicciones

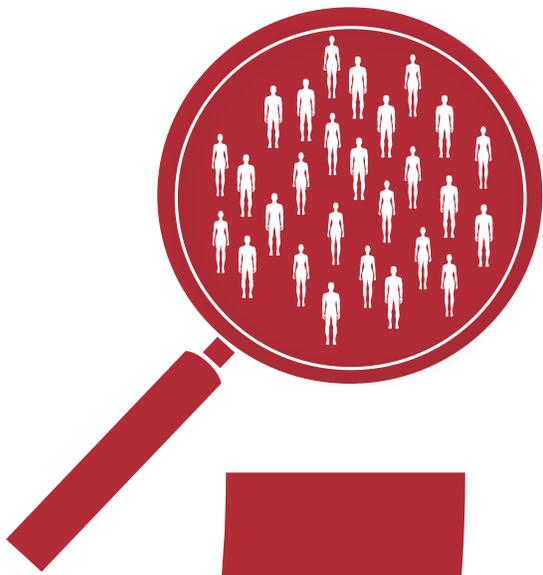


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



CENSIDA
CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA



Guía para la
detección,
orientación
y referencia
del **VIH** y otras **ITS**
en centros para la atención
de **adicciones**

CRÉDITOS

Esta obra fue elaborada y coordinada por:

Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental (UEC-INPRFM)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

FINANCIAMIENTO

Fue financiada para su elaboración por:

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida)

(Convenio: Proy2da-2017-0014)

Adicionalmente contó con un financiamiento parcial e indirecto para los objetivos relacionados con el levantamiento de datos por:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

(Convenio: 262500)

AGRADECIMIENTOS

Los autores extienden un agradecimiento especial por su valiosa participación en las actividades de la recolección de datos en campo a: Mtra. Fabiola Santa Cruz Sánchez, Psic. MaryJose Camacho Velázquez, Psic. Dánika Moreno Hernández, Psic. Ericka Iglecias Ruiz, Psic. Yuri Diana Ramírez Carmona, Psic. Erika Citlalli López Vilchis, Psic. Alejandro Reyes Castañeda, Psic. Gabriela Galindo Chávez, Psic. Daniela Regalado Parra

Guía para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS en centros para la atención de adicciones

Primera edición, 2019. México, CDMX.

ISBN: en trámite

e-ISBN: en trámite

Diseño editorial: Elizabeth Cuevas, InDiCo S.A. de C.V.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Calzada México Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, Ciudad de México, C.P. 14370

<http://inprf.gob.mx>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida)

Av. Marina Nacional No. 60, Colonia Tacuba, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410

<https://www.gob.mx/censida>

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento, siempre y cuando se cite la fuente correspondiente

Citar como:

Marín-Navarrete, R., Magis-Rodríguez, C., Medina-Mora, M.E. & Uribe-Zúñiga, P.E. (2019). Guía para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS. México: INPRFM, Censida.

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico



Investigadores principales:

Dr. Rodrigo Marín Navarrete

Dr. Carlos Magis Rodríguez

Dra. María Elena Medina-Mora Icaza

Dra. Patricia Estela Uribe Zúñiga

Grupo de trabajo de la UEC-IMPRFM

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Mtro. Luis Villalobos Gallegos

Mtra. Diana Garcidueñas Gallegos

Mtra. Ana Karen Ambríz Figueróa

Psic. Ángel Álvarez Román

Mtro. Ricardo Sánchez Domínguez

Mtro. Alejandro Pérez López

Mtro. Aldebarán Toledo Fernández

Dr. Rodrigo Gómez Martínez

Grupo de trabajo del Censida

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida

Dra. Adriana Villafuerte García

Dra. Ana Karen Ruiz Herrera

Mtra. Liliana Marisol Ponce Ramos

Lic. Anette Morales Carcaño

Prólogo

La epidemia del VIH sigue constituyendo un problema de salud pública en México y uno de los principales desafíos es la expansión del diagnóstico. En el país sólo 65% de las personas con VIH conoce su estado serológico, por lo que incrementar los servicios de detección de VIH y otras ITS es una prioridad nacional, pues contribuye a disminuir la transmisión del virus en la población.

Actualmente, la evidencia disponible refleja que la transmisión de infecciones como el VIH, la hepatitis B y C, así como la sífilis, es significativamente mayor entre las personas que consumen sustancias de abuso, en comparación a las personas que no las consumen.

Asimismo, los servicios dedicados al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias no están suficientemente integrados con los que atienden a personas con VIH y otras ITS, de tal manera que las personas que consumen drogas enfrentan barreras de acceso a los servicios de atención en salud, lo que provoca la pérdida de oportunidades para realizar la detección de VIH, sífilis, hepatitis B o C, así como para el inicio de tratamiento oportuno.

La Organización Mundial de la Salud recomienda, como estrategia para romper con las barreras de acceso a tratamiento, la implementación de programas y servicios para la detección y referencia del VIH y otras ITS en entornos clínicos, como los centros de tratamiento para las adicciones. De esta forma, coadyuvar en la vinculación de las personas afectadas a tratamientos especializados además de integrarlos a otros servicios de salud.

En este sentido, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, desarrollaron esta “Guía para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS en centros para la atención de adicciones” la cual constituye una valiosa herramienta para el personal de salud que labora en unidades ambulatorias y/o residenciales de tratamiento para las adicciones de ámbitos públicos o privados, con la finalidad de ampliar la detección y promover servicios integrales que respondan a las necesidades de las personas, en un marco de respeto a los derechos humanos, así como un estilo de vida saludable.

Dra. Patricia Estela Uribe Zúñiga

Directora General

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida

Contenido

Pág.		
VIII	i. Abreviaturas	46
IX	ii. Glosario de términos	46
XII	iii. Resumen ejecutivo	47
XIII	iv. Alcance y objetivos	47
14	1. Antecedentes	47
14	1.1. Epidemiología del VIH y otras ITS	47
14	1.2. Grupos en situación de vulnerabilidad y poblaciones clave	47
19	1.3. TCS y su relación con el VIH y otras ITS	47
22	1.4. ¿Por qué una guía para centros de tratamiento para las adicciones en México?	47
24	2. Aspectos básicos del VIH y otras ITS	48
24	2.1. VIH/Sida	48
29	2.2. Virus de la hepatitis B	48
32	2.3. Virus de la hepatitis C	48
37	2.4. Sífilis	48
40	3. Metodología y desarrollo de la guía	48
40	3.1. Integración del equipo de trabajo	48
40	3.2. Revisión de la literatura científica	48
40	3.3. Estudio de factibilidad	48
41	3.4. Integración de la versión final de la guía	48
42	4. Recomendaciones basadas en evidencia científica para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS	48
43	4.1. Principios de la orientación y aplicación de pruebas rápidas	48
44	4.2. Sobre los/las orientadores/as	48
44	4.3. Sobre las personas que consumen drogas	48
45	4.4. Sobre el proceso de orientación y aplicación de pruebas rápidas	48
46	4.5. Sobre los resultados y la referencia a servicios de salud	48
46	4.6. Resultado no reactivo	48
47	4.7. Resultado inválido	48
47	4.8. Resultado reactivo	48
47	4.9. Re-testing	48
48	5. Orientación psicológica en la aplicación de pruebas rápidas para la detección del VIH y otras ITS	48
48	5.1. Características de la orientación psicológica	48
49	5.2. Características del/la orientador/a	48
49	5.3. Recomendaciones generales	48
50	6. Modelo OPB-APR	48
50	6.1. Pasos de la OPB-APR	48
51	6.2. Descripción de las actividades de la OPB-APR	48
59	7. Ejemplos de diálogos para la OPB-APR	48
77	8. Referencias	48
82	9. Apéndices	48
83	9.1. Cuestionario de conductas de riesgo	48
86	9.2. Limpieza de manos	48
87	9.3. Limpieza de manos con gel	48
88	9.4. Colocación de guantes	48
89	9.5. Descripción del material	48
90	9.6. Toma de muestra	48

i.

Abreviaturas

ADN. Ácido Desoxirribonucleico.

ALT. Alanina Aminotransferasa.

ARN. Ácido Ribonucleico.

CENSida. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida.

ELISA. Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay (Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas).

HBsAg. Antígeno de superficie de la Hepatitis B.

HSH. Hombres que tienen Sexo con Hombres.

ITS. Infecciones de Transmisión Sexual.

OPB-APR. Orientación Psicológica Breve con Aplicación de Pruebas Rápidas.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PrEP. Profilaxis previa a la exposición.

PVVIH. Personas que viven con VIH.

RPBI. Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

Sida. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TP. Treponema Pallidum.

TCS. Trastorno por Consumo de Sustancias.

VHB. Virus de la Hepatitis B.

VHC. Virus de la Hepatitis C.

VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ii.

Glosario de términos

Conducta de riesgo. Se refiere a toda práctica sexual sin condón o barrera mecánica, independientemente de la orientación sexual de la persona, en la que existe la posibilidad de exposición a fluidos potencialmente infectantes.

ELISA. Son las siglas de Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay, (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas). Es una técnica de laboratorio que identifica antígenos y anticuerpos del virus mediante un anticuerpo enlazado a una enzima.

Especificidad de la prueba. Está definida como el porcentaje de individuos no infectados que son identificados como no reactivos por la prueba.

Estado serológico. Estado en el cual una persona tiene o no tiene anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (una prueba serológica). Por ejemplo, VIH-seropositivo significa que una persona tiene anticuerpos detectables contra el VIH; VIH-seronegativo significa que una persona no tiene anticuerpos detectables contra el VIH.

Fibrosis hepática. Acumulación de tejido cicatrizado, resultado de la inflamación del hígado y muerte de células hepáticas. Su estadio final es la cirrosis hepática.

Hepatitis. Inflamación del hígado, generalmente por una infección vírica. Las infecciones más comunes de esta clase

son hepatitis A, B y C. Los síntomas de hepatitis, si llegan a presentarse, puede incluir fatiga, inapetencia, náuseas, vómito e ictericia. La hepatitis puede causar lesión, insuficiencia o cáncer de hígado.

Ictericia. Coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de la concentración de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos.

Infecciones de transmisión sexual (ITS). Enfermedad infecciosa que se propaga de una persona a otra a través de las prácticas sexuales (vaginales, anales u orales) sin protección. Pueden ser causadas por bacterias, parásitos y virus.

Linfocitos T CD4. Tipo de células del sistema inmunitario que se encargan de activar al sistema inmune. El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir los linfocitos CD4.

Orientación psicológica. Es un proceso interactivo, entre el/la usuario/a y el/la orientador/a, que busca informar, orientar y desarrollar estrategias de prevención específicas para cada usuario/a. La orientación psicológica pre-test debe proveer información acerca de la prueba y de las implicaciones de los resultados. La orientación psicológica post-test deberá ofrecer información acerca de las conductas sexuales seguras y la reducción de los riesgos que son relevantes para cada persona y desarrollar un plan para tomar medidas específicas para reducir dichos riesgos. La



orientación post-test es fundamental para garantizar la vinculación a los servicios de tratamiento especializado en los casos que resultan reactivos y/o positivos.

Periodo de ventana. Es el periodo comprendido entre el momento de contraer el VIH, o haber tenido un riesgo alto de exposición, hasta que el cuerpo produce suficientes anticuerpos contra ese virus, los cuales puedan detectarse con una prueba de anticuerpos. Durante este periodo, una persona puede arrojar un resultado no reactivo en la prueba de anticuerpos a pesar de tener el virus. El tiempo de duración del periodo de ventana está determinado por la respuesta inmune de cada individuo. De tal forma que las pruebas disponibles pueden identificar la infección por VIH entre 2 y 12 semanas posteriores a la exposición.

Personas con alto riesgo de contraer o transmitir alguna ITS. Son las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales también; las personas que intercambian sexo por dinero o drogas; las parejas sexuales de personas infectadas por alguna ITS; personas cuyas parejas han tenido otras parejas sexuales; hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y mujeres transexuales que tienen sexo con hombres.

Pruebas suplementarias. Son las pruebas que coadyuvan al diagnóstico de VIH y confirman la presencia del virus en la sangre; estas incluyen metodologías como Western Blot, Enzimoimmunoensayo (ELISA), reacción en cadena de la polimerasa (PCR), análisis de amplificación de ácidos nucleicos (NAT), entre otras.

Prueba serológica. Análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos contra un microorganismo. Permite determinar si una persona ha estado expuesta a un microorganismo particular.

Pruebas rápidas. Se refiere al tipo de pruebas de antígenos/anticuerpos empleadas para el tamizaje y/o detección de la infección causada por un virus o bacteria en la sangre, suero, plasma y/o saliva en menos de 30 minutos, entre las que se incluyen: aglutinación inmunofiltración e inmunocromatografía.

Sensibilidad de la prueba. Está definida como el porcentaje de individuos infectados que son identificados como positivos por la prueba.

Sexo protegido. Relación sexual en la que se utiliza algún método de barrera como el condón masculino o femenino, cuadros de látex, dedos, entre otros. La función de los métodos de barrera es evitar el contacto directo con los fluidos sexuales.

Sexo seguro. Prácticas eróticas sexuales en las que se evita la penetración y la exposición a fluidos potencialmente infectantes, como besos, caricias, abrazos, masturbación, verbalización de fantasías.

Sida. Enfermedad del sistema inmunitario causada por la infección por el VIH. Este virus destruye los linfocitos T CD4 del sistema inmunitario y deja el cuerpo vulnerable a varias infecciones y clases de cáncer potencialmente mortales. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) es la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Para que se emita un diagnóstico de Sida, una persona con el VIH debe tener una afección característica del Sida (p. ej. enfermedades oportunistas) o un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm³.

Sífilis. Enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se transmite típicamente por contacto directo con una úlcera causada por sífilis, por lo general durante las relaciones sexuales por vía vaginal u

oral. También puede transmitirse durante el embarazo. Las úlceras de la sífilis se presentan sobre todo en los órganos genitales, el ano y el recto, pero también en los labios y la boca. Las úlceras genitales (chancros) causadas por la sífilis aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Situaciones de riesgo de transmisión de ITS. Aquellas condiciones en las cuales existen posibilidades de exposición a fluidos potencialmente infectantes (sangre, semen, líquido preeyaculatorio, líquido vaginal, leche materna y saliva).

VIH. Es un retrovirus que tiene dos tipos: VIH-1 y VIH-2. Ambos se transmiten por contacto directo con los líquidos corporales, tales como sangre y/o sus componentes, por transfusión, uso compartido de material punzocortante, trasplante o heridas causadas por exposición accidental; semen, fluidos vaginales, líquido preeyaculatorio o secreciones genitales a través de relaciones sexuales con penetración vaginal, anal y relaciones orales sin protección; de una mujer VIH-positiva al producto durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Puede diagnosticarse antes de que se desarrollen los síntomas. Puede detectarse mediante pruebas fiables, económicas y no invasivas. Las personas infectadas tienen años de vida si el tratamiento se inicia temprano, antes de que se desarrollen los síntomas. Una persona que vive con VIH puede verse sana, pero si tiene prácticas sexuales desprotegidas puede infectar a otras personas.

Western Blot. Es una técnica utilizada para identificar proteínas específicas, además de ser el estándar de oro para la confirmación del diagnóstico del VIH.

iii.

Resumen ejecutivo

En el mundo, cerca de 34 millones de personas viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), más de 250 millones tienen virus de la hepatitis B (VHB), 71 millones padecen del virus de la hepatitis C (VHC) y aproximadamente se presentan 12 millones de infecciones nuevas de sífilis cada año. En México, se estima que cerca de 200 mil personas viven con VIH/Sida, lo cual representa el .24% de la población. De igual forma se estima una prevalencia de VHB entre .16% y .33%, para VHC del 1.4% con una incidencia anual aproximada 19 mil 300 casos, y para la sífilis una prevalencia de 1.53%.

Como en muchas partes del mundo, la epidemia del VIH y otros virus como el VHB, VHC y sífilis se concentran mayormente en poblaciones clave como: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), personas privadas de la libertad y otros entornos de reclusión, trabajadores del sexo, personas transgénero, y personas que consumen drogas de abuso (en particular personas que consumen drogas inyectables).

El consumo de drogas de abuso representa un eje transversal para cualquier población clave, ya que no es mutuamente excluyente. Esto debido al riesgo específico de transmisión de ITS y virus transmitidos por sangre en personas que se inyectan drogas al intercambiar utensilios de inyección con sangre contaminada. Y en los consumidores de “drogas no inyectables” el riesgo específico se asocia a conductas sexuales de riesgo como: sexo sin protección, sexo en estado de intoxicación, intercambio de sexo por drogas, entre otras.

En México, al igual que en otros países de Latinoamérica, la capacidad del Estado para responder a los problemas de salud mental y adicciones es limitada. De igual forma existe una brecha entre los programas públicos para la atención de los problemas de salud mental, adicciones, VIH y otras ITS, lo que genera una complicada navegación de los pacientes por el sistema de salud y limita la oferta de tratamientos integrales.

Con este antecedente la presente guía presenta recomendaciones basadas en evidencia científica integradas en el Modelo OPB-APR, que refiere a un modelo de procedimientos estandarizados para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS en centros de tratamiento para las adicciones en México. El Modelo OPB-APR está dirigido primordialmente al personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) que laboran en unidades ambulatorias y/o residenciales de tratamiento para las adicciones del ámbito público o privado.

Finalmente, el propósito de esta guía responde a un esfuerzo para: a) cerrar la brecha entre los programas públicos, b) incrementar la detección de personas con VIH, VHB, VHC y sífilis en el país, y c) implementar una estrategia de reducción del daño en esta población vulnerable.

iv.

Alcance y objetivos

Objetivos

Presentar una guía basada en evidencia científica con procedimientos estandarizados para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS en centros de atención para las adicciones.

Proponer una herramienta para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS que coadyuve a la práctica clínica de los profesionales del campo de las adicciones.

¿A quién está dirigida esta guía?

Esta guía está dirigida primordialmente al personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) que laboran en unidades ambulatorias y/o residenciales de tratamiento para las adicciones del ámbito público o privado. Adicionalmente puede coadyuvar a directivos y tomadores de decisiones para la implementación de programas para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS.

Descripción general de la guía

Empleando una metodología de trabajo colaborativo entre expertos del campo de las adicciones y del VIH, se integraron 9 apartados para el desarrollo de la presente guía, mismos que se describen a continuación: el apartado 1 presenta la situación epidemiológica del VIH y otras ITS en México

y en el mundo, asimismo presenta la evidencia científica sobre la relación entre los TCS, el VIH y otras ITS. En el apartado 2 se presentan aspectos básicos de los virus (VIH, VHB, VHC y sífilis), su diagnóstico y tratamiento. Los apartados 3, 4 y 5 describen la metodología que se siguió para la integración de la guía, las recomendaciones basadas en evidencia científica para la detección, orientación y referencia, además de los aspectos básicos de la orientación psicológica estandarizada para la aplicación de las pruebas rápidas. Los apartados 6 y 7 presentan paso a paso el Modelo OPB-APR y ejemplos de diálogos de la orientación psicológica estandarizada para la devolución de resultados. Finalmente, en los apartados 8 y 9 se presentan las referencias y los apéndices que contienen: el cuestionario de conductas de riesgo, procedimientos gráficos para la limpieza de manos (con agua y con gel), colocación de guantes, descripción del material, y toma de muestras.

1. Antecedentes

1.1. Epidemiología del VIH y otras ITS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) en el mundo se reportan diariamente más de un millón de casos por infección de transmisión sexual (ITS), siendo sífilis, gonorrea, clamidia, varios tipos de hepatitis (tipo B; VHB o tipo C; VHC) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) las más prevalentes. Según estimaciones recientes sobre ITS, en el mundo, cerca de 34 millones de personas viven con VIH, más de 250 millones tienen VHB, 71 millones padecen VHC y aproximadamente se presentan 12 millones de infecciones nuevas de sífilis cada año (OMS, 2016; Lavanchy & Kein, 2016).

La Carga Global de Enfermedad estimó que los años de vida ajustados (DALYs) fueron 81.5 millones para el VIH/Sida, 4.6 millones por VHB y en general 10.9 millones para ITS, excluyendo VIH y VHB. Lo anterior implica un incremento en la carga global de enfermedad a nivel mundial del 350% para VIH y del 62.5% para el VHB, en comparación con la medición realizada en 1990 (Murray et al., 2012).

Respecto a la epidemiología de las ITS en México, se estima que cerca de 200 mil personas viven con VIH/Sida, lo cual representa el .24% de la población. Con respecto al VHC los estudios reportan una prevalencia del 1.4% con una incidencia anual aproximada 19 mil 300 casos. Del VHB, se estima que la prevalencia en nuestro país

se encuentra entre .16% y .33%. Y para la sífilis se ha encontrado una prevalencia de 1.53% (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [Censida], 2014; Fundación Mexicana para la Salud Hepática [FundHepa], 2011).

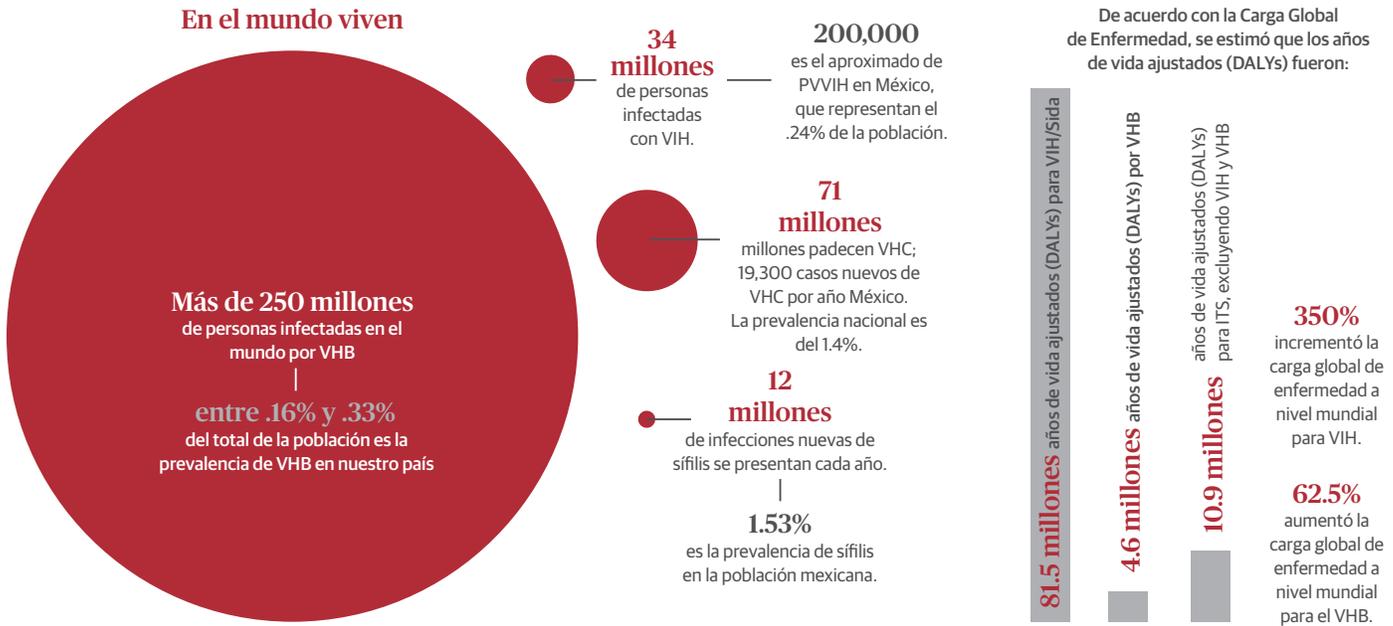
1.2. Grupos en situación de vulnerabilidad y poblaciones clave

Según la Organización Mundial de la Salud, los grupos en situación de vulnerabilidad son grupos de personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH en determinadas situaciones o contextos, como los adolescentes, huérfanos, niños de la calle y/o en situación de calle, personas con discapacidad, migrantes, trabajadores móviles (WHO, 2014), mujeres y población indígena (CENSida, 2014). Sin embargo, es importante señalar que acorde con la literatura especializada, estos grupos vulnerables no se ven afectados por el VIH de manera homogénea en todos los países, ni en todos los entornos (WHO, 2014).

En relación con las poblaciones clave, éstas se definen como grupos específicos que, debido a comportamientos de alto riesgo, tienen mayor probabilidad de infección por el VIH y otras ITS, independientemente del tipo de epidemia o del contexto local. Asimismo, es frecuente que presenten problemas psicosociales que incrementan su vulnerabilidad (WHO, 2014).

Epidemiología del VIH y otras ITS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el mundo se reportan diariamente más de un millón de casos por infección de transmisión sexual, siendo sífilis, gonorrea, clamidia, varios tipos de hepatitis (VHB y VHC) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) las más prevalentes.



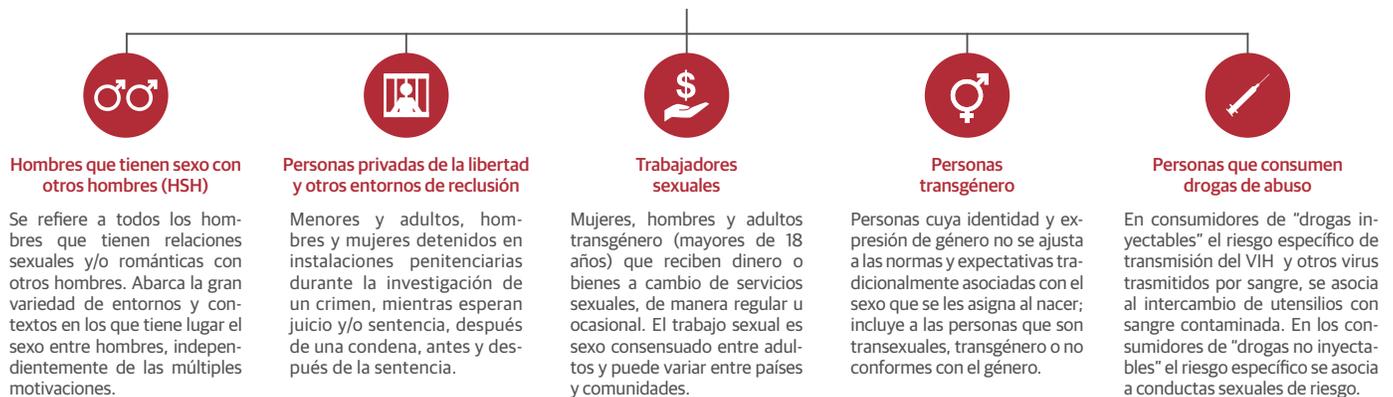
Grupos en situación de vulnerabilidad

Son grupos de personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH en determinadas situaciones o contextos y no se ven afectados de manera homogénea en todos los países y en todos los entornos.



Poblaciones clave

Son grupos específicos que, debido a comportamientos de alto riesgo, tienen mayor probabilidad de infección por el VIH y otras ITS, independientemente del tipo de epidemia o del contexto local. Asimismo, es frecuente que presenten problemas psicosociales que incrementan su vulnerabilidad.



Las poblaciones clave se identifican en cinco grupos:

- ▶ Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
- ▶ Personas privadas de la libertad y otros entornos de reclusión.
- ▶ Trabajadores sexuales.
- ▶ Personas transgénero.
- ▶ Personas que consumen drogas de abuso.

Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Se refiere a todos los hombres que tienen relaciones sexuales y/o románticas con otros hombres. Las palabras “hombres” y “sexo” se interpretan de manera diferente en diversas culturas y sociedades y por los individuos involucrados. Por lo tanto, el término abarca la gran variedad de entornos y contextos en los que tiene lugar el sexo entre hombres, independientemente de las múltiples motivaciones para participar en el sexo, identidades sexuales y de género autodeterminadas, y diversas identificaciones con cualquier comunidad o grupo social en particular.

Personas privadas de la libertad y en otros entornos de reclusión. Hay muchos términos diferentes que se usan para denotar lugares de detención, que retienen a personas que están esperando juicio, que han sido condenados o que están sujetos a otras condiciones de seguridad. De manera similar, se usan diferentes términos para aquellos que están detenidos. En este documento, el término “cárceles y otros entornos de reclusión” se refiere a todos los lugares de detención dentro de un país, y los términos “presos” y “detenidos” se refiere a todos los detenidos en instalaciones penitenciarias, incluidos adultos y menores, hombres y mujeres durante la investigación de un crimen, mientras esperan juicio y/o sentencia, después de una condena, antes de la sentencia y después de la sentencia.

Este término no incluye formalmente a las personas detenidas por motivos relacionados con la inmigración, la condición de refugiado, detención sin cargos y los conde-

nados a tratamiento obligatorio y en centros de tratamiento residencial. No obstante, la mayoría de las consideraciones en estas pautas también se aplican a estas personas.

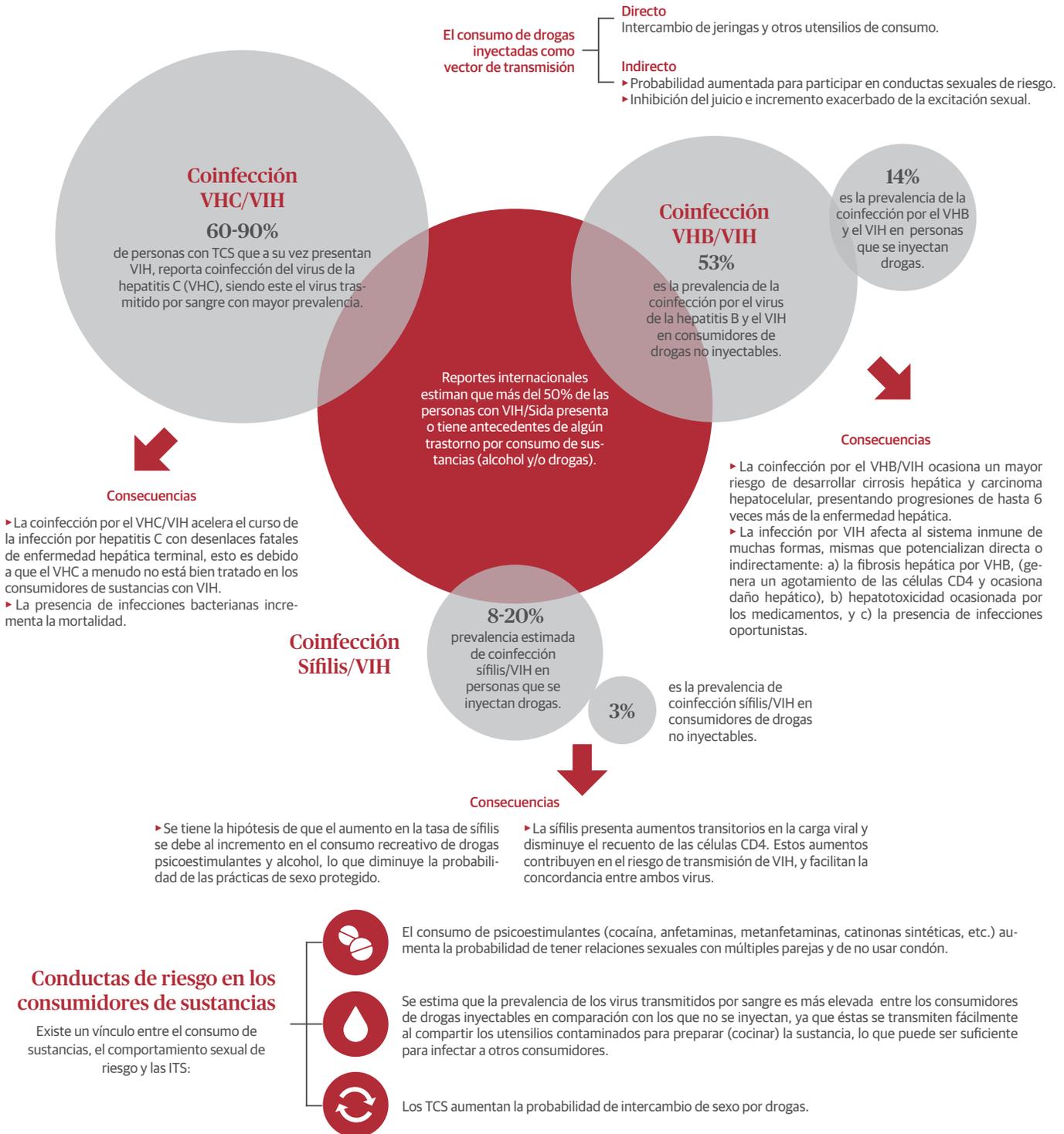
Trabajadores sexuales. Estos incluyen mujeres, hombres y adultos transgénero (mayores de 18 años) que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de manera regular u ocasional. El trabajo sexual es sexo consensuado entre adultos, puede tomar muchas formas y varía entre países y comunidades y dentro de ellos. El trabajo sexual también varía en la medida en que es más o menos “formal” u organizado.

Personas transgénero. Es un término general para las personas cuya identidad y expresión de género no se ajusta a las normas y expectativas tradicionalmente asociadas con el sexo que se les asigna al nacer; incluye a las personas que son transexuales, transgénero o no conformes con el género. Las personas transgénero pueden autoidentificarse como transgénero, mujer, hombre, mujer trans, hombre trans, trans-sexual o, en culturas específicas, como hijra (India), kathoey (Tailandia), waria (Indonesia), entre muchas otras identidades transgénero. Pueden expresar sus géneros en una variedad de formas masculinas, femeninas y/o andróginas. La alta vulnerabilidad y las necesidades específicas de salud de las personas transgénero requieren un estatus distinto e independiente en la respuesta global al VIH.

Personas que consumen drogas de abuso. Las personas que consumen drogas de abuso (alcohol, marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, inhalables, etc.) a través de cualquier vía de administración, como la oral (tragado, inhalado, fumado), transmucosa (sublingual, rectal, intranasal), transdérmica y endovenosa/intramuscular/subcutánea (inyectado). A pesar de la variedad de sustancias, formas de consumo y vías de administración, el riesgo de infección de VIH, así como de otras ITS en consumidores

TCS y su relación con el VIH y otras ITS

El consumo de sustancias de abuso en personas que viven con VIH se asocia en general a conductas de riesgo para la salud, inmunosupresión, pobre adherencia al tratamiento antirretroviral, y al incremento de la carga y costos de la atención médica.



Barreras para la atención de las ITS en consumidores de sustancias

Entre los consumidores de sustancias existen barreras que limitan la búsqueda de ayuda, lo que impacta negativamente en la detección, diagnóstico y tratamiento como:

-  La falta de conocimiento sobre las comorbilidades médicas y su impacto en la salud.
-  Dificultades de acceso a los servicios de salud especializados.
-  Percepciones erróneas sobre las ITS y su tratamiento.
-  Ausencia de síntomas.
-  Situación laboral (subempleo/desempleo).
-  Vivienda inestable (personas en situación de calle, etc.).
-  Estigma social.

► El VIH, al igual que otras ITS, afecta desproporcionadamente a personas con recursos económicos limitados que generalmente carecen de seguridad social o pólizas de seguro para gastos médicos, situación que afecta directamente la atención oportuna y facilita la evolución de la infección.

► Otra barrera es la desvinculación de los programas para la atención de los TCS y OTP de los programas para la atención del VIH y otras ITS. La ausencia de algoritmos eficaces de referencia y contrarreferencia dificultan y complejizan la navegación del paciente en los servicios de salud.

El consumo de alcohol y drogas de abuso, representa un eje transversal en prácticamente todos los grupos en situación de vulnerabilidad y poblaciones clave.

Detección precoz e iniciación del tratamiento de las ITS en consumidores de sustancias

La detección temprana es una de las estrategias preventivas más importantes, ya que se estima que un gran porcentaje de las transmisiones de los virus ocurren a través de personas que desconocen su estado serológico. De ahí que la evidencia científica reporta que:

-  Las personas disminuyen el comportamiento sexual de riesgo una vez que se les dice que tienen un estado serológico positivo.
-  Una vez que las personas ingresan a tratamiento reducen la probabilidad de transmitir el virus a otros.

La detección temprana sugiere que es muy recomendable realizar pruebas rápidas para ITS porque:

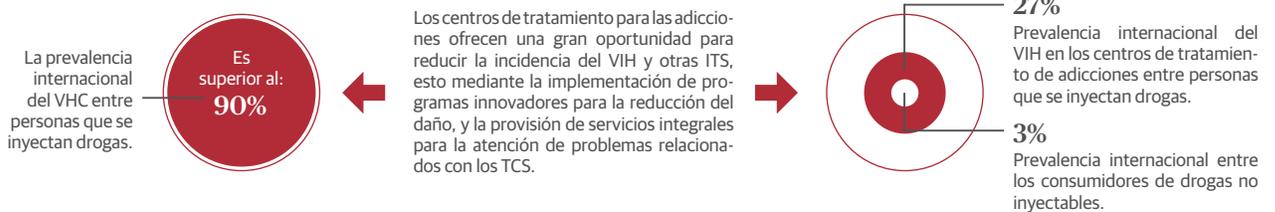
-  Son altamente aceptadas por los pacientes.
-  Reducen la brecha entre la transmisión del virus y el inicio de tratamiento.

↓
Poseen un nivel de eficacia diagnóstica superior al



VIH y otras ITS en centros de tratamiento de adicciones

La integración estandarizada de las pruebas rápidas para la detección del VIH y otras ITS en el tratamiento de los TCS es una herramienta esencial de prevención.



Los pacientes con TCS presentan elevadas prevalencias de comorbilidad psiquiátrica.



Esta coexistencia incrementa el comportamiento sexual de riesgo y de consumo peligroso, ambos asociados con un elevado riesgo de transmisión del VIH y otras ITS.

Las ITS en personas con TCS plantean un reto al sistema de salud pública en México, ya que existe una brecha entre:



los servicios públicos de tratamiento para ITS y los ofrecidos para la atención de los TCS

de “drogas no inyectables” es significativamente menor en comparación con las personas que se inyectan drogas. Esto es debido a que el riesgo específico de transmisión del VIH y otros virus transmitidos por sangre en las personas que se inyectan drogas se asocia predominantemente al intercambio de utensilios de inyección con sangre contaminada a diferencia de los consumidores de “drogas no inyectables”, cuyo riesgo específico se asocia a conductas sexuales de riesgo como: sexo sin protección, sexo en estado de intoxicación, e intercambio de sexo por drogas, entre otras.

Muchos son los avances que la literatura científica reporta respecto a grupos en situación de vulnerabilidad y poblaciones clave; sin embargo, la relación de estos grupos con el consumo de sustancias de abuso sigue siendo una importante preocupación debido al elevado riesgo de transmisión del VIH y de otras ITS (Scheinmann et al., 2007).

1.3. TCS y su relación con el VIH y otras ITS

Reportes internacionales de investigación estiman que más del 50% de las personas que vive con VIH/Sida presenta antecedentes de algún trastorno por consumo de sustancias (alcohol y/o drogas) (Rabkin, McElhiney, & Ferrando, 2004). El consumo de sustancias de abuso en personas que viven con VIH/Sida se asocia en general a conductas de riesgo para la salud, inmunosupresión, pobre adherencia al tratamiento antirretroviral, y al incremento de la carga y costos de la atención médica (Chander, Himelhoch, & Moore, 2006). Los consumidores de sustancias de abuso presentan mayor morbimortalidad, sin importar el margen de edad, además de que el consumo de drogas inyectadas representa un vector de transmisión directo (intercambio de jeringas y otros utensilios de consumo) e indirectos (probabilidad aumentada para ejercer conductas sexuales de riesgo, inhibición del juicio acertivo e incremento exacerbado de la excitación sexual) (Klinkenberg & Sacks, 2004).

El virus transmitido por sangre con mayor prevalencia en personas con TCS que a su vez presentan VIH, es el virus de la hepatitis C (VHC), ya que se estima que entre el 60-90% reporta coinfección. Al respecto, existe evidencia de que la coinfección por el VHC/VIH acelera el curso de la infección por hepatitis C con desenlaces fatales de enfermedad hepática terminal (Altice, Kamarulzaman, Soriano, Schechter, & Friedland, 2010), esto es debido a que el VHC a menudo no está bien tratado en los consumidores de sustancias con VIH (Scott et al., 2009). Adicionalmente, la presencia de infecciones bacterianas oportunistas incrementa la mortalidad (Altice et al., 2010).

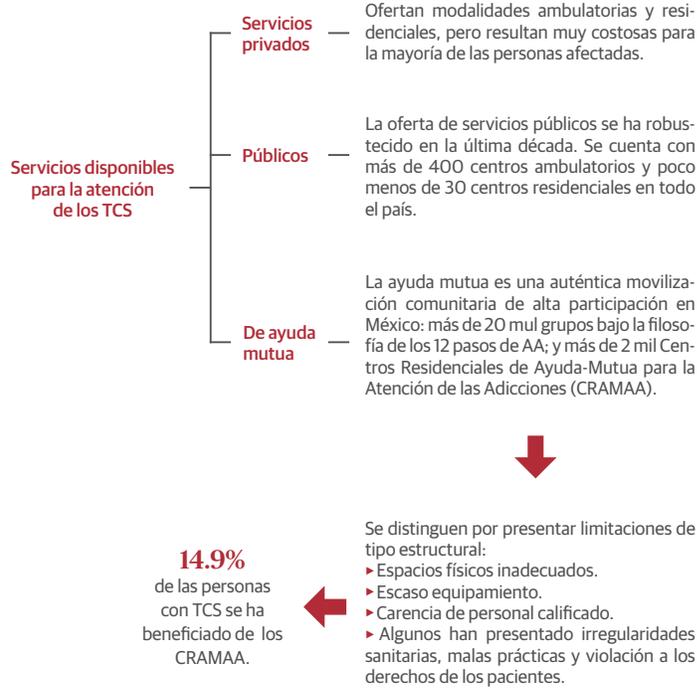
Estudios han reportado que la prevalencia de la coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB) y el VIH es aproximadamente del 14% en personas que se inyectan drogas y 53% en consumidores de drogas no inyectables (Thio et al., 2002). Al igual que con otras enfermedades, la coinfección por el VHB/VIH es común, es lo que ocasiona un mayor riesgo de desarrollar cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular, presentando progresiones de la enfermedad hepática de hasta seis veces más (Sulkowski, Thomas, Chaisson, & Moore, 2000). La infección por VIH afecta al sistema inmune de muchas formas, mismas que potencializan directa o indirectamente: a) la fibrosis hepática por VHB, (que genera un agotamiento de las células CD4 y ocasiona daño hepático), b) hepatotoxicidad, ocasionada por los medicamentos, y c) la presencia de infecciones oportunistas (Benhamou et al., 1999; Sulkowski et al., 2000).

La sífilis es otra ITS de relevancia en las PVVIH. Se estima que su prevalencia oscila entre el 8 y el 20% en personas que consumen drogas inyectables y alrededor del 3% en personas que consumen drogas no inyectables (Rhodes, et al., 2006). Dado que la sífilis primaria funge como un facilitador tanto de la transmisión como de la adquisición del VIH, esta se convierte en una preocupación en la expansión de la epidemia del VIH en las poblaciones clave. Se hipotetiza que el aumento en la tasa de sífilis se debe al au-

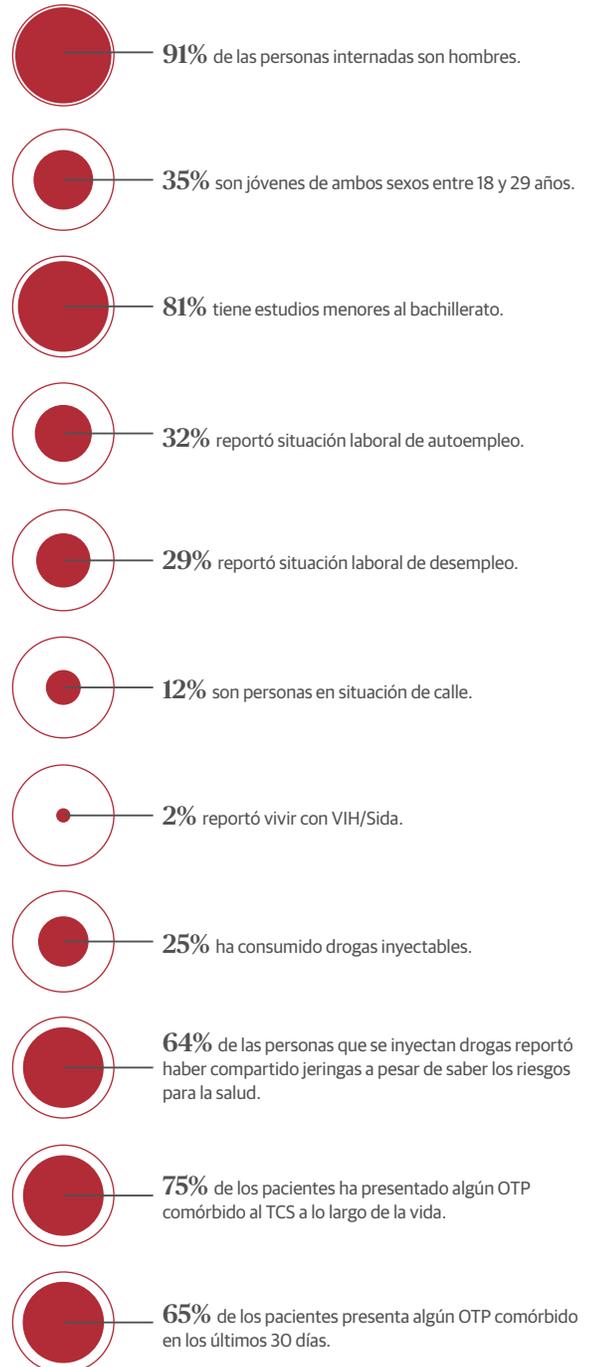


Cobertura para el tratamiento de las adicciones en México

En México, al igual que en otros países de Latinoamérica, la capacidad del Estado para responder a los problemas de salud es limitada.

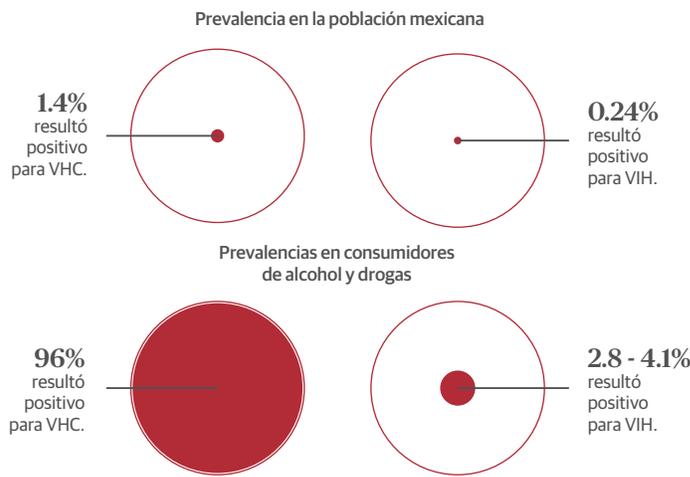


En relación al perfil de los pacientes que reciben atención residencial en los CRAMAA, se sabe que:



Estudios sobre TCS, VIH y otras ITS en México

Con los indicadores epidemiológicos se infiere que en México, como en el resto del mundo, las personas que consumen alcohol y drogas presentan riesgo aumentado, lo que incrementa la vulnerabilidad para el VIH y otras ITS.



mento en el consumo recreativo de drogas psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, catinonas sintéticas, etc.) y alcohol, lo que disminuye la probabilidad de las prácticas de sexo protegido (uso de condón), ya sea oral, anal y vaginal (Wong, Chaw, Kent, & Klausner, 2005; Marcus, et al., 2006).

Al igual que otros padecimientos infecciosos, la sífilis presenta aumentos transitorios en la carga viral y disminuye el recuento de las células CD4. Estos aumentos favorecen el riesgo de transmisión de VIH, y facilitan la concurrencia entre ambos virus (Quinn, et al., 2000).

Conductas de riesgo en los consumidores de sustancias. Existe un vínculo entre el consumo de sustancias, el comportamiento sexual de riesgo y las ITS. Por ejemplo, el consumo de psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, catinonas sintéticas, etc.) aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales con múltiples parejas y de no usar condón (Barta et al., 2008; Brown & Venable, 2007). Asimismo, se estima que la prevalencia de los virus transmitidos por sangre es más elevada entre las personas que se inyectan drogas en comparación con las que no se inyectan, ya que éstas se transmiten fácilmente al compartir los utensilios contaminados para preparar (cocinar) la sustancia, lo que puede ser suficiente para infectar a otros consumidores (Strathdee et al., 2008). Finalmente, se sabe que los TCS aumentan la probabilidad de intercambio de sexo por drogas (Deiss et al., 2012).

Barreras para la atención de las ITS en consumidores de sustancias. Entre los consumidores de sustancias hay barreras que limitan la búsqueda de ayuda, lo que impacta en la detección, diagnóstico y tratamiento. Al respecto, la literatura especializada identifica como barreras: a) la falta de conocimiento sobre las comorbilidades médicas y su impacto en la salud, b) percepciones erróneas sobre las ITS y su tratamiento, c) ausencia de síntomas, d) situación

laboral (autoempleo/desempleo), e) vivienda inestable (personas en situación de calle, etc.), f) estigma social y g) dificultades para acceder a los servicios de salud especializados (Grebely & Tyndall, 2011; Treloar, Newland, Rance, & Hopwood, 2010). Con relación al acceso, se sabe que el VIH afecta desproporcionadamente a las personas con recursos económicos limitados, que generalmente carecen de seguridad social o pólizas de seguro para gastos médicos, situación que afecta directamente la atención oportuna y facilita la evolución de la infección. Otra barrera estructural en los sistemas de salud, frecuentemente, es la desvinculación entre los programas para la atención de los TCS y de OTP de los programas para la atención del VIH/Sida y otras ITS. De ahí que la ausencia de algoritmos eficaces de referencia y contrarreferencia dificulta y complejiza la navegación del paciente en los servicios de salud.

Detección precoz e iniciación del tratamiento de las ITS en consumidores de sustancias. La detección temprana de las ITS es una de las estrategias preventivas más importantes, ya que se estima que un gran porcentaje de la transmisión de los virus ocurre a través de personas que desconocen su estado serológico (Hall, Holtgrave, & Maulsby, 2012). También se sabe que las personas disminuyen el comportamiento sexual de riesgo una vez que se les dice que tienen un estado serológico positivo (Marks, Crepaz, Senterfitt, & Janssen, 2005). Además, existe evidencia que sustenta que una vez que las personas ingresan a tratamiento reducen la probabilidad de transmitir el virus a otros. (Cohen & Gay, 2010).

Finalmente, los beneficios de la detección temprana con pruebas rápidas sugieren que éstas son altamente recomendables ya que: a) presentan un nivel de eficacia diagnóstica superior al 95% (Kyle et al., 2015), b) son altamente aceptadas por los pacientes (Schackman et al., 2013), y c) reducen la brecha entre la transmisión del virus y el inicio de tratamiento (Laber et al., 2015).

VIH y otras ITS en centros de tratamiento de adicciones. Estudios realizados en centros de tratamiento para las adicciones reportan que la prevalencia del VIH en consumidores de drogas no inyectables es aproximadamente del 3%, en comparación del 27% en personas que se inyectan drogas (Lehman, Allen, Green, & Onorato, 1994). Asimismo, los estudios informan que la prevalencia del VHC entre las personas que se inyectan drogas es superior al 50% (Aceijas & Rhodes, 2007). Esta información es particularmente importante en vista de que el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas después de la exposición al VHC es más alto entre los que consumen sustancias en comparación de los que no consumen (Piasecki et al., 2004; Poustchi et al., 2011). Este riesgo aumentado también se observa en personas con OTP, al presentar diez veces más riesgo en comparación con la población general (Rosenberg et al., 2001).

La integración estandarizada de las pruebas rápidas para la detección del VIH y otras ITS en el tratamiento de los TCS es una herramienta esencial de prevención. En este sentido, la literatura reporta avances en servicios de tratamiento ambulatorio para los TCS; no obstante, se requiere documentar más sobre el alcance de la implementación de pruebas rápidas para el VIH y otras ITS en servicios comunitarios para la atención de los TCS (Pollack, D'Aunno, & Lamar, 2006). En este sentido los centros de tratamiento para las adicciones ofrecen una gran oportunidad para reducir la incidencia del VIH y otras ITS, esto mediante la implementación de programas innovadores para la reducción del daño, y la provisión de servicios integrales para la atención de problemas relacionados con los TCS.

1.4. ¿Por qué una guía para centros de tratamiento para las adicciones?

Cobertura para el tratamiento de las adicciones en México. En México, al igual que en otros países de Lati-

noamérica, la capacidad del Estado para responder a los problemas de salud es limitada (WHO, 2009; Marín-Navarrete, Medina-Mora, Pérez-López & Horigian, 2018), situación que se hace más evidente cuando se trata de servicios para la atención de la salud mental y las adicciones. En México, la cobertura ofertada por el sistema de salud para la atención de las adicciones se integra por servicios privados, públicos y de ayuda mutua (Marín-Navarrete & Medina-Mora, 2015; Marín-Navarrete, Medina-Mora & Tena-Suck, 2016). En general, los servicios privados ofertan modalidades de tipo ambulatorio y residencial que son muy costosos para la mayoría de las personas afectadas. La oferta de servicios públicos se ha ido robusteciendo en la última década, ya que cuenta con más de 400 centros ambulatorios y poco menos de 30 centros residenciales. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Estado por generar una mayor cobertura de servicios públicos, sigue existiendo una limitada oferta para personas con gravedad de la adicción, que requieren hospitalización y/o atención residencial (Marín-Navarrete & Medina-Mora, 2015; Marín-Navarrete, Medina-Mora & Tena-Suck, 2016). Esta situación ha generado una movilización comunitaria que dio origen a más de 2 mil centros residenciales para la atención de personas con TCS, que en su gran mayoría emplean una adaptación del modelo de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (CONADIC, CENADIC, CICAD & OEA, 2011). Es importante señalar que el modelo residencial ofrecido por los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA) es de comunidad terapéutica con base en la ayuda entre pares, con una duración promedio de 3 meses que pueden extenderse o repetirse según el criterio de los responsables de los centros. (Marín-Navarrete et al., 2013; Lozano-Verduzco et al., 2016; Pagano et al., 2016).

Con relación al perfil de las personas que reciben atención residencial en los CRAMAA, se sabe que: a) el 91% de las personas internadas son hombres, b) el 35% son jó-

venes de ambos sexos entre 18 y 29 años, c) el 81% tiene estudios menores al bachillerato, d) más de la mitad de los encuestados reportó una situación laboral inestable (32%, autoempleo y 29%, desempleo), d) 12% son personas en situación de calle, e) el 2% reportó vivir con VIH/Sida, f) el 25% ha consumido drogas inyectables y el 64% reportó haber compartido jeringas a pesar de saber los riesgos para la salud (CONADIC, CENADIC, CICAD & OEA, 2011). Adicionalmente, se conoce que al menos el 75% ha presentado algún OTP coocurrente al TCS a lo largo de la vida y el 65%, aproximadamente en los últimos 30 días. (Marín-Navarrete et al., 2013; Marín-Navarrete et al., 2016).

Reportes oficiales informan que el 14.9% de las personas con TCS en México se ha beneficiado de esta alternativa de rehabilitación comunitaria (SSA, 2012); no obstante, los CRAMAA se distinguen por presentar limitaciones de tipo estructural (espacios físicos inadecuados, escaso equipamiento y carencia de personal calificado) (Marín-Navarrete et al., 2013).

Asimismo, algunos CRAMAA también han presentado múltiples irregularidades sanitarias, malas prácticas y violación a los derechos de los pacientes (Marín-Navarrete et al., 2013; Lozano-Verduzco et al., 2016), situación que ha motivado a las autoridades sanitarias a establecer mecanismos de regulación, acreditación y certificación de centros y de consejeros en adicciones (Personal técnico) (SSA, 2014).

Estudios sobre TCS, VIH y otras ITS en México. La evidencia señala que la prevalencia de VIH en la población mexicana es del 0.2%; sin embargo, las prevalencias en consumidores de alcohol y drogas se incrementan significativamente: entre el 2.8 al 4.1% en personas que se inyectan drogas (Magís-Rodríguez et al., 2005; White, et al., 2007), y 3.7% en consumidores de drogas no inyectables (Deiss et al., 2012). Asimismo, estudios realizados en centros de tratamiento ambulatorio para la atención de las adicciones en México informan que la prevalencia para VIH es del 1.6%,

pero para VHB y VHC son superiores (5.7% y 4.1%, respectivamente) (Campollo et al., 2012).

En relación con la prevalencia de VHC, se estima un 2% en población general, pero en personas que se inyectan drogas los estudios reportan prevalencias hasta de un 96% (White, et al., 2007).

Adicionalmente, otros estudios señalan la importancia de conocer y monitorear las prevalencias de personas privadas de la libertad, ya que estas pueden oscilar para VIH entre .6% y 6.7%, para VHB entre 4.4% y 20% y para VHC entre 10% y 40% (Alvarado-Esquivel, Sablon, Martínez-García, & Estrada-Martínez, 2005; Campollo et al., 2012).

Con estos indicadores epidemiológicos se infiere que en México, como en el resto del mundo, las personas que consumen alcohol y drogas presentan riesgo aumentado, lo que incrementa la vulnerabilidad para el VIH y otras ITS.

Las ITS en personas con TCS representan un reto al sistema de salud pública en México, ya que, a pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha para investigar y abordar esta población clave, existe una brecha entre los servicios públicos de tratamiento para el VIH y otras ITS y los ofertados para la atención de los TCS, a pesar de que en México se cuenta con cobertura universal para la atención del VIH y otras ITS. Asimismo como ya se mencionó, los pacientes con TCS presentan elevadas prevalencias de comorbilidad psiquiátrica, y está demostrado que la coexistencia entre TCS y OTP incrementa significativamente el comportamiento sexual de riesgo y de consumo peligroso, ambos asociados directamente a un riesgo elevado de transmisión del VIH y otras ITS (Marín-Navarrete et al., 2016).

Desde esta perspectiva, el consumo de alcohol y drogas de abuso, representa un eje transversal en prácticamente todos los grupos en situación de vulnerabilidad y poblaciones clave, ya que tanto el consumo de sustancias como los TCS los pueden presentar adolescentes, mujeres embarazadas, HSH, trabajadores sexuales, personas en situación de calle, personas transgénero, etc.



2.

Aspectos básicos del VIH y otras ITS

2.1. VIH/Sida

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente que puede causar (sin el abordaje adecuado) el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), el cual tiene un tiempo promedio de aparición de 10 años después de la infección, en caso de que no se trate oportunamente.

El signo distintivo de la enfermedad del VIH es la infección y la replicación viral dentro de las células CD4, las cuales expresan un antígeno cuya función es activar al sistema inmunitario y darle alerta de la presencia de patógenos o de replications erróneas de células humanas.

Los defectos en la capacidad de respuesta del antígeno CD4 y la disminución progresiva en el recuento de células CD4, aumentan el riesgo de infecciones oportunistas como la neumonía, neoplasias, infecciones en vías respiratorias, influenza, entre otras. La infección por VIH también puede llegar a causar meningitis, neuropatía periférica y demencia (Simmons, 2014).

La fase del Sida, caracterizada por inmunodeficiencia progresiva e infecciones oportunistas, conlleva a una condición crónica que, sin tratamiento, resulta mortal. La terapia antirretroviral y la profilaxis contra las infecciones oportunistas han mejorado notablemente el pronóstico general de la enfermedad por VIH (Simmons, 2014).

Etapas de la infección

Transmisión viral: la infección por el VIH se puede adquirir al tener una puerta de entrada al organismo, como una lesión o una mucosa, y estar en contacto con fluidos potencialmente infecciosos, como el líquido vaginal, el líquido preeyaculatorio, el semen, en las relaciones sexuales de tipo anal, vaginal u oral; la exposición a sangre contaminada, a través del intercambio de agujas y objetos punzocortantes o, inusualmente, por transfusión de productos sanguíneos contaminados, y por transmisión vertical.

El riesgo de transmisión aumenta con el número de encuentros y cuando la fuente de infección tiene mayores niveles plasmáticos de ARN (Ácido Ribonucleico) del VIH (Gray et al., 2001). Las prácticas sexuales con mayor riesgo de transmisión incluyen coito anal receptivo no protegido (especialmente con desgarro de la mucosa), coito vaginal receptivo no protegido (especialmente durante la menstruación) y relaciones sexuales rectales/vaginales sin protección (especialmente en presencia de úlceras genitales).

La terapia antirretroviral reduce el riesgo de transmisión del VIH en más del 90% (Cohen et al., 2011). El modo de transmisión no afecta a la historia natural de la enfermedad por VIH, aunque los pacientes con uso activo o pasado de drogas inyectables pueden haber acortado la supervivencia debido a complicaciones comórbidas (May et al., 2007).

Infección aguda (primaria) del VIH: La etapa aguda del VIH ocurre de 1 a 4 semanas posteriores a la transmisión y es acompañada por una replicación viral masiva que provoca una disminución en el recuento de células CD4. La mayoría de las personas en esta etapa manifiestan un síndrome caracterizado por fiebre, cefalea, cansancio, inflamación de las amígdalas o nariz tapada, que a menudo se pasa por alto y se puede confundir con mononucleosis infecciosas. La infección aguda por VIH se confirma mediante la demostración de un alto ARN del VIH o con una prueba de anticuerpos y/o antígenos contra el VIH.

Seroconversión: El desarrollo de una prueba positiva de anticuerpos contra el VIH generalmente ocurre dentro de las 4 semanas de infección aguda e invariablemente (con pocas excepciones) a los 6 meses.

Infección asintomática de VIH: El VIH asintomático dura un periodo de tiempo variable que va de 8 a 10 años y se acompaña de una disminución gradual del recuento de células CD4 y un nivel relativamente estable de ARN del VIH.

Infección sintomática temprana de VIH: Esta se caracteriza por candidiasis (persistente, frecuente o poco sensible al tratamiento), herpes zoster (episodios recurrentes o que implican dermatomas múltiples), leucoplasia oral, neuropatía periférica, diarrea o síntomas constitucionales (por ejemplo, pérdida de peso).

Expresión del Síndrome de Inmunodeficiencia

Adquirida (Sida): Se define por un recuento de células CD4 menor a $200/\text{mm}^3$, lo que equivale a un porcentaje menor al 14% de las células CD4 totales. Asimismo, hay casos que, independientemente de la cuantificación, las células CD4 presentan una o más enfermedades definitivas de Sida como: neumonía por pneumocystis jirovecii (carinii), meningitis criptocócica, neumonía bacteriana

recurrente, esofagitis por candida, toxoplasmosis, tuberculosis y linfoma no hodgkiniano. Otros indicadores del Sida incluyen: candidiasis en los bronquios, tráquea o pulmones; coccidiomicosis diseminada/extrapulmonar, criptococosis o histoplasmosis; cryptosporidiosis crónica (>1 mes) o isosporiasis intestinal; sarcoma de kaposi; neumonía intersticial linfoide/hiperplasia linfoide pulmonar; infección micobacteriana (no tuberculosa) diseminada/extrapulmonar; leucoencefalopatía multifocal progresiva; septicemia recurrente de salmonella; y síndrome de desgaste.

Enfermedad del VIH avanzada: Corresponde con un recuento de células CD4 menor que $50/\text{mm}^3$. La mayoría de las muertes relacionadas con el Sida ocurren en esta etapa.

Diagnóstico

Para diagnosticar la infección se utilizan pruebas que examinan a los anticuerpos contra el VIH (p. ej. ELISA) y pruebas cuantitativas de ARN del VIH (p.ej. carga viral). La mayoría de los pacientes producen anticuerpos contra el VIH de 6 a 8 semanas después de la exposición, 50% tendrá un resultado positivo entre las 3 y 4 semanas, y casi el 100% tendrá anticuerpos detectables a los 6 meses.

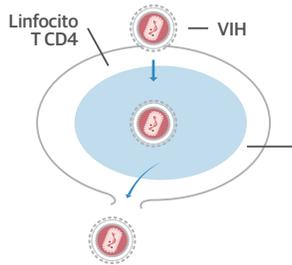
Las pruebas de ELISA para el VIH son cada vez más sensibles, especialmente con el uso del ensayo combinado de antígeno/anticuerpo. Sin embargo, todos los casos reactivos a las pruebas de tamizaje o detección (ya sea ELISA o pruebas rápidas) deben de confirmarse de forma rutinaria con pruebas suplementarias (Simmons, 2014).

Los ensayos de carga viral de VIH miden la cantidad de ARN del VIH en el plasma. La alta sensibilidad de estos ensayos permite la detección de virus en la mayoría de los pacientes que no reciben terapia antirretroviral. Estas pruebas se utilizan con mayor frecuencia para monitorear la respuesta a la terapia antirretroviral y para diagnosticar la infección aguda por VIH (Simmons, 2014).



VIH/Sida

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente que puede causar (sin el abordaje adecuado), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), el cual tiene un tiempo promedio de aparición de 10 años después de la infección, en caso de que no se implemente tratamiento.



El signo distintivo de la enfermedad del VIH es la infección y la replicación viral dentro de los linfocitos T CD4. Los linfocitos expresan un antígeno cuya función es activar al sistema inmunitario y darle alerta de la presencia de patógenos.

La infección por el VIH se puede adquirir al tener una puerta de entrada al organismo (lesión o una mucosa) y estar en contacto con fluidos infecciosos (sangre, líquido vaginal, líquido preeyaculatorio y semen).



Por relaciones sexuales (anal, vaginal y oral) sin barreras de protección.



Relaciones sexuales con exposición de sangre sin barreras de protección.



Transfusión de productos sanguíneos contaminados.



Intercambio de agujas y objetos punzocortantes por personas que se inyectan drogas.

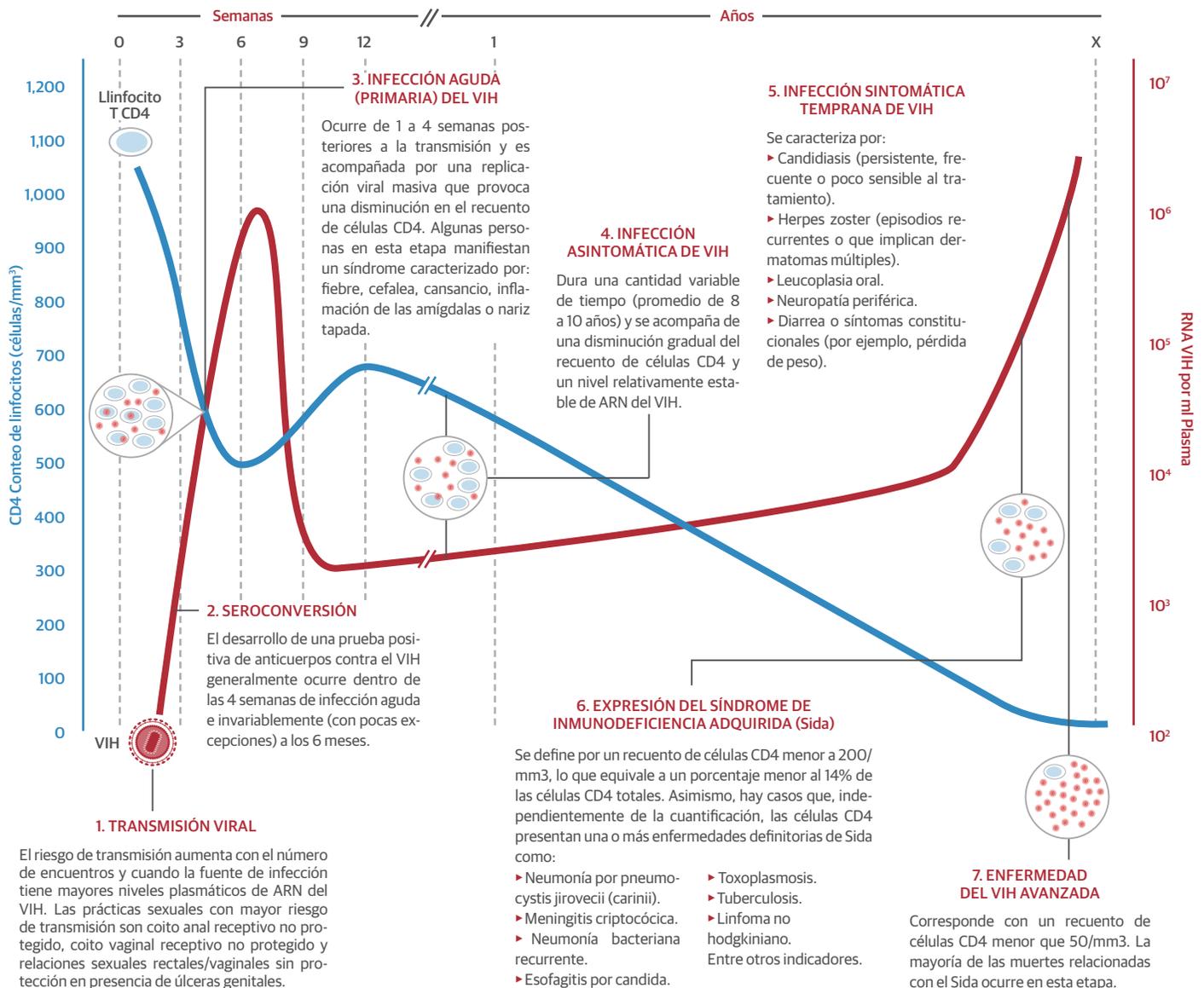


Trasplantes, donación de órganos.



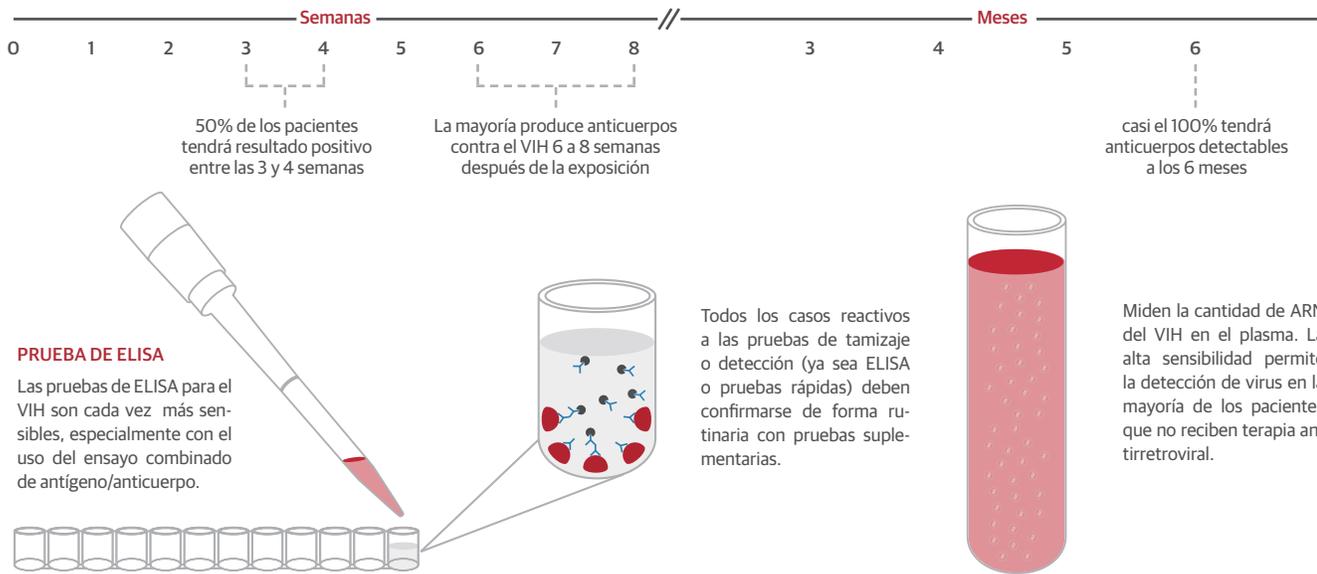
Transmisión vertical.

Etapas de la infección



Diagnóstico

Para diagnosticar la infección se utilizan pruebas que examinan los anticuerpos contra el VIH (p. ej. ELISA) y pruebas cuantitativas de ARN del VIH (p.ej. carga viral).



Tratamiento

La terapia antirretroviral ha conducido a reducciones dramáticas en la morbilidad relacionada con el VIH, en pacientes con inmunosupresión grave (CD4 <200 células/mm³).

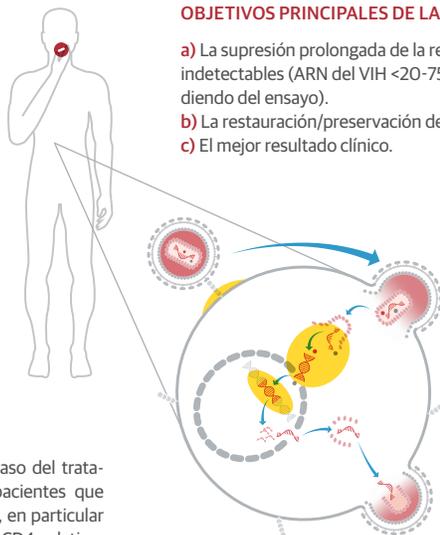
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Se recomienda el tratamiento de pacientes asintomáticos en todo el espectro de la enfermedad por VIH, ya que hay una creciente evidencia de que la terapia antirretroviral está asociada con la reducción de complicaciones relacionadas con el VIH y la reducción del riesgo de transmisión del VIH.

Los beneficios potenciales del inicio de la terapia antirretroviral con recuentos relativamente altos de células CD4 incluyen:

- ▶ La reducción del ARN del VIH.
- ▶ La prevención de la inmunodeficiencia.
- ▶ El retraso en el inicio del Sida.
- ▶ La reducción de la morbilidad no asociada al Sida (cardiovascular, hepática y neoplásica).

Se puede considerar el retraso del tratamiento antirretroviral en pacientes que no están listos o dispuestos, en particular aquellos con recuentos de CD4 relativamente conservados (> 350 células/mm³).



FACTORES QUE REDUCEN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN



Incluyen el uso del condón, la circuncisión masculina y el uso de antirretrovirales.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN



La abstinencia, la monogamia a largo plazo con una pareja seronegativa.



Un número limitado de parejas sexuales.



Uso del condón para cada acto sexual. Se recomienda para personas que tienen múltiples parejas, una pareja primaria infectada o cuyo estado serológico es desconocido.

LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN



Se refiere a brindar la terapia antirretroviral a los individuos no infectados de alto riesgo (HSH y usuarios/as de drogas inyectables) para evitar que adquieran la infección. Se ha demostrado que reduce 44% el riesgo de adquirir VIH.

Tratamiento

La terapia antirretroviral ha conducido a reducciones dramáticas en la morbilidad relacionada con el VIH, en pacientes con inmunosupresión grave (CD4 <200 células/mm³) (Hammer et al., 1997). Se recomienda el tratamiento en pacientes asintomáticos en todo el espectro de la enfermedad por VIH, ya que hay una creciente evidencia de que la terapia antirretroviral está asociada con la reducción de complicaciones relacionadas con el VIH y la reducción del riesgo de transmisión del VIH. Los beneficios potenciales del inicio de la terapia antirretroviral con recuentos relativamente altos de células CD4 incluyen la reducción del ARN del VIH, la prevención de la inmunodeficiencia, el retraso en el inicio del Sida y la reducción de la morbilidad no asociada al Sida (cardiovascular, hepática y neoplásica).

Los objetivos principales de la terapia son: a) la supresión prolongada de la replicación viral a niveles indetectables (ARN del VIH <20-75 copias/mL dependiendo del ensayo), b) la restauración/preservación de la función inmune y c) el mejor resultado clínico. Una vez iniciado el tratamiento antirretroviral se debe continuar indefinidamente, ya que el tratamiento intermitente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones relacionadas y no relacionadas con el VIH (Cohen et al., 2011). Se puede considerar el retraso del tratamiento antirretroviral en pacientes que no están listos o dispuestos a iniciar el tratamiento, en particular aquellos con recuentos de CD4 relativamente conservados (> 350 células/mm³). En estas personas no tratadas, la monitorización clínica y de laboratorio es esencial.

La profilaxis previa a la exposición (PrEP) se refiere a brindar la terapia antirretroviral a los individuos no infectados de alto riesgo para evitar que adquieran la infección. Se ha demostrado que la PrEP es eficaz, con una reducción del 44% en el riesgo de adquirir VIH en personas de alto riesgo, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y usuarios/as de drogas inyectables.

Los factores que reducen el riesgo de transmisión del VIH incluyen: el uso del condón, la circuncisión masculina y el uso de antirretrovirales (Weller & Davis-Beaty, 2002).

Entre las recomendaciones para la prevención de infección por VIH por transmisión sexual se incluyen: la abstinencia, la monogamia a largo plazo con una pareja seronegativa, un número limitado de parejas sexuales y el uso del condón para cada acto sexual. Se recomienda el uso de condones para las personas que tienen múltiples parejas, que tienen una pareja primaria infectada o cuyo estado serológico es desconocido (Weller, 1993).

2.2. Virus de la Hepatitis B

El VHB pertenece a la familia Hepadnaviridae. Los humanos y los primates superiores son los únicos reservorios del VHB con capacidad de infección. Dentro del VHB se distinguen ocho genotipos, designados con las letras de la A a la H. El VHB tiene forma de esfera con una cubierta lipoproteínica formada por diversas proteínas, entre las que predomina el antígeno de superficie o antígeno Australia: HbsAg (Fung & Lok, 2004).

Las vías de transmisión del VHB pueden ser: sexual, percutánea, perinatal, por transfusión sanguínea y por trasplante de órganos (Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis [ASSCAT], 2014). El VHB puede sobrevivir fuera del cuerpo humano por lo menos siete días.

En zonas de baja prevalencia, como Europa Occidental, muchos de los casos de VHB son adquiridos en la edad adulta temprana, periodo en el cual las conductas de riesgo son más comunes, por ejemplo: el uso de drogas inyectables y tener relaciones sexuales sin protección. En las zonas de alta prevalencia, como África, la transmisión ocurre principalmente durante el periodo perinatal (transmisión vertical) o en la infancia temprana (ASSCAT, 2014).

Etapas de infección

La hepatitis B crónica es una enfermedad dinámica que tiene variaciones en el tiempo, esto se debe a las interacciones que existen entre el virus y el sistema inmunológico de la persona infectada. En la infección crónica por VHB se pueden identificar 4 fases (ASSCAT, 2014):

Fase 1: Inmunotolerante. En esta fase de inmunotolerancia, la sangre contiene una proteína viral de la hepatitis B (HBeAg) y niveles elevados de ADN del VHB. No hay evi-

dencia de inflamación en el hígado, hay niveles normales de alanina aminotransferasa (ALT), la cual es una enzima que indica lesión de órganos. El avance de la enfermedad en esta fase es mínimo, pero la posibilidad de infectar a otras personas es muy alta.

Fase 2: Aclaramiento viral o inmunorreactiva. En esta fase la HBeAg persiste, el ADN del VHB y la ALT fluctúan. Tiene una duración variable, a menudo de varios años hasta la seroconversión de la HBeAg.

Fase 3: Portador inactivo. En esta fase, las personas infectadas se presentan como portadores inactivos del VHB. La ALT es normal y se presenta una inflamación mínima o nula del hígado.

Fase 4: Reactivación. Esta fase se caracteriza por el HBeAg negativo, hay una elevación de ALT, también se presentan niveles elevados de ADN del VHB y hay inflamación hepática.

Diagnóstico

Hay dos tipos de diagnóstico, el clínico y el microbiológico:

Diagnóstico clínico. Se presentan síntomas de astenia (debilidad o fatiga general), fiebre, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, orina y sangre con valores elevados de bilirrubina e ictericia (coloración de piel, amarilla). En el estado crónico los síntomas son intermitentes y varían entre dispepsia (trastorno de la digestión) e intolerancias alimentarias y cuadros de astenia relativamente prolongados.

Diagnóstico microbiológico. En este caso se consideran 2 pruebas de laboratorio: los marcadores serológicos (antígenos de superficie: HbsAg y anticuerpos anti-VHB) y las pruebas moleculares para la detección del ácido nucleico.

El HBsAg, antígeno de superficie o antígeno Australia, es un marcador muy precoz, puede ser detectable tanto en el periodo de incubación como en la fase aguda y el estado crónico. Aparece entre 3 y 6 semanas antes de que se presenten los síntomas. En caso de que haya una evolución favorable, desaparecerá a los 3 o 6 meses de la enfermedad. Si durante el transcurso del primer mes la concentración se mantiene o no hay una disminución significativa, se puede considerar una posible evolución a la cronicidad. Es por esto que si este marcador da reactivo después del sexto mes de la enfermedad, se considerará hepatitis B crónica (Thomas, Shiels, & Gabbay, 2014).

Tratamiento

No existe un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. Por lo tanto, la atención se enfoca en mantener el bienestar y equilibrio nutricional adecuado (OMS, 2016).

La infección crónica por el VHB puede tratarse con fármacos, específicamente agentes antivirales orales. Dicho tratamiento puede ralentizar el avance de la cirrosis, reducir la incidencia de cáncer de hígado y mejorar las condiciones de vida a largo plazo. En la mayoría de las personas, el tratamiento no cura la infección, sólo suprime la replicación del virus. Por lo tanto, es un tratamiento que dura toda la vida.

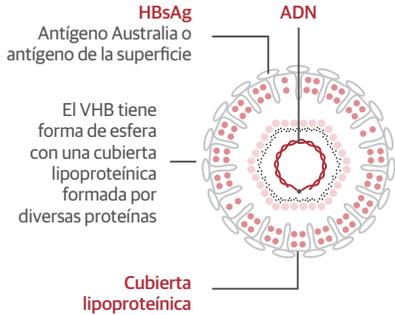
No hay un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. La infección crónica por el virus de la hepatitis B puede tratarse con medicamentos, en particular agentes antivirales orales. El tratamiento puede ralentizar el avance de la cirrosis, reducir la incidencia de cáncer de hígado y mejorar la supervivencia a largo plazo.

La profilaxis post-exposición. En caso de exposición al VHB, se sugiere la profilaxis post-exposición para las personas que no han sido vacunadas. Se recomienda la inmunización pasiva-activa. La primera dosis activa se debe

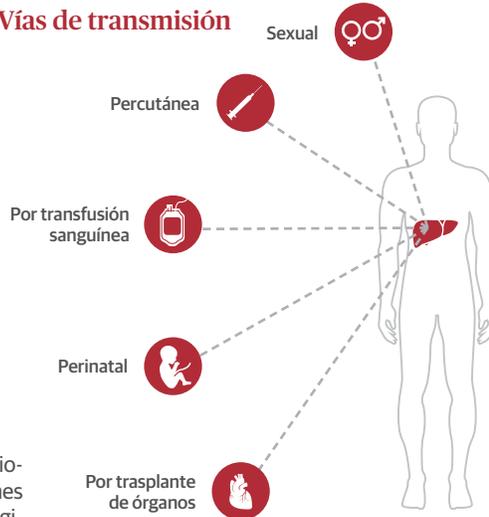
administrar tan pronto como sea posible, generalmente se considera 12 horas después de la exposición como el plazo máximo para que la profilaxis sea efectiva. Al mismo tiempo se debe administrar una dosis de inmunoglobulina VHB si se sabe que la fuente es positiva para HBsAg. Las otras dos dosis de la vacuna deben ser administradas de acuerdo con las pautas habituales (ASSCAT, 2014).

Virus de la Hepatitis B

El VHB pertenece a la familia Hepadnaviridae. Los humanos y los primates superiores son los únicos reservorios del VHB con capacidad de infección. Dentro del VHB se distinguen ocho genotipos, designados con las letras de la A a la H.



Vías de transmisión



Diagnóstico

Hay dos tipos :

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se presentan síntomas de:

- ▶ Astenia (debilidad o fatiga general).
- ▶ Náuseas, vómitos.
- ▶ Fiebre.
- ▶ Dolores musculares y articulares.
- ▶ Valores elevados de bilirrubina en orina y sangre.
- ▶ En el estado crónico los síntomas son intermitentes y varían entre dispepsia (trastorno de la digestión) e intolerancias alimentarias y cuadros de astenia relativamente prolongados.
- ▶ Ictericia (coloración amarilla de la piel).
- ▶ Coloración anormal de las eses fecales y la orina.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

En este caso se consideran 2 pruebas de laboratorio:

- ▶ Los marcadores serológicos (antígenos de superficie: HBsAg y anticuerpos anti-VHB).
- ▶ Las pruebas moleculares para la detección del ácido nucleico.

Etapas de infección

Es una enfermedad dinámica que tiene variaciones en el tiempo, esto se debe a las interacciones que existen entre el virus y el sistema inmunológico de la persona infectada. En la infección crónica se pueden identificar 4 fases:

FASE 1: INMUNOTOLERANTE

La sangre contiene una proteína viral de la hepatitis B (HBeAg) y niveles elevados de ADN del VHB. No hay evidencia de inflamación en el hígado, hay niveles normales de ALT.

FASE 2: ACLARAMIENTO VIRAL O INMUNO-REACTIVA

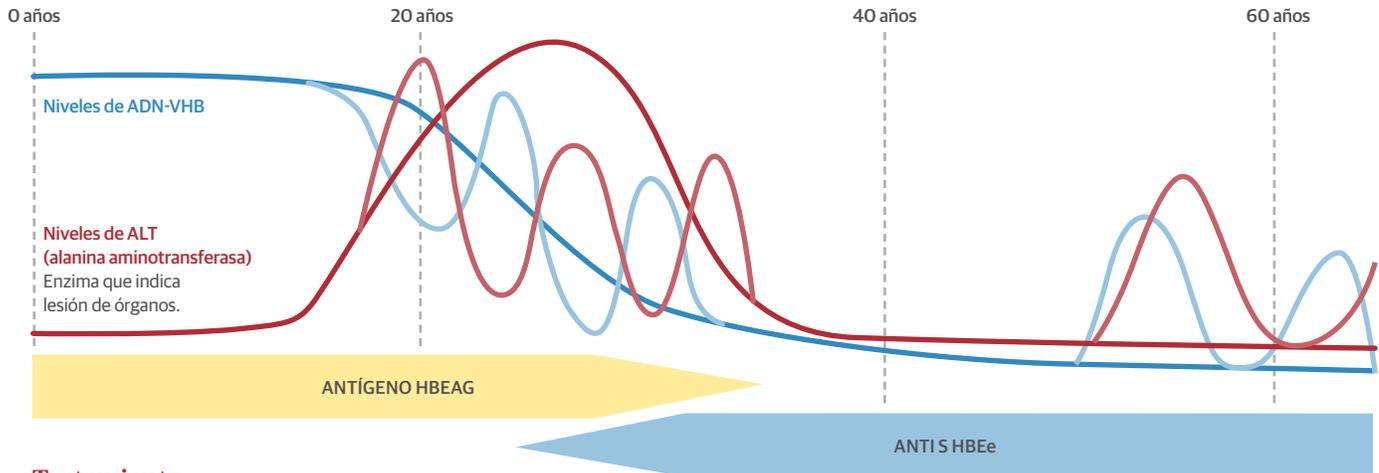
La HBeAg persiste, el ADN del VHB y la ALT fluctúan. Tiene una duración variable, a menudo de varios años hasta la seroconversión de la HBeAg.

FASE 3: PORTADOR INACTIVO

Las personas infectadas se presentan como portadores inactivos del VHB. La ALT es normal y se presenta una inflamación mínima o nula del hígado.

FASE 4: REACTIVACIÓN

Esta fase se caracteriza por el HBeAg negativo, hay una elevación de ALT, también se presentan niveles elevados de ADN del VHB y hay inflamación hepática.



Tratamiento

No existe un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda.



La atención se enfoca en mantener el bienestar y equilibrio nutricional adecuado (OMS, 2016).



Los agentes antivirales puede ralentizar el avance de la cirrosis, reducir la incidencia de cáncer de hígado.



En la mayoría de las personas, el tratamiento no cura la infección, sólo suprime la replicación del virus.



Profilaxis post-exposición.
En caso de exposición al VHB se sugiere para las personas que no han sido vacunadas.

2.3. Virus de la Hepatitis C

Estimaciones recientes, informan que más de 185 millones de personas en todo el mundo han sido infectadas con el virus de la hepatitis C (VHC), de los cuales 350 mil mueren cada año. La hepatitis C es una enfermedad viral que provoca la inflamación del hígado y, como consecuencia a la falta de tratamiento, se llega a desarrollar de fibrosis hepática, convirtiéndose en una de las principales causas de cirrosis (funcionamiento deficiente del hígado) y de carcinoma hepatocelular. Al igual que otros virus transmitidos por sangre como el VIH, la mayoría de las personas infectadas con el VHC desconoce su estado serológico ya que es frecuente que se presente de forma asintomática. Actualmente se sabe que el VHC se puede prevenir; sin embargo, muchos portadores del VHC desconocen cómo se infectaron y cómo tratarse (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015).

La investigación médica reporta que aspectos como negligencias médicas, prácticas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias inyectables favorecen la transmisión y propagación. Las estrategias para combatir esta enfermedad varían dependiendo las políticas de salud de cada país, y son los países desarrollados los que han logrado una disminución significativa en la incidencia; sin embargo, en estos países la vía de transmisión se concentra en personas que se inyectan drogas (16 millones) (OMS, 2016), mientras que en países en desarrollo se continúan reportando infecciones por procedimientos médicos con instrumentos infectados ya sea por falta de información, pocos recursos o poco interés, (Thomas et al., 2014).

Alrededor del 50% de los casos los síntomas remiten de forma espontánea en menos de 3 meses, y ocurre con mayor probabilidad en mujeres y jóvenes de ambos sexos. En el resto de los casos, probablemente evolucionará la infección; sin embargo, la mortalidad es muy baja (menor al

0.1%). La hepatitis C no conlleva un mayor índice de mortalidad global, pero existe el riesgo de morir por una enfermedad hepática. Por esta razón, es importante que pacientes con hepatitis C reciban tratamiento a la brevedad para que no desarrollen fibrosis hepática y la posterior evolución en cirrosis (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2013).

El mecanismo de transmisión del VHC se explica mediante el contacto de la sangre de una persona portadora del virus con la sangre de una persona no portadora. A través de los años el control sanitario de los procedimientos médicos ha mejorado significativamente en particular con los asociados con la esterilización del equipo médico, monitoreo de los bancos de sangre y órganos de trasplante. Sin embargo, aún existen reportes de casos de transmisión de VHC por estas vías (Thomas et al., 2014; OMS, 2016). En la actualidad, la forma más común de infección es por la práctica de compartir agujas y otros utensilios de consumo (cucharas, recipientes, algodones, y líquidos diluyentes) entre personas que se inyectan drogas. No obstante, el riesgo de transmisión entre consumidores de drogas no inyectables es factible al compartir utensilios contaminados para el consumo de drogas (pajillas, pipas, etc). El empleo de equipo contaminado en los procedimientos cosméticos como tatuajes y perforaciones en el cuerpo también representa una vía de transmisión del VHC (OMS, 2016). Existe cierta controversia respecto a si el VHC se puede diseminar por transmisión sexual, aunque son raros los casos en los que sucede por este medio. Ejercer prácticas sexuales de riesgo como: no uso de condón, relaciones con múltiples parejas, o tener una ITS como VIH puede aumentar el peligro de transmisión. Por último, la transmisión vertical como vía en la que el VHC se puede transmitir, se presenta sólo entre el 4% y 8% de los casos (OMS, 2016).

Etapas de infección

La evolución y sintomatología de la infección del VHC varían de un individuo a otro (Thomas et al., 2014). La fase

aguda comprende los primeros meses después de la infección. En esta fase, la mayoría de las personas no presenta síntomas, pero en los casos en que llegan a presentarse, es muy probable que se confundan con el diagnóstico de hepatitis A o B (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2013).

En esta fase existen variantes en la gravedad de la enfermedad, de leve, con pocos o ningún síntoma, a grave, donde es necesaria la hospitalización. Cuando se presentan los síntomas, estos pueden manifestarse de 2 a 6 meses después de contraer la infección. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, fatiga, picazón, falta de apetito, vómitos, náuseas, ascitis (hinchazón abdominal por líquido), orina turbia, heces de color arcilla o pálida y dolor en la parte superior derecha del abdomen, además de presentar el característico cambio de color amarillo de la piel (ictericia) (Kohli, Shaffer, Sherman, & Kottlilil, 2014).

La fase crónica, a menudo no muestra síntomas hasta que el hígado presenta cirrosis. Un alto porcentaje de sujetos con esta afección tiene graves problemas de salud a lo largo del tiempo (CDC, 2015). Para determinar la gravedad de la fibrosis hepática causada por VHC, se utiliza biopsia de tejido hepático como estándar de oro; el resultado se representa mediante el sistema de puntuación denominado METAVIR, que va de 0 (sin fibrosis) a 4 (cirrosis hepática) (Poynard, Bedossa, Opolon, 1997). Otro componente que es importante considerar en fibrosis hepática causada por del VHC es la progresión en el tiempo, que se categoriza por tres perfiles: lenta, intermedia y rápida. La progresión se explica por múltiples factores como: años de infección, infecciones, genotipo, consumo de alcohol y drogas. La evidencia científica demuestra que el consumo sostenido de alcohol y drogas por cualquier vía de administración, potencia la progresión y gravedad de fibrosis hepática, además de incrementar el riesgo de mortalidad independientemente de los años de infección (Poynard, Bedossa, Opolon, 1997).

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por VHC se basa en la detección de los anticuerpos anti-VHC y ARN-VHC. El anti-VHC se manifiesta en la octava semana después de la exposición al virus y el ARN-VHC se detecta entre la segunda y la octava semanas después de la exposición (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2013). La detección de anticuerpos antiVHC se realiza mediante una prueba serológica, la cual revela la infección. Si los anticuerpos anti-VHC son positivos, es necesario confirmar la infección crónica mediante una prueba que detecte el ARN del virus. Esto debido a que entre el 15% y el 45% de las personas infectadas por el VHC, elimina espontáneamente la infección mediante una respuesta inmunitaria intensa, sin necesidad de tratamiento y, aunque ya no estén infectadas, seguirán teniendo los anticuerpos anti-VHC positivos. En el caso de que sea diagnosticada una hepatitis C crónica, se deberá evaluar el grado de daño hepático (OMS, 2016).

Las guías clínicas internacionales recomiendan ampliamente el empleo de pruebas rápidas para la detección de la infección por VHC, en particular en poblaciones de alto riesgo como los consumidores de drogas de abuso y enfáticamente en personas que se las inyectan (OMS, 2016). Debido al impacto que el alcohol produce al hígado también es recomendable evaluar su consumo en las personas que resultan reactivas a la prueba rápida del VHC, ya que el consumo de alcohol y otras drogas de abuso acelera el proceso de fibrosis hepática (OMS, 2016).

Tratamiento

El tratamiento de las personas con la infección por VHC se hizo posible varias décadas después a su descubrimiento en 1989. El primer tratamiento para el VHC se basó en interferón y ribavirina, con la finalidad de modular la respuesta inmune contra células hepáticas infectadas con VHC; sin



embargo, este tratamiento presentó muchos efectos adversos, además de una tasa de efectividad no mayor al 65%, dependiendo del genotipo, nivel de fibrosis hepática y coinfección con VIH.

Actualmente existen tratamientos innovadores conocidos como antivirales de acción directa de segunda generación (ombitasvir, paritaprevir, ritonavir, dasabuvir, sofosbuvir, y daclatasvir) que, acorde con los reportes científicos, presentan una efectividad por arriba del 96% en la cura y erradicación del virus en el organismo, dependiendo del genotipo y de las confecciones, en un periodo menor a 12 semanas de tratamiento vía oral. A pesar de este gran avance de la medicina, uno de los principales problemas es el acceso al medicamento debido a sus altos costos (OMS, 2016).

Virus de la Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad viral que provoca la inflamación del hígado y, como consecuencia a la falta de tratamiento, se llega a desarrollar de fibrosis hepática, convirtiéndose en una de las principales causas de cirrosis (funcionamiento deficiente del hígado) y de carcinoma hepatocelular.

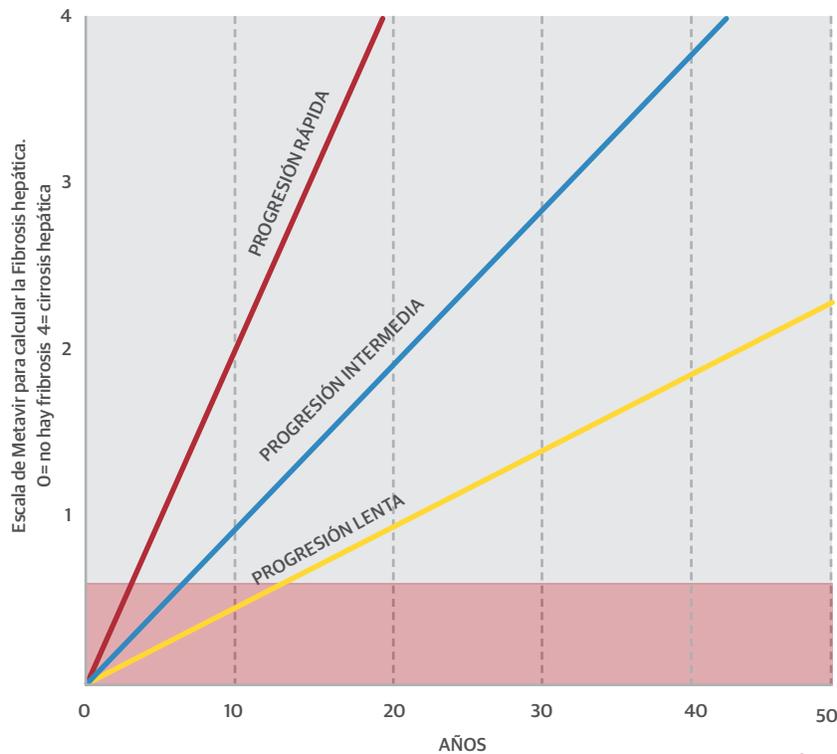
Vías de transmisión

Se puede contraer si la sangre de una persona con VHC entra en contacto con sangre de alguna persona no portadora.

- Compartir agujas de personas que se inyectan drogas.
- Empleo de instrumentos no esterilizados.
- Transfusiones de sangre o trasplantes de órganos infectados por VHC.
- Tatuarse o hacerse perforaciones en lugares no autorizados.
- Prácticas sexuales de riesgo (múltiples parejas o tener una ITS).
- La infección prenatal, pero solamente el 6% de las mujeres con VHC transmite el virus a sus hijos.

Etapas de infección

Una vez que se diagnostica el VHC, la evolución, pronóstico y sintomatología varían de un individuo a otro.



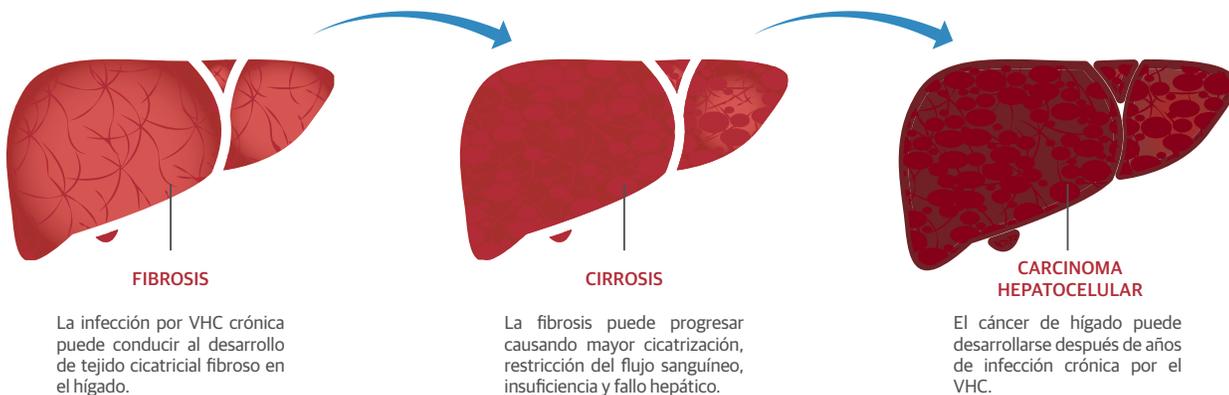
Alrededor del 50% de los casos los síntomas remite de forma espontánea en menos de 3 meses, y ocurre con mayor probabilidad en mujeres y jóvenes de ambos sexos.

FASE AGUDA

Comprende los primeros meses después de la infección. En esta fase, la mayoría de las personas no presenta síntomas, pero en los casos en que llegan a presentarse, es muy probable que se confundan con el diagnóstico de hepatitis A o B. Existen variantes en la gravedad de la enfermedad, de leve, con pocos o ningún síntoma, a grave, donde es necesaria la hospitalización.

FASE CRÓNICA

Las personas que tienen la infección, a menudo no muestran síntomas hasta que su hígado presenta cirrosis. Un alto porcentaje de sujetos tiene graves problemas de salud a lo largo de la enfermedad.



FIBROSIS

La infección por VHC crónica puede conducir al desarrollo de tejido cicatricial fibroso en el hígado.

CIRROSIS

La fibrosis puede progresar causando mayor cicatrización, restricción del flujo sanguíneo, insuficiencia y fallo hepático.

CARCINOMA HEPATOCELULAR

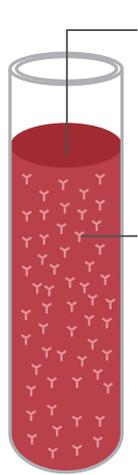
El cáncer de hígado puede desarrollarse después de años de infección crónica por el VHC.

Diagnóstico

Se basa en la detección de los anticuerpos anti-VHC y ARN-VHC.

DETECCIÓN DE ANTI-VHC

El anti-VHC se manifiesta en la octava semana después de la exposición al virus.



La detección de anticuerpos anti-VHC se realiza mediante una prueba serológica, la cual revela la infección.

Si los anticuerpos anti-VHC son positivos, es necesario confirmar la infección crónica mediante una prueba que detecte el ARN del virus. Esto debido a que entre el 15% y el 45% de las personas infectadas por el VHC elimina espontáneamente la infección mediante una respuesta inmunitaria intensa, sin necesidad de tratamiento y, aunque ya no estén infectadas, seguirán teniendo los anticuerpos antiVHC positivos.

DETECCIÓN DE ARN-VHC

Se detecta entre la segunda y la octava semanas después de la exposición.

En el caso de que sea diagnosticada una hepatitis C crónica, se deberá evaluar el grado de daño hepático.



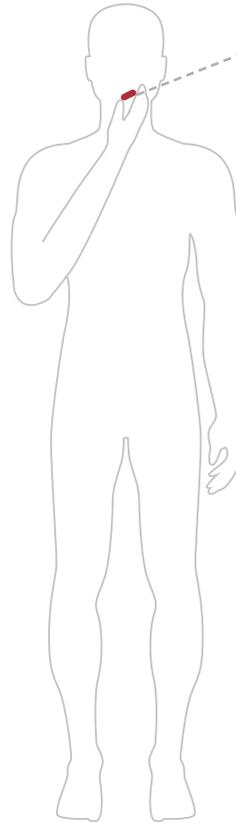
Las guías clínicas internacionales recomiendan ampliamente el empleo de pruebas rápidas para la detección de la infección por VHC, en particular en poblaciones de alto riesgo como los consumidores de drogas de abuso y enfáticamente en personas que se las inyectan.



Debido al impacto que el alcohol produce al hígado también es recomendable evaluar su consumo en las personas que resultan reactivas a la prueba rápida del VHC, ya que el consumo de alcohol y otras drogas de abuso acelera el proceso de fibrosis hepática.

Tratamiento

El tratamiento de las personas con la infección por VHC se hizo posible varias décadas después a su descubrimiento, en 1989.



El primer tratamiento para el VHC se basó en interferón y ribavirina, con la finalidad de modular la respuesta inmune contra células hepáticas infectadas con VHC.

65%

Este tratamiento presentó muchos efectos adversos, además de una tasa efectividad no mayor al **65%**, dependiendo del genotipo, nivel de fibrosis hepática y coinfección con VIH.

Actualmente existen tratamientos innovadores conocidos como antivirales de acción directa de segunda generación (ombitasvir, paritaprevir, ritonavir, dasabuvir, sofosbuvir, y daclatasvir).

96%

Acorde con los reportes científicos, presentan una efectividad por arriba del **96%** en la cura y erradicación del virus en el organismo dependiendo del genotipo y de las confecciones, en un periodo menor a 12 semanas de tratamiento vía oral. A pesar de este gran avance de la medicina, uno de los principales problemas es el acceso al medicamento debido a sus altos costos.

2.4. Sífilis

La sífilis es una ITS causada por la bacteria *Treponema Pallidum*, que puede causar complicaciones a largo plazo si no se trata correctamente, pero es fácil de curar con el tratamiento adecuado. Es altamente transmisible y se propaga principalmente por la actividad sexual oral, anal o vaginal sin protección. Ocasionalmente, la enfermedad se puede transmitir a otra persona a través de besos prolongados o contacto corporal cercano cuando la boca y los genitales tienen contacto con las úlceras de una persona con sífilis.

Etapas de infección

Etapa primaria. Durante esta etapa de la sífilis, se puede notar una sola úlcera, pero puede haber múltiples. Las úlceras suelen ser firmes, redondas y no causar dolor. Debido a que la úlcera es indolora, puede pasar fácilmente desapercibida. La úlcera dura de entre 3 a 6 semanas y se cura independientemente del tratamiento. Aunque la úlcera desaparezca, se debe recibir tratamiento para que la infección no evolucione a la etapa secundaria. Las personas que se encuentren en la etapa primaria o secundaria pueden propagar más fácilmente la infección (CDC, 2016).

Etapa secundaria. En esta etapa pueden existir erupciones cutáneas y/o úlceras en la boca, la vagina o el ano (también llamadas lesiones de la membrana mucosa). Esta etapa generalmente comienza con una erupción en una o más áreas del cuerpo. La erupción puede aparecer cuando la úlcera primaria está sanando o varias semanas después de que la herida haya sanado. La erupción puede asemejar a manchas rojas ásperas en las palmas de las manos y/o en la planta de los pies. La erupción por lo general no pica e

incluso puede llegar a no notarse. Otros síntomas que pueden presentarse son fiebre, glándulas linfáticas hinchadas, dolor de garganta, pérdida de pelo irregular, dolores de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. Sin el tratamiento adecuado, la infección se trasladará a la fase latente y posiblemente a la tardía de la sífilis.

Etapa latente/tardía. La fase latente de la sífilis comienza cuando desaparecen todos los síntomas anteriores. Si no se recibe tratamiento, la sífilis puede estar en el cuerpo durante años, sin ningún signo o síntoma. La mayoría de las personas con sífilis no tratada, no desarrolla la sífilis tardía. Sin embargo, cuando sucede es muy serio y ocurriría de 10 a 30 años después de que la infección comenzó. Los síntomas de la fase avanzada de la sífilis incluyen dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis, entumecimiento, ceguera y demencia. En las últimas etapas de la sífilis, la enfermedad daña los órganos internos y puede resultar en la muerte.

Diagnóstico

La sífilis se puede diagnosticar mediante análisis de sangre, los cuales confirman la presencia de anticuerpos para combatir la infección. Los anticuerpos contra las bacterias que causan la sífilis permanecen en el cuerpo durante años, por lo que la prueba se puede utilizar para determinar una infección reciente o pasada. Actualmente existen pruebas rápidas capaces de identificar anticuerpos contra la sífilis mediante la obtención de una pequeña muestra de sangre capilar en un intervalo de tiempo no mayor a 15 minutos.

El otro medio de diagnóstico es por fluido espinal cerebral. Si se sospecha que la persona tiene complicaciones del sistema nervioso por sífilis, el médico puede sugerir recoger una muestra de líquido cefalorraquídeo a través de un procedimiento llamado punción lumbar.



Tratamiento

Cuando la sífilis se diagnostica y se trata en las etapas tempranas, es fácil de curar. El tratamiento recomendado en todas las etapas es la penicilina, un medicamento antibiótico que puede matar al organismo que causa la sífilis.

Después de recibir el tratamiento, es necesario el monitoreo, mediante la realización de análisis periódicos de sangre para asegurar que se está respondiendo a la dosis, así como evitar el contacto sexual hasta que el tratamiento se complete y los análisis de sangre indiquen que la infección ha sido erradicada.

Sífilis

La sífilis es una ITS que puede causar complicaciones a largo plazo si no se trata correctamente, pero es fácil de curar con el tratamiento adecuado.

Vías de transmisión



La causa la bacteria *Treponema Pallidum*.



Se propaga principalmente por la actividad sexual, incluyendo el sexo oral y anal.

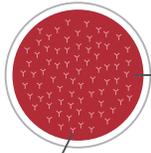


Besos prolongados o contacto corporal cercano cuando boca y genitales tienen contacto con úlceras de una persona con sífilis.



Transmisión vertical.

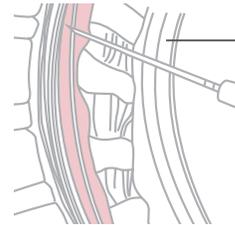
Diagnóstico



La sífilis se puede diagnosticar mediante análisis de sangre que confirman la presencia de anticuerpos para combatir la infección.

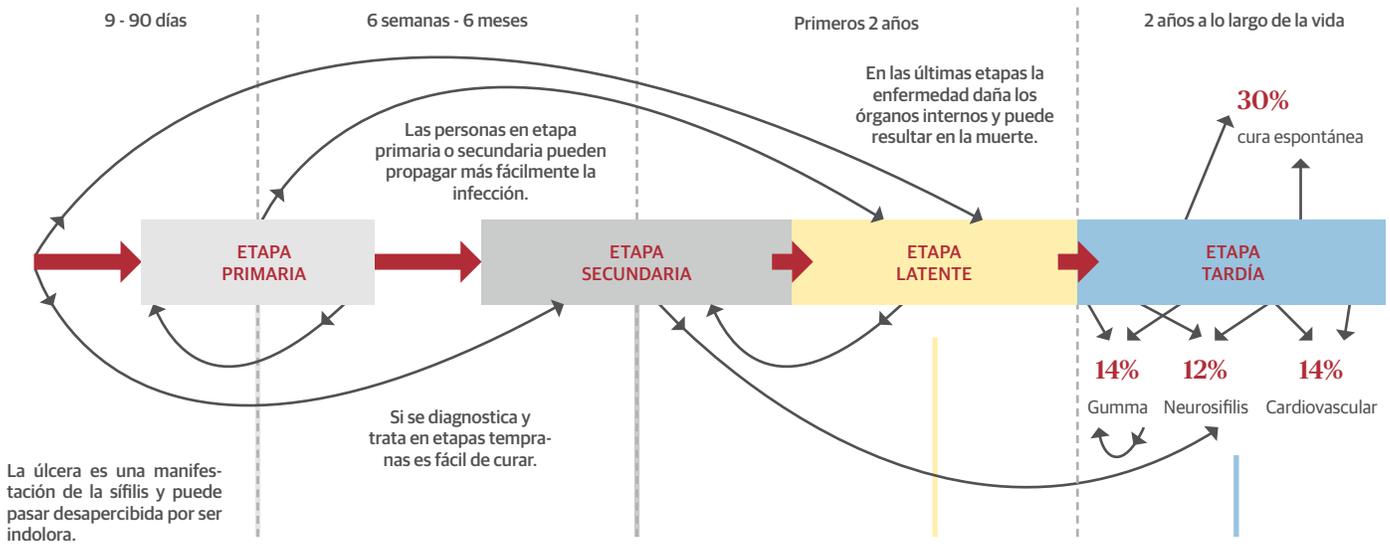


Los anticuerpos contra las bacterias que causan la sífilis permanecen en el cuerpo durante años, por lo que la prueba puede determinar una infección actual o pasada.



Otro medio de diagnóstico es por fluido espinal cerebral. Si se sospecha que la persona tiene complicaciones del sistema nervioso por sífilis, el médico puede sugerir recoger una muestra de líquido cefalorraquídeo a través de una punción lumbar.

Etapas de infección



La úlcera es una manifestación de la sífilis y puede pasar desapercibida por ser indolora.



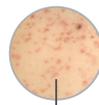
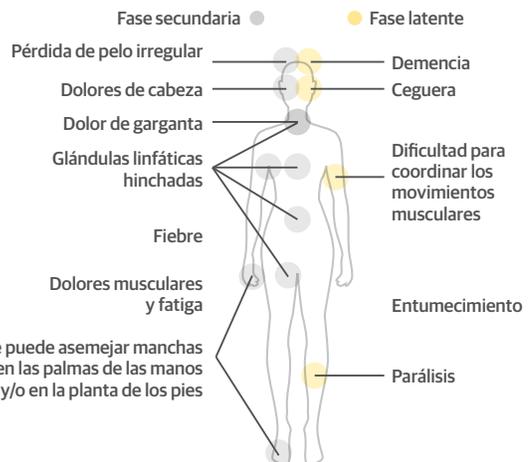
Durante esta etapa de la sífilis, se puede notar una sola úlcera, pero puede haber múltiples, suelen ser firmes y redondas. La úlcera dura de entre 3 a 6 semanas y se cura independientemente del tratamiento, pero aunque desaparezca, se debe recibir tratamiento para que la infección no evolucione.

En esta etapa pueden existir erupciones cutáneas y/o úlceras en boca, vagina o ano (lesiones de la membrana mucosa). Inicia con una erupción en una o más áreas del cuerpo, puede aparecer cuando la úlcera primaria está sanando o semanas después de que haya sanado, por lo general no pica e incluso puede llegar a no notarse. Sin tratamiento adecuado, la infección se trasladará a la fase latente y posiblemente a la tardía.

La fase latente comienza al desaparecer todos los síntomas anteriores. Si no se recibe tratamiento, puede estar en el cuerpo durante años, sin ningún signo o síntoma.

La mayoría de las personas con sífilis no tratada, no desarrolla la sífilis tardía, pero cuando sucede es muy serio y ocurriría de 10 a 30 años después del inicio de la infección.

SÍNTOMAS



Erupción que puede asemejar manchas rojas ásperas en las palmas de las manos y/o en la planta de los pies

Tratamiento

- ▶ El tratamiento recomendado en todas las etapas es la penicilina, un medicamento antibiótico que puede matar al organismo que causa la sífilis.
- ▶ Después de recibir el tratamiento, es necesario el monitoreo mediante la realización de análisis periódicos de sangre para asegurar que se está respondiendo a la dosis, así como evitar el contacto sexual hasta que el tratamiento se complete y los análisis de sangre indiquen que la infección ha sido erradicada.

3.

Metodología y desarrollo de la guía

3.1. Integración del equipo de trabajo

Como parte de la planificación para el desarrollo de la presente guía, se integraron dos equipos de trabajo colaborativo. Uno, conformado por investigadores de la Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (UEC-INPRFM), que fungió como el equipo líder para el desarrollo de la guía y un equipo de expertas en VIH y otras ITS del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (Censida).

Los equipos de trabajo colaborativo establecieron una metodología para integrar las secciones de la guía:

- ▶ Revisión de la literatura científica.
- ▶ Estudio piloto de factibilidad.
- ▶ Integración de la versión final de la guía.

3.2. Revisión de la literatura científica

Se realizó una revisión de la literatura científica con la finalidad de identificar: a) conceptos básicos sobre el VIH y otras ITS, b) su relación con el consumo de alcohol y otras drogas de abuso, c) evaluación de conductas sexuales de riesgo, d) aplicación de pruebas rápidas, y e) orientación psicológica en la detección del VIH y otras ITS.

La revisión de la literatura científica se realizó mediante una búsqueda sistematizada de información de los

últimos 5 años, utilizando los motores de búsqueda de PubMed, Scielo, y Google Scholar. Para ello, se generó un algoritmo de búsqueda que incluyó palabras clave sobre los tópicos de estudio.

Los artículos, guías y documentos científicos sirvieron como base teórica para identificar las recomendaciones basadas en evidencias (Capítulo 4), e integrar el modelo de Orientación Psicológica Breve para la Aplicación de Pruebas Rápidas (OPB-APR), mismo que cuenta con tres componentes: a) aplicación de pruebas rápidas para la detección del VIH y otras ITS, b) orientación psicológica especializada, y c) evaluación de las conductas sexuales de riesgo (Capítulo 6).

3.3. Estudio de factibilidad

3.3.1. Laboratorios cognitivos

Con la finalidad de asegurar que el contenido de la guía y materiales fueran claros y comprensibles, el equipo de trabajo realizó laboratorios cognitivos para cada sección de la guía y recursos gráficos que la conforman. Cada laboratorio cognitivo se conformó por al menos diez personas, entre las que se incluyeron profesionales de la salud (médicos, enfermeras y psicólogos).

Los laboratorios cognitivos se realizaron en tres etapas: presentación del contenido, reunión de información y grupos de consenso. En la primera etapa, cada participante leyó la información correspondiente a los componen-

tes de la guía y materiales por escrito, con la intención de identificar palabras, ideas o fragmentos que fueran difíciles de comprender. En la segunda etapa, los participantes recibieron cuestionarios semi-estructurados (que incluyeron preguntas abiertas y de opción múltiple) para plasmar sus comentarios, los cuales incluyeron recomendaciones para mejorar la comprensión de los fragmentos identificados. En la tercera etapa, un miembro del equipo de trabajo presentó las palabras, ideas o fragmentos problemáticos, así como las recomendaciones hechas. Posteriormente, se coordinó una discusión entre los participantes con la finalidad de consensar las recomendaciones que serían utilizadas para incrementar la comprensión de los documentos presentados. Finalmente, el equipo de trabajo realizó las modificaciones sugeridas para cada componente y materiales de la guía.

3.3.2.

Entrenamiento de equipo de campo

Para la realización de pruebas de usabilidad de la guía, se generó un curso-taller para entrenar a 20 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y psicólogos), en el modelo OPB-APR. El curso-taller tuvo una duración de 42 horas, distribuidas en 6 horas diarias a lo largo de siete días. La primera sesión consistió en la presentación de aspectos básicos del VIH y otras ITS, así como su relación con adicciones. La segunda sesión se enfocó en las características básicas de la orientación psicológica. La tercera sesión abordó la exploración de conductas sexuales de riesgo en personas consumidoras de alcohol y otras drogas de abuso. En la cuarta sesión se abordó la implementación de la orientación psicológica breve antes y después de la detección de casos reactivos y no reactivos. Las sesiones cinco y seis se enfocaron en el manejo de las pruebas rápidas para VIH, VHB, VHC y Sífilis. En la última sesión se integraron todos los procedimientos aprendidos en el curso-taller. Durante todos los días del entrenamiento se incluyó información teórica, práctica supervisada y materiales de apoyo.

Al finalizar el curso, todos los participantes fueron evaluados en los procedimientos del modelo OPB-APR que incluye orientación psicológica breve, aplicación de pruebas rápidas, y la exploración de conductas sexuales de riesgo.

3.3.3.

Pruebas de campo

Para la realización de las pruebas de campo, los equipos de trabajo colaborativo de la UEC-INPRFM y Censida, integraron un equipo de trabajo de campo conformado por seis psicólogos y dos supervisores. Todos los miembros del equipo de trabajo de campo fueron certificados en los procedimientos del modelo OPB-APR. Las pruebas de campo se llevaron a cabo en centros de tratamiento residencial (n=31) y ambulatorio (n=10) de cuatro entidades de la República mexicana (CDMX, Puebla, Estado de México, e Hidalgo).

3.3.4.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos se hicieron con apego a las buenas prácticas de investigación en sujetos humanos, logrando un total de 600 procedimientos de detección.

3.4.

Integración de la versión final de la guía

A lo largo de todo el proceso, se generaron reuniones periódicas entre los equipos de trabajo colaborativo y de campo para identificar procedimientos que pudieran presentar complicaciones una vez que eran implementados en escenarios reales de tratamiento de adicciones. Durante las reuniones se evaluaban los procedimientos y se retroalimentaba al personal en campo para incrementar el apego a los componentes del modelo OPB-APR. Finalmente, los comentarios y recomendaciones generadas a lo largo de las reuniones fueron utilizadas para integrar la versión final de la guía.

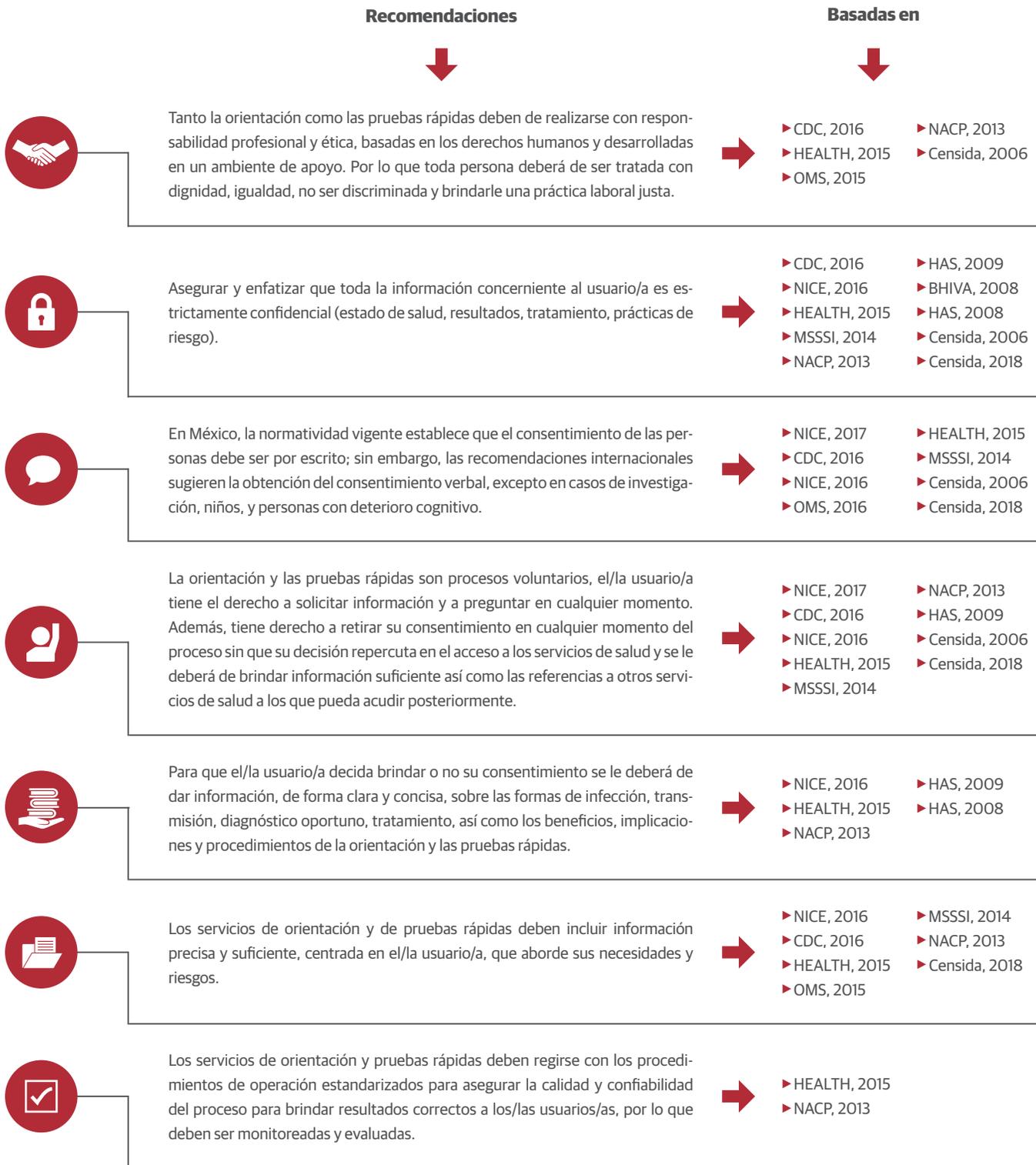
4.

Recomendaciones basadas en evidencia científica para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS

Las siguientes recomendaciones están basadas en las guías y normas nacionales e internacionales para llevar a cabo los servicios de orientación y la aplicación de pruebas rápidas para ITS:

- ▶ *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* World Health Organization: WHO, 2014 (World Health Organization, 2014).
- ▶ *Consolidated guidelines on HIV testing services.* World Health Organization: WHO, 2015 (World Health Organization, 2015).
- ▶ *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida: MSSSI, 2014 (Ministerio de Sanidad & Igualdad, 2014).
- ▶ *Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).* (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida [Censida], 2018).
- ▶ *Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection.* Updated version, (World Health Organization [WHO], 2016).
- ▶ *HIV infection screening in France.* Laboratory tests and algorithms. Haute Autorité de Santé: HAS, 2008 (Santé, 2008).
- ▶ *HIV infection screening in France. Screening Strategies.* Haute Autorité de Santé: HAS, 2009 (Haute Autorité de Santé, 2009).
- ▶ *HIV testing: encouraging uptake.* National Institute of Clinical and Healthcare Excellence: NICE, 2017 (Nice, 2017).
- ▶ *HIV testing: increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV.* National Institute of Clinical and Healthcare Excellence: NICE, 2016 (Nice, 2016).
- ▶ *Implementing HIV Testing in Nonclinical Settings: A Guide for HIV Testing Providers.* Centers for Disease Control: CDC, 2016 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016a).
- ▶ *Manual para la aplicación de la prueba rápida.* Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida: Censida, 2006 (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida [Censida], 2006a).
- ▶ *National Comprehensive Guidelines for HIV Testing and Counselling.* National AIDS Control Program: NACP, 2013 (National AIDS Control Programme & Welfare, 2013).
- ▶ *National HIV Counselling and testing Policy Guidelines.* Republic of South Africa: HEALTH, 2015 (Department: HEALTH & Republic of South Africa, 2015).
- ▶ *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana: NOM-010 (SSA México, 2010).*
- ▶ *NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales: NOM-045 (SSA México, 2009).*
- ▶ *NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo: NOM-087 (Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales [SEMARNAT], 2003).*
- ▶ *UK national guidelines for HIV testing.* British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV, British Infection Society: BHIVA, 2008 (Limited, 2008).

4.1. Principios de la orientación y aplicación de pruebas rápidas



4.2. Sobre los/las orientadores/as

	Recomendaciones	Basadas en
	El/la orientador/a puede ser cualquier persona que ha sido capacitada y entrenada para realizar los servicios de orientación y la aplicación de pruebas rápidas.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CDC, 2016 ▶ NICE, 2016 ▶ OMS, 2015
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ HEALTH, 2015 ▶ NACP, 2013 ▶ HAS, 2009
	Los/las orientadores/as deben tener supervisión y capacitación, al menos una vez al año, para llevar a cabo de forma segura y efectiva los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CDC, 2016 ▶ NICE, 2016 ▶ HEALTH, 2015
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ OMS, 2015 ▶ NACP, 2013
	Se deberá de utilizar un lenguaje simple y claro que sea comprensible y apropiado para el/la usuario/a. Se debe de ofrecer un trato amable, respetuoso, sensible y discreto.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CDC, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ MSSSI, 2014
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ NACP, 2013 ▶ Censida, 2006

4.3. Sobre las personas que consumen drogas

	Recomendaciones	Basadas en
	La orientación y la aplicación de pruebas rápidas deben ser ofrecidas y recomendadas para cualquier persona como parte de un cuidado rutinario de la salud general o que acuda a algún programa de manejo de sustancias, como una forma efectiva y eficiente de identificar ITS (VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, linfoma, tuberculosis, entre otros).	<ul style="list-style-type: none"> ▶ OMS, 2016 ▶ NICE, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ OMS, 2014
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ MSSSI, 2014 ▶ NACP, 2013 ▶ HAS, 2009
	Se recomienda ofrecer las pruebas a las personas que tienen alto riesgo de contraer o transmitir alguna ITS, en el caso que no se hayan realizado pruebas de detección en el último año.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ NICE, 2016
	No se recomienda aplicar pruebas rápidas en el caso de personas que ya estén bajo tratamiento antirretroviral. En el caso de las personas que hayan tomado PEP o PrEP, la detección se debe realizar evaluando criterios de temporalidad y conductas de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ OMS, 2016
	Las personas que estén bajo los efectos de las drogas, el alcohol u otra alteración mental no deberían ser evaluados, ya que no están en condiciones de otorgar su consentimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ NICE, 2016

4.4. Sobre el proceso de orientación y aplicación de pruebas rápidas

	Recomendaciones	Basadas en
	La aplicación de pruebas rápidas puede llevarse a cabo en diversos escenarios no clínicos, ya que no requieren de un equipamiento especializado o recolección de muestra invasiva, y se pueden realizar y devolver los resultados el mismo día.	▶ CDC, 2016 ▶ HAS, 2008
	Los manuales de aplicación, material y folletos que se utilicen deben de estar disponibles y accesibles para el/la orientador/a.	▶ CDC, 2016 ▶ HEALTH, 2015
	Los servicios deben de ser ofrecidos en un espacio privado, que asegure la confidencialidad, que tenga la infraestructura adecuada (condiciones de limpieza, buena iluminación y temperatura) y que sea cómodo para el/la usuario/a.	▶ CDC, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ BHIVA, 2008
	Los/las orientadores/as deberán llevar a cabo las precauciones universales sobre seguridad para el manejo de fluidos como: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lavado de manos antes y después del manejo de sangre. Si no hay disponible agua y jabón, utilizar alcohol en gel para sanitizar las manos. ▶ Empleo de guantes de látex y cambiarlos con cada usuario/a. ▶ No comer, beber o manipular lentes de contacto en el área de pruebas. ▶ Desinfectar la superficie de trabajo con cloro. ▶ En caso de que el/la orientador/a tenga contacto directo con la sangre del/la usuario/a, deberá de reportarlo con su supervisor y buscar asistencia médica. 	▶ CDC, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ NOM-045 ▶ NOM-087
	Deberán de considerarse las instrucciones de manufactura contenidas en los empaques de cada prueba.	▶ CDC, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ NACP, 2013
	Los/las orientadores/as deberán de utilizar el líquido diluyente específico para cada prueba, asegurándose de la caducidad de las mismas. Si han expirado no se deben de utilizar.	▶ NACP, 2013
	Las pruebas rápidas se pueden llevar a cabo en el mismo espacio donde se realiza la orientación. En ese caso, se deberán cubrir las pruebas o colocarlas en un lugar no visible para el/la usuario/a mientras se espera para ver el resultado.	▶ CDC, 2016
	Los resultados de las pruebas deben ser leídos en el periodo de tiempo especificado en las instrucciones de manufactura de la prueba.	▶ NACP, 2013

	Recomendaciones	Basadas en
	Asegurarse de que aparezca la línea roja de control de la prueba. En caso de no aparecer, indica que la prueba no cumple con el criterio de calidad.	▶ HEALTH, 2015
	Para desechar los materiales usados, se deberán colocar, en los contenedores específicos, las lancetas, gasas, algodón o cualquier material que pudiera contener sangre.	▶ HEALTH, 2015 ▶ NACP, 2013 ▶ NOM-087

4.5. Sobre los resultados y la referencia a servicios de salud

	Recomendaciones	Basadas en
	La entrega del resultado debe ser siempre mediante orientación, de forma clara, directa y sin redundancias, independientemente del resultado de la prueba. También se deberán promover conductas enfocadas en la salud del/la usuario/a, además de la referencia a servicios de salud que se consideren necesarios.	▶ NICE, 2016 ▶ MSSSI, 2014 ▶ NOM-010, 2018 ▶ HAS, 2008
	Los/las orientadores/as deberán conocer y tener disponible la información de los centros y lugares de salud donde pueden referir a los/las usuarios/as para obtener información sobre ITS, salud sexual, realización de pruebas confirmatorias, intervenciones para cambio conductual, revisión del estado de salud, apoyo psicosocial y/o rehabilitación por consumo de sustancias, entre otras.	▶ NICE, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ NACP, 2013

4.6. Resultado NO reactivo

	A los/las usuarios/as que obtengan resultados no reactivos en sus pruebas, se les deberá de proporcionar información sobre prevención, reducción de riesgo y referencia a servicios de salud para acceder a diversas opciones de cuidado y prevención.	▶ NICE, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ MSSSI, 2014
	Si el/la usuario/a obtiene resultados no reactivos en sus pruebas rápidas, pero ha tenido conductas de riesgo recientes o riesgo de exposición, se le recomienda repetir las pruebas una vez que haya pasado el periodo de ventana, así como brindarle información sobre cuidado y prevención.	▶ CDC, 2016 ▶ NICE, 2016 ▶ OMS, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ NACP, 2013 ▶ HAS, 2009 ▶ HAS, 2008 ▶ Censida, 2006 ▶ Censida, 2018
	Si el/la usuario/a obtiene un resultado no reactivo, y no reporta conductas de riesgo, no es necesario que se repita la prueba. Se le debe proporcionar información de servicios de salud, en caso de querer repetirla posteriormente.	▶ OMS, 2016 ▶ HEALTH, 2015 ▶ NACP, 2013

4.7. Resultado inválido

Recomendaciones

Basadas en



Si el/la usuario/a obtiene un resultado inválido en alguna de sus pruebas, lo que significa que ha ocurrido un error humano o de las propiedades de la prueba, será necesario repetirla en ese momento con un nuevo kit.

- ▶ CDC, 2016
- ▶ OMS, 2016
- ▶ HEALTH, 2015
- ▶ NACP, 2013
- ▶ Censida, 2006
- ▶ Censida, 2018



En caso de obtener por segunda ocasión un resultado inválido se le deberá brindar información al usuario/a para que acuda a realizarse una prueba confirmatoria.

- ▶ HAS, 2008

4.8. Resultado reactivo



Las pruebas rápidas no proveen un diagnóstico definitivo. A los/las usuarios/as que obtengan resultados reactivos, se les deberá referir a los servicios de salud que proporcionen la aplicación de pruebas confirmatorias/suplementarias. Se les deberá brindar información sobre prácticas de sexo seguro y sobre conductas de riesgo.

- ▶ CDC, 2016
- ▶ OMS, 2016
- ▶ NICE, 2016
- ▶ HEALTH, 2015
- ▶ MSSSI, 2014
- ▶ HAS, 2008
- ▶ Censida, 2006
- ▶ Censida, 2018

4.9. Re-testing



Recomendar a las personas que están en riesgo de adquirir o transmitir alguna ITS o que estén en riesgo de exposición, realizarse las pruebas anualmente.

- ▶ OMS, 2016
- ▶ HEALTH, 2015
- ▶ MSSSI, 2014
- ▶ HAS, 2009
- ▶ BHIVA, 2008



A los HSH se les recomienda realizarse las pruebas anualmente. En el caso de que tengan relaciones sexuales sin protección o con parejas sexuales casuales, se les recomienda realizarse las pruebas cada 3 meses.

- ▶ OMS, 2016
- ▶ NICE, 2016
- ▶ BHIVA, 2008

5.

Orientación psicológica en la aplicación de pruebas rápidas para la detección del VIH y otras ITS

La orientación psicológica individual es un proceso breve, dirigido y centrado en las necesidades específicas de cada usuario/a. Tiene la finalidad de informar, orientar y apoyar a el/la usuario/a para identificar sus creencias, actitudes y conductas respecto a sus prácticas sexuales y a sus conductas de riesgo para intentar modificarlas a partir del análisis de sus recursos personales y sociales, facilitando la toma de decisiones. Al ser un proceso centrado en el/la usuario/a, considera las circunstancias individuales, los intereses, las emociones de la persona, así como sus valores y creencias.

Este proceso depende de la comunicación e información intercambiada entre el/la orientador/a y el/la usuario/a. Por tal motivo el orientador/a tiene que centrarse en proporcionar información, esclarecer dudas, trabajar con las ideas erróneas y brindar apoyo, centrado en la solución de problemas para que el individuo tome sus propias decisiones y esto contribuya en el mejoramiento de su salud.

Para lograr los objetivos de la orientación se abordan temas sobre sexualidad, prácticas de riesgo, conductas de protección y de autocuidado.

La orientación es considerada como un proceso interactivo, no sólo informativo, debido al intercambio de información desde ambas partes, tanto del/la orientador/a como del/la usuario/a. De acuerdo con Centers for Disease Control and Prevention [CDC], (2012) el modelo basado en la

orientación psicológica es más efectivo en reducir las ITS en comparación con el modelo informativo.

La orientación psicológica favorece la prevención, ya que ayuda a los/las usuarios/as a identificar y evaluar las situaciones y conductas que puedan poner en riesgo su salud, con el objetivo de diseñar un plan de acción que incida en dichas situaciones de riesgo, intercambiando actitudes y conductas riesgosas por otras de autocuidado y así disminuir el riesgo de contraer o transmitir alguna ITS. Adicionalmente, la orientación psicológica busca reforzar aquellas conductas y actitudes de autocuidado que ya realizan los/las usuarios/as.

“La complejidad de las ITS requiere de estrategias específicas para abordarse tanto en los temas de sexualidad, como en las medidas de protección y autocuidado; principalmente en las poblaciones con prácticas de riesgo y de mayor vulnerabilidad, por lo que la orientación psicológica juega un papel importante en la educación, prevención y cambio de hábitos” (Censida & SSA, 2006).

5.1. Características de la orientación psicológica

- Asegura la confidencialidad de la persona y de la información que comparte, así como de los resultados

de su evaluación, por lo que se recomienda realizar este procedimiento en un espacio físico privado, que resguarde la confidencialidad visual y auditiva del usuario/a.

- ▶ Es personalizada y focalizada, por lo que debe responder a las necesidades y características de cada usuario/a.
- ▶ Fomenta una relación cordial, en un ambiente agradable, de confianza, en el que exista una relación de respeto entre el/la usuario/a y el/la orientador/a.
- ▶ Motiva la reflexión y la solución de problemas en el cuidado de su salud, por lo que se tiene que proporcionar información veraz y suficiente.
- ▶ Tiene un tiempo de duración acotado, entre 15 y 30 minutos.
- ▶ Se apega a las buenas prácticas de la atención clínica, por lo que siempre se solicita el consentimiento de la persona por escrito para realizar el procedimiento.

5.2. Características del/la orientador/a

- ▶ Requiere ser comprensivo/a y empático/a, para generar un clima de confianza y facilitar la expresión del/la usuario/a.
- ▶ Ser tolerante a los diferentes puntos de vista.
- ▶ Emplea lenguaje claro y sencillo para comunicar y brindar información comprensible para el/la usuario/a.
- ▶ Proporciona información clara y precisa para abordar las dudas que tenga el/la usuario/a.
- ▶ Emplea atención y escucha activa, para concentrarse en lo que expresa el/la usuario/a, tanto en la comunicación verbal como no verbal, para identificar sus necesidades particulares.

- ▶ Demuestra imparcialidad, respeto y cordialidad, a las características, valores y sentimientos de la persona, aunque sean distintos a los suyos.

5.3. Recomendaciones generales

- ▶ El/la orientador/a no debe tomar decisiones por la persona ni presionarla. Únicamente debe apoyar y orientar en la toma de las decisiones.
- ▶ El tiempo recomendado para llevar a cabo la sesión de orientación es de 15 a 30 minutos, pero dependerá de cada usuario/a, ya sea por aquellos casos en los que las situaciones y comportamientos de riesgo sean mayores, o en los casos de detección que resulten reactivos o no reactivos.
- ▶ El/la orientador/a debe concentrarse en las situaciones y conductas de riesgo específicas de cada usuario/a.
- ▶ El tipo de preguntas que debe utilizar el/la orientador/a son abiertas; no debe sugerir respuestas ni proporcionar información que pueda sesgar las respuestas del usuario/a.

6.

Modelo OPB-APR

El objetivo de la Orientación Psicológica Breve para la Aplicación de Pruebas Rápidas (OPB-APR) es aumentar la percepción de riesgo que tiene el/la usuario/a sobre sus situaciones y conductas, para desarrollar un plan y fomentar estrategias preventivas y de reducción del riesgo para contraer o transmitir alguna ITS.

La OPB-APR es una intervención individual, centrada en el/la usuario/a, con una duración promedio de 15 a 30 minutos por cada momento (post-test).

En general, la OPB-APR se integra por dos momentos: en el primero el/la orientador/a debe explorar y retroalimentar las situaciones y conductas de riesgo del/la usuario/a por medio del cuestionario de conductas de riesgo (ver apéndice X), con el que se indaga la conducta sexual y el consumo de alcohol y/o drogas. Esto con el fin de fomentar que el/la usuario/a aumente su percepción de riesgo, analice su comportamiento y reconozca las responsabilidades individuales en su autocuidado, y con ello fomentar la implementación de estrategias, como las prácticas de sexo seguro, para reducir y prevenir situaciones y conductas de riesgo.

En el segundo, el orientador le explica al usuario/a los resultados de sus pruebas y le proporciona retroalimentación de las implicaciones que estos conllevan, la cual se enfoca en las necesidades y circunstancias específicas de cada usuario/a. Se abordan las preocupaciones del/la usuario/a y se le provee información sobre formas de prevención y de reducción de riesgo. Además, se identifican las fuentes de apoyo y se le brindan folletos de información

con referencias de servicios de salud, ya sea para la realización de pruebas adicionales o para obtener mayor información y orientación. Es esencial en este momento alentar al usuario/a para que realice preguntas y exponga sus dudas.

6.1. Pasos de la OPB-APR

La OPB-APR está compuesta por 5 pasos que se describen a continuación:

Paso 1.

Presentación y descripción del procedimiento: En este paso el/la orientador/a se presenta con el/la usuario/a y le brinda la orientación general de todo el procedimiento, solicita el consentimiento informado por escrito del/la usuario/a para la realización de las pruebas rápidas e indaga si existen dudas respecto a la información otorgada.

Paso 2.

Aplicación de pruebas rápidas: Constituye los procedimientos de limpieza previa, la toma de muestra de sangre por medio de punción capilar, el empleo de los casetes para obtener los resultados del/la usuario/a y el desecho de materiales.

Paso 3.

Exploración y retroalimentación de conductas de riesgo: Consiste en la aplicación del cuestionario de con-

ductas de riesgo, el cual está compuesto por una serie de preguntas enfocadas en explorar el comportamiento sexual y de consumo de sustancias, con el objetivo de brindar a la persona retroalimentación para incrementar su percepción de riesgo.

Paso 4.

Devolución de los resultados: Este paso consiste en revisar y analizar los resultados de las pruebas rápidas tomando en cuenta la información obtenida con el cuestionario de conducta sexual de riesgo. Este procedimiento toma en consideración las respuestas específicas del/la usuario/a y permite otorgar una retroalimentación además de generar un plan de reducción de riesgos.

Paso 5.

Referencia a servicios y entrega de folletos de información: Como paso final, se informa al usuario/a cuáles son los servicios a los que puede asistir para obtener mayor información o para la realización de pruebas suplementarias y adicionales. Asimismo, se indican las estrategias que se pueden llevar a cabo para facilitar tanto la reducción del riesgo como del acceso a los servicios. Finalmente, se entregan folletos que brindan información general sobre las ITS y de prácticas sexuales protegidas y seguras.

6.2.

Descripción de las actividades de la OPB-APR

Paso 1.

Presentación y orientación del procedimiento: El paso 1 de la OPB-APR es fundamental, ya que es el primer contacto con el/la usuario/a y es el momento en que se empieza a construir un ambiente de confianza y una relación cordial usuario/a, orientador/a.

a. Presentación con el/la usuario/a: El/la orientador/a debe recibir a la persona con amabilidad, saludarla de mano y presentarse mencionando su nombre y la función que realiza. Después deberá preguntarle su nombre e indagar cómo prefiere que se le diga, es decir, en el caso de que tenga dos nombres cuál prefiere y explorar la posibilidad de hablarle de tú; en caso negativo, el/la orientador/a tendrá que referirse al usuario/a hablándole de usted. Posteriormente, es importante explicar que la orientación psicológica es un proceso confidencial y exclusivo que tiene el propósito de apoyar y orientar a la persona en la toma de decisiones con relación a su salud.

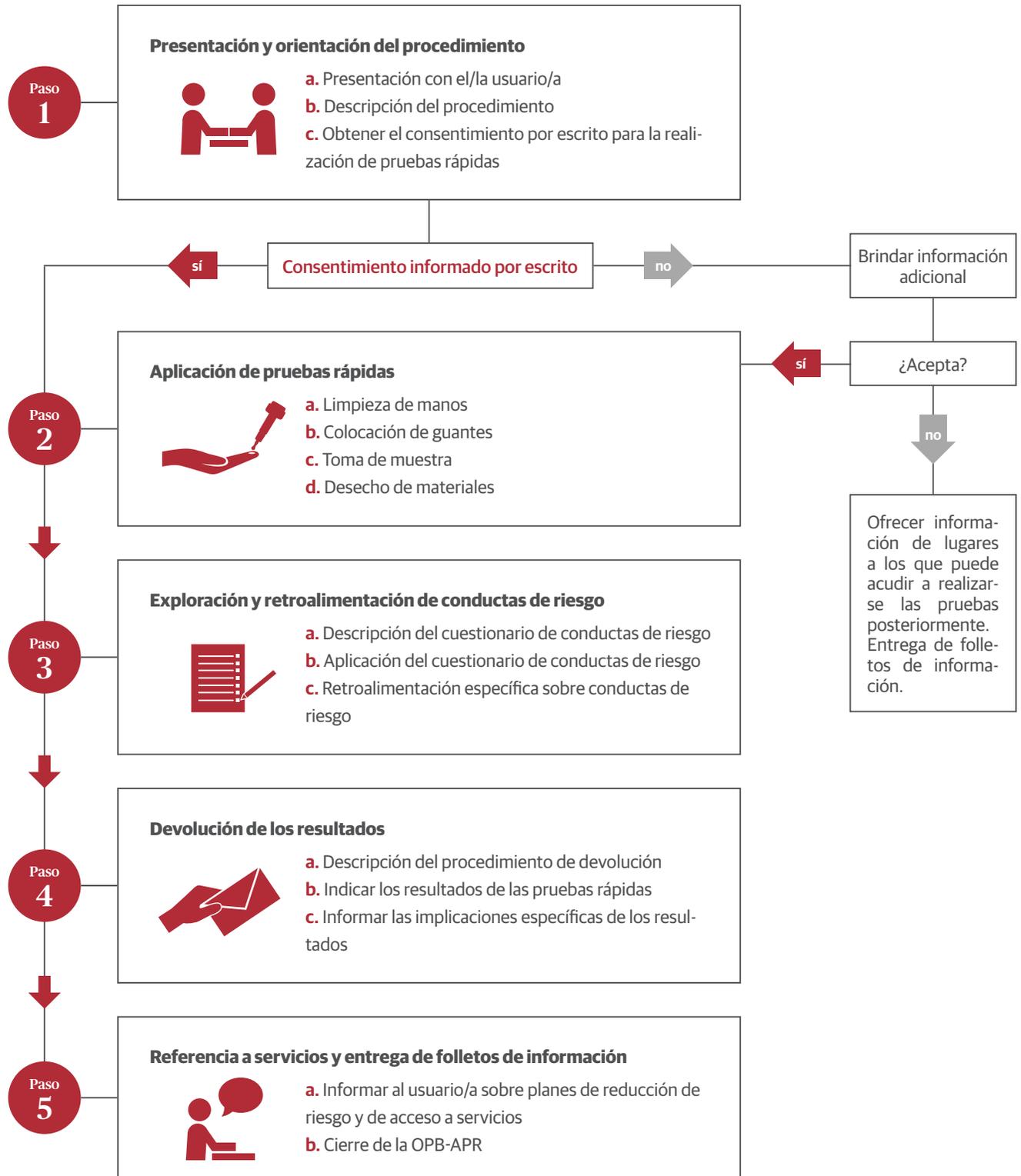
b. Descripción del procedimiento:

El/la orientador/a explicará a detalle el procedimiento para la toma de muestra, la aplicación de las pruebas rápidas y las preguntas que se le harán relacionadas con su conducta sexual y consumo de sustancias.

Por lo que se deberán de cubrir los siguientes puntos:

- ▶ Colocar los guantes.
- ▶ Mostrar el material al usuario/a para que corrobore que está nuevo y totalmente sellado (lanceta para punción, toalla sanitizante/torundas con alcohol, bulbo recolector, casetes para las pruebas de VIH, VHB, VHC y sífilis) [ver apéndice para la descripción del material].
- ▶ Explicar al usuario/a que es necesario tomar una muestra de sangre mediante punción capilar de uno de los dedos de su mano no dominante.
- ▶ Explicar cómo se lleva a cabo la punción capilar, utilizando una lanceta, un bulbo para la recolección de sangre, la colocación de la sangre en el casete y la colocación de la tira adhesiva sanitaria en el lugar donde se realizó la punción capilar.
- ▶ Explicar al usuario/a que durante la espera de los resultados de las pruebas rápidas, los cuales son visibles entre 15 y 20 minutos, se le harán algunas pre-

Diagrama de la OPB-APR



Posibles resultados

Si el resultado es:

NO REACTIVO

Significa que no estás infectado por (VIH, sífilis, VHB, VHC). Pero cabe resaltar que las infecciones recientes no siempre son detectadas con esta prueba, por el denominado periodo de ventana, que es un periodo de 3 meses en el que no es detectable el virus. Tiene que pasar dicho periodo, después de la última situación de riesgo, para repetir la prueba.

INVÁLIDO

Será necesario repetir la prueba si se obtiene un resultado inválido. Esto puede deberse a que no se tuvo la suficiente concentración de reactivos o por defectos del casete de la prueba.

REACTIVO

Significa que probablemente estás infectado por (VIH, sífilis, VHB, VHC), pero para confirmarlo es necesario que te realices una prueba suplementaria en alguno de los centros de salud descritos en el folleto de referencias que se te proporcionará.

guntas sobre sus conductas sexuales y consumo de sustancias.

► Explicar al usuario/a los posibles resultados de las pruebas rápidas, aunque posteriormente se le explicarán con mayor detalle, dependiendo de sus resultados obtenidos en cada prueba.

Es conveniente evaluar el impacto del/la usuario/a frente a un posible resultado reactivo a alguna de las pruebas, es decir, examinar los recursos personales y sociales del/la usuario/a para afrontar ese resultado. Por ejemplo, preguntando al usuario/a: ¿Qué harías si obtuvieras un resultado reactivo? ¿A quién le dirías o quién crees que te podría apoyar o acompañar para realizarte las pruebas suplementarias y adicionales?

Finalmente, el/la orientador/a le menciona al usuario/a que se le dará una retroalimentación de sus conductas y, dependiendo del resultado obtenido en las pruebas rápidas, se le proporcionará la información de servicios especializados o de centros en los que pueda obtener mayor información relacionada con la infección de VIH, VHB, VHC y sífilis.

c. Obtener consentimiento por escrito para la realización de las pruebas rápidas: El/la orientador/a le tiene

que preguntar al usuario/a si tiene alguna duda y se confirmará su consentimiento para iniciar con el procedimiento. Si el/la usuario/a acepta, se lleva a cabo la toma de la muestra y la aplicación de las pruebas rápidas.

En caso negativo, se reitera lo valioso que puede ser un diagnóstico oportuno para su bienestar y para su vida, y que es normal llegar a sentir temor o angustia ante las pruebas. Se le vuelve a preguntar si quiere llevar a cabo el procedimiento. Si el/la usuario/a acepta, se lleva a cabo la toma de la muestra y la aplicación de pruebas rápidas. En caso negativo, el/la orientador/a debe tratar de indagar los motivos y manifestarle la posibilidad de realizarse la prueba posteriormente, por lo que se le proporciona el folleto con centros de salud donde puede realizarse la prueba. Se finaliza agradeciéndole su tiempo y atención y se prosigue a despedir de mano al usuario/a.

Paso 2.

Aplicación de pruebas rápidas: Para llevar a cabo la aplicación de pruebas rápidas se deberán realizar previamente los siguientes procedimientos:

a. Limpieza de manos (Ver apéndices 2 y 3): Iniciar con la ejecución del lavado de manos, el cual tendrá una du-

ración de entre 40 y 60 segundos con agua y jabón, y una duración de entre 20 y 30 segundos con gel antibacterial de alcohol.

b. Colocación de guantes (Ver apéndice 4): Cuando tenga sus manos limpias deberá continuar con la colocación de los guantes de látex.

c. Toma de muestra (Ver apéndice 6): Se realiza tras haber elegido la mano y el dedo del/la usuario/a del que se extraerá la muestra (Imagen 1).

d. Desecho de materiales: Los materiales de la toma de muestra se desechan de acuerdo con la norma oficial mexicana 087, la cual hace referencia a los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) (Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales [SEMARNAT], 2003), por lo que se hará uso de contenedores rígidos de polipropileno para objetos punzocortantes (en este caso las lancetas utilizadas para la punción capilar) y bolsas de plástico de color rojo para los materiales que pudieran contener sangre (como los casetes de las pruebas reactivas y la toalla sanitizante).

No se debe recolocar el capuchón de las lancetas; en caso de que sea estrictamente necesario, se debe de apoyar en una superficie firme, tomando el capuchón con una pinza larga.

En caso de una probable exposición al virus al tener contacto con la sangre de un/una usuario/a mediante punción (pinchadura), cortadura o salpicadura en las mucosas o piel con heridas (las cuales son una puerta de entrada para las infecciones), se debe de acudir a un centro de salud y recibir la profilaxis postexposición de acuerdo con los protocolos establecidos.

Paso 3.

Exploración y retroalimentación de conductas de riesgo: En este paso, el/la orientador/a debe explorar las situa-

ciones y conductas de riesgo del/la usuario/a, por lo que se debe de reiterar el carácter confidencial de la orientación psicológica, ya que se abordarán temas personales. Se le pide al usuario/a que sea honesto en sus respuestas con el fin de ir elaborando un plan de reducción de riesgos acorde a sus necesidades. Se le indicará que las vías de transmisión de este tipo de infecciones son sexual (en prácticas sexuales de riesgo de tipo vaginal, anal, oral), y por medio de objetos punzocortantes infectados, por lo que se abordarán esos temas.

a. Descripción del cuestionario de conductas de riesgo. El proceso de descripción deberá incluir:

- ▶ Una descripción del cuestionario de conductas de riesgo. Se indicará al usuario/a que el cuestionario explora sus conductas y prácticas sexuales (vaginal-anal-oral), número de parejas sexuales, uso de condón y consumo de sustancias.
- ▶ Indicar a la persona que si no se siente cómodo con alguna de las preguntas puede saltarla; sin embargo, se tiene que hacer énfasis en la importancia de que la información sea verdadera y lo más completa posible, con la finalidad de brindar una retroalimentación adecuada.
- ▶ Al finalizar la explicación, el/la orientador/a debe indagar si el participante tiene alguna duda y se solicita su consentimiento por escrito para iniciar la aplicación del cuestionario.

b. Aplicación del cuestionario de conductas de riesgo. La aplicación consistirá en:

- ▶ Descripción de los conceptos: relación sexual, pareja primaria y pareja no primaria.
- ▶ Relación sexual: contacto físico entre personas con el objeto de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos.
- ▶ Pareja primaria: relación con otra persona que

considere que existe un compromiso; por ejemplo, novia/o, esposa/o, amante.

► Pareja no primaria: cualquier persona con la que se tengan relaciones sexuales y que considere que no existe un compromiso; por ejemplo, sexo pagado o trabajador/a sexual.

► Tras haber explicado las definiciones y corroborar que hayan quedado claras para el/la usuario/a, se dará inicio con el cuestionario.

c. Retroalimentación específica sobre conductas de riesgo:

Después de realizar las preguntas, se debe resumir la(s) situación(es) de riesgo del/la usuario/a, y brindar la oportunidad de aclarar o ahondar sobre algunos asuntos de interés. Con base en la respuesta del usuario/a, se debe informar la asociación de la(s) conducta(s) de riesgo, con la posibilidad de contraer alguna ITS, e indicar la importancia del cambio de conducta por otra(s) más segura(s) con la finalidad de mantener su salud sexual. Esto con el objetivo de ir predefiniendo un plan de reducción de riesgos, es decir, un plan realista y con conductas específicas con el fin de reducir los comportamientos de riesgo y adoptar medidas de prevención.

Paso 4.

Devolución del resultado

a. Descripción del procedimiento de devolución:

El/la orientador/a indicará al usuario/a que, además de revisar los resultados de las pruebas rápidas, se le brindará información sobre las implicaciones de los resultados, se revisará el plan de reducción de riesgos y, en caso necesario, se le informará sobre los servicios a los que puede acudir para las pruebas suplementarias y adicionales u otros servicios de salud.

b. Indicar los resultados de las pruebas rápidas

Los resultados de las pruebas rápidas deben comunicarse

confidencialmente y de forma privada, de manera directa y evitando redundancias, cual sea el resultado.

El/la orientador/a le debe mostrar al usuario/a los resultados de los casetes de las pruebas rápidas y describir a qué condición(es) fue reactivo y a cuales no.

En el caso de que el resultado de alguna de las pruebas rápidas sea **REACTIVO**:

► El resultado se tiene que informar con palabras sencillas, sin redundancias, mencionándole al usuario/a que su prueba dio un resultado reactivo para (VIH, VHB, VHC, sífilis).

► Reforzar la importancia de realizar una prueba suplementaria en algunos de los centros de salud incluidos en el folleto de referencias para confirmar el diagnóstico.

► Clarificar a la persona que actualmente existen tratamientos muy avanzados efectivos y eficaces que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida y evitar transmisión.

► Permitir que el/la usuario/a se exprese, brindar apoyo y estar atento a sus reacciones. Si es necesario, darle un momento sin retirarse del lugar.

► Antes de continuar, es necesario corroborar que el/la usuario/a entendió su resultado y si tiene dudas resolverlas en ese momento.

¿Qué hacer en caso de que un/una usuario/a entre en crisis tras un resultado reactivo?

► Darle un momento al usuario/a para que asimile la noticia.

► Brindar apoyo, estar atento.

► Escucharlo(a) e identificar cómo visualiza la crisis.

► Identificar necesidades y preocupaciones.

► Analizar posibles soluciones.

► Ayudar a trazar un plan de ejecución, incluyendo la prueba de confirmación.



En el caso de que el/la usuario/a obtenga un resultado **INVÁLIDO** se le aplicará nuevamente la prueba en la que obtuvo el resultado inválido. Si tras la repetición de la prueba el resultado vuelve a salir inválido se le remitirá a un centro de salud para que se realice una prueba suplementaria.

En el caso de que el resultado de la prueba sea **NO REACTIVO**:

- ▶ El objetivo de la comunicación será apoyar al usuario/a a permanecer libre de infección por medio de continuar con las prácticas seguras que tiene hasta el momento y cambiar aquellos comportamientos de riesgo, así como adoptar medidas de prevención.
- ▶ El resultado se tiene que informar con palabras sencillas, no añadir ningún comentario de felicitación.
- ▶ Se debe aclarar que un resultado no reactivo indica que hasta hace tres meses no estaba infectado, pero si en el periodo intermedio a esos tres meses ha tenido alguna situación de riesgo, se le aconseja repetir la prueba completados tres meses después de la última situación de riesgo, por el denominado periodo de ventana.
- ▶ Si durante la exploración con el cuestionario de conductas de riesgo el/la usuario/a reportó conductas de riesgo continuas, es un momento clave para hacerle notar que es necesario un cambio de dichas conductas por otras más seguras.

c. Informar las implicaciones específicas de los resultados: El/la orientador/a le describirá al usuario/a la posible relación entre las conductas de riesgo reportadas y sus resultados en las pruebas rápidas.

- ▶ En caso de un resultado reactivo o de un resultado inválido en alguna de las pruebas, el/la orientador/a le indicará al usuario/a la importancia de llevar a

cabo pruebas adicionales y el cambio de las conductas de riesgo por otras más seguras.

- ▶ En caso de que el/la usuario/a obtenga resultados no reactivos en todas las pruebas, pero reporte conductas de riesgo, se le dará información sobre el periodo de ventana y se le indicará la necesidad de realizar pruebas suplementarias y adicionales.
- ▶ En caso de que la persona obtenga resultados no reactivos en todas sus pruebas y no reporte conductas de riesgo, se le reforzará a continuar con sus conductas sexuales seguras y protegidas.

Paso 5.

Referencia a servicios y entrega de folletos de información

a. Informar al usuario/a sobre planes de reducción de riesgo y de acceso a servicios: El/la orientador/a le debe indicar al usuario/a las recomendaciones para reducir las conductas de riesgo dependiendo de sus resultados y de las conductas reportadas en el cuestionario. En caso de reactividad o de resultados inválidos, en cualquiera de las pruebas rápidas, se le indicará al usuario/a que debe acudir a realizarse pruebas suplementarias y adicionales, para lo que se le proporcionará una hoja de referencia a centros de salud especializados.

En este punto habrá que:

- ▶ Reforzar el plan de autocuidado con base en sus situaciones de riesgo y sobre las conductas que está dispuesto a cambiar para reducir el riesgo y adoptar medidas de prevención.
- ▶ Brindar las recomendaciones sobre prevención y autocuidado: reducir el número de parejas sexuales, exclusividad de pareja o abstenerse de tener relaciones sexuales, tener prácticas sexuales seguras o sin penetración, uso correcto del condón o de algún otro método de barrera, evitar el uso de alcohol y/o

Interpretación de los resultados de los casetes de pruebas:

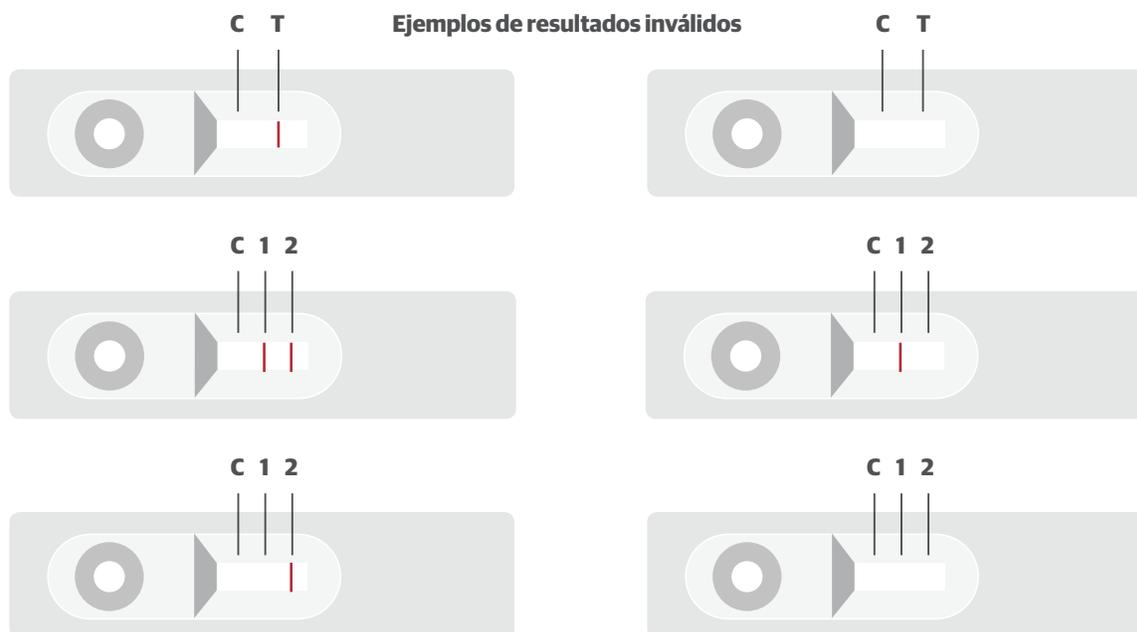
a) El resultado de la prueba es **REACTIVO** cuando aparece una línea roja/púrpura en el área de la prueba y una línea roja/púrpura en el área de control. Entre más bajo sea el nivel de concentración de anticuerpos, más débil será la línea de prueba, como se muestra en la siguiente imagen.



b) Cuando el resultado es **NO REACTIVO** sólo aparece una línea roja/púrpura en el área de control. La ausencia de línea en el área de prueba indica un resultado no reactivo.



c) El resultado de la prueba es **INVÁLIDO** cuando no aparece la línea de control. En este caso la prueba debe de repetirse con un nuevo casete.



drogas cuando haya relaciones sexuales, no compartir objetos punzocortantes, entre otras.

- ▶ Reforzar actitudes de autocuidado para evitar futuras infecciones o reinfecciones de cualquier ITS.
- ▶ Junto con el/la usuario/a, identificar a la(s) persona(s) que puedan fungir como red de apoyo.

b. Cierre de la OPB-APR: En este punto de la orientación se le proporciona información al usuario/a sobre los centros de salud a donde puede acudir, ya sea para realizarse las pruebas suplementarias, para obtener mayor información o para otros servicios de salud. También se le brindan folletos sobre conducta sexual segura y sobre información de la(s) condición(es) a las que resultó reactivo o con resultado inválido. Finalmente, se explora si hay alguna duda o comentario para abordarlo con el/la usuario/a; en caso de no haber un comentario adicional se procede a despedirse, estrechando la mano y agradeciéndole su colaboración.

7.

Ejemplos de diálogos para la OPB-APR

Paso 1. Presentación y orientación del procedimiento

a. Presentación con el/la usuario/a:



Hola, buenos días/tardes, bienvenido(a) (**saludar al usuario/a de mano**). Mi nombre es (**nombre del/la orientador/a**), ¿cuál es su nombre?

(respuesta del/la usuario/a)



Mucho gusto (**nombre del usuario/a**), ¿le puedo hablar de tú? (**En caso negativo, hablarle de usted**)

(respuesta del/la usuario/a)



(**Nombre del/la usuario/a**), yo seré la/el encargada(o) de llevar a cabo los procedimientos para la toma de muestra, la aplicación de las pruebas rápidas y también de hacerte algunas preguntas relacionadas con tu conducta sexual y uso de sustancias, para poder brindarte una retroalimentación con base en los resultados de tus pruebas. Cada uno de estos procedimientos te los explicaré con mayor detalle más adelante. Te recuerdo que todo el proceso es estrictamente confidencial y la información que tú me proporciones se quedará únicamente entre nosotros. Todo el proceso no durará más de 40 minutos y, al finalizar, tendrás los resultados de tus pruebas. ¿Te parece?

(respuesta del/la usuario/a)



b. Descripción del procedimiento:



Ahora te voy a explicar en qué consiste el procedimiento para realizar la evaluación con las pruebas rápidas:

(Con el material dispuesto sobre una mesa o escritorio, y que esté visible para el/la usuario/a)

Primero me tendré que colocar los guantes para mantener limpios los objetos que voy a manipular y que el resultado sea lo más confiable posible.

El material que se utilizará es una lanceta estéril, una toalla sanitizante/torundas con alcohol, un bulbo de plástico para recolectar la muestra de sangre, goteros/tubos con líquido diluyente y los casetes de prueba para la detección de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C **(Ir señalando el material para que el/la usuario/a lo reconozca).**

Como puedes observar **(mostrar el material en su empaque)**, el material está nuevo y sellado. Y, al terminar de utilizarlo, se desechará.

Para la obtención de la muestra de sangre, tendré que realizar una punción en la yema de tu dedo anular de la mano no dominante, es decir ¿tú con qué mano sueles hacer la mayoría de tus actividades? como escribir o comer.

(respuesta del usuario/a)



Entonces realizaría la punción en tu otra mano.

Después utilizaré la toalla sanitizante/torundas de algodón con alcohol para limpiar la yema **(mostrar el lugar)** del dedo de tu mano donde se va a realizar la punción.

Luego usaré la lanceta estéril para realizar la punción en tu dedo, posiblemente sientas un pequeño pinchazo, pero en la mayoría de los casos el dolor es mínimo o incluso imperceptible.

Después de que te haya realizado la punción, con la toalla sanitizante/torundas con alcohol, voy a limpiar la primera gota de sangre y, con el bulbo de plástico, voy a recolectar las gotas de sangre que comiencen a salir.

Luego de recolectar la sangre en el bulbo de plástico, voy a depositarla en el orificio de prueba de cada casete y después colocaré unas gotas del líquido diluyente dependiendo de cada prueba.

Este paso lo realizaré en cada uno de los casetes, ya que son pruebas diferentes. En caso de que no recolectara la cantidad suficiente de sangre en el lugar donde realicé la punción, será necesario realizar una segunda punción en otra yema de tu mano, con una lanceta nueva, para que pueda obtener la muestra de sangre necesaria.

Como paso final, te colocaré una tira adhesiva sanitaria en el lugar donde realicé la punción, para que puedas seguir realizando tus actividades cotidianas.



¿Tienes alguna duda acerca del procedimiento que te acabo de describir?

(Aclarar todas las dudas que tenga el/la usuario/a)

Cuando estemos esperando los resultados de las pruebas, los cuales estarán listos entre 15 a 20 minutos, te voy a hacer algunas preguntas relacionadas con tu conducta sexual y el consumo de sustancias, con el fin de darte una retroalimentación a partir de tus respuestas y de tus resultados de las pruebas.

Al terminar las preguntas, y cuando estén listos los resultados de tus pruebas, te voy a decir su interpretación.

Antes de eso te explico que hay 3 tipos de resultados que pueden arrojar las pruebas:

***Un resultado no reactivo.** Significa que muy probablemente no tienes la infección de lo que detecta esa prueba. Pero cabe resaltar que las infecciones recientes no siempre son detectadas por este tipo de pruebas, por el denominado periodo de ventana para el caso de VIH, que es un periodo de 3 meses y empieza cuando se da la última situación de riesgo de infección. Tiene que pasar el periodo de ventana para repetir la prueba, ya que en ese periodo no es detectable la infección.

***Un resultado inválido de la prueba,** se puede deber a que no hubo suficiente concentración de los reactivos o por fallas en el casete de la prueba, por lo que será necesario repetirla. Si tras la repetición vuelve a salir inválida la prueba, será necesario que te realices una prueba confirmatoria en uno de los centros de salud, información que te proporcionaré en un folleto, más adelante.

***Finalmente, un resultado reactivo.** Esto significa que es probable que estés infectado del virus o bacteria que detecta la prueba, pero es necesario que, para confirmar el diagnóstico, te realices una prueba suplementaria en alguno de los centros de salud, esa información se incluye en el folleto que te proporcionaré.

Recuerda que en cualquier momento me puedes preguntar las dudas o preguntas que te vayan surgiendo, ¿de acuerdo?

(respuesta del/la usuario/a)



Finalmente, dependiendo de tus resultados, te proporcionaré información de los centros de salud a donde puedes acudir en caso de que obtuvieras un resultado reactivo, para que puedas realizarte una prueba suplementaria. En caso de que obtengas un resultado no reactivo, te proporcionaré información de centros donde te puedan brindar más información, servicios de salud y métodos de prevención en VIH, VHB, VHC y sífilis.

¿Tienes alguna duda hasta este momento?

(En caso de dudas, aclararlas con el/la usuario/a)

c. Obtener el consentimiento por escrito para la realización de pruebas rápidas:



Entonces (**nombre del/la usuario/a**), si ya no tienes alguna duda y al conocer el proceso, ¿estás de acuerdo en que lo llevemos a cabo?

(Firmar el consentimiento)

A. Si el/la usuario/a acepta:



Perfecto, entonces comenzamos **(Comenzar con el paso 2)**.

B. Si el/la usuario/a no accede:



Respeto tu decisión de no querer llevar a cabo el proceso, pero me gustaría mencionarte que es importante realizar este tipo de pruebas para que pueda llevarse a cabo una detección temprana y oportuna, para tu bienestar y calidad de vida. Es normal a veces se llegue a sentir miedo y/o angustia ante las pruebas, ¿te sucede algo parecido?

B.1. En caso de que el participante diga que sí le pasa algo parecido, preguntarle.



¿Qué crees que pueda pasar?

(Escucharlo y, si es posible, tratar de resolverlo con el/la usuario/a, resaltando que es recomendable conocer su estado de salud para tomar acciones de prevención o tratamiento oportuno)

B.2. En caso de que el/la usuario/a diga que no es así, preguntarle.



¿Tienes alguna razón para no querer realizarte las pruebas?

(Escuchar las razones del/la usuario/a en caso de que las quiera compartir)



(Nombre del/la usuario/a), me gustaría conocer tu decisión respecto al proceso, ¿te gustaría que lo lleváramos a cabo? (Obtención del consentimiento informado firmado)

*C.1. Si el/la usuario/a acepta:
iniciar con el procedimiento.*



Perfecto, entonces comenzamos (Comenzar con el paso 2).

*C.2. Si el/la usuario/a no acce-
de a la toma de muestra.*



*(Nombre del/la usuario/a), no te preocupes, te reitero que estás en tu derecho de no querer llevarlo a cabo. Me gustaría finalizar diciéndote que en un futuro puedes considerar aplicarte las pruebas con la finalidad de que tengas un monitoreo de tu estado de salud. Te entrego este folleto donde se explica la conducta sexual segura y tiene la información de algunas opciones de servicios de salud para realizarte las pruebas en otra ocasión (se entrega folleto).
¿Tienes alguna duda?*

(respuesta del/la usuario/a)



Entonces (nombre del/la usuario/a), esto sería todo de mi parte. Me despido, que tengas un excelente día (despedirse del/la usuario/a dándole la mano).

2. Aplicación de pruebas rápidas

Realizar procedimientos contenidos en la sección de “Descripción de las actividades”.

a. Limpieza de manos:



(Nombre del usuario/a) vamos a iniciar con el procedimiento por lo que voy a lavar/desinfectar mis manos.

b. Colocación de guantes:



Ahora, como te había mencionado, me colocaré los guantes.

c. Toma de muestra:



Quedamos en que tu mano no dominante es la (izquierda/derecha).

(Mostrar lanceta) Como puedes ver, la lanceta está nueva y estéril.

Si me permites tu dedo, voy a limpiar la zona donde realizaré la punción. **(Una vez seca el área tras la limpieza)** Sentirás un pequeño piquete.

(Tras la punción) Listo, ¿te dolió?

(Recabar la sangre con el bulbo y colocarla en las ventanas de los casetes)

(Si no se recolectó la cantidad suficiente de sangre) Nos hizo falta más sangre para las pruebas, como te había mencionado, voy a tener que realizar otra punción. **(Repetir procedimiento de toma de muestra)**

(Posteriormente, colocar las gotas de líquido diluyente en la ventana de la prueba)

Después de colocar el líquido diluyente en cada casete, tenemos que esperar 20 minutos para ver el resultado. Así que, mientras tanto, voy a cubrir los casetes. Te voy a colocar esta tira adhesiva en el dedo donde hice la punción y empezaremos con las preguntas, como te había mencionado.

d. Desecho de materiales:



(Ir desechando el material que ya no se utilizará, en caso de que se tuviera que realizar una segunda prueba ante algún resultado inválido, como la torunda/toalla sanitizante, lanceta, bulbo recolector de sangre)

3. Exploración y retroalimentación de conductas de riesgo

a. Descripción del cuestionario de conductas de riesgo:



(Nombre del/la usuario/a), te voy a hacer algunas preguntas relacionadas con tu conducta sexual, ya sea de tipo anal, vaginal u oral, también sobre el número de parejas sexuales que tienes, el uso de condón y sobre el consumo de sustancias.



Antes de comenzar, me gustaría recordarte que toda la información que me proporciones será tratada de forma estrictamente confidencial.

Te menciono que no hay respuestas buenas o malas, sólo te pediría que respondas con sinceridad y de acuerdo a tu situación. Si existe alguna pregunta que no desees contestar, me lo puedes decir sin problema. Sin embargo, es importante que contestes a las preguntas para que te pueda realizar una retroalimentación adecuada con base en la información que me proporciones. ¿De acuerdo?

a) El/la usuario/a accede.



b) El/la usuario/a prefiere no hablar sobre algunos temas:



Respetaré tu decisión, pero es importante explorar los temas para que podamos identificar las situaciones que te pueden llegar a poner en riesgo de alguna infección. Además, la información que tú me brindes se quedará entre nosotros dos, es confidencial y nadie tiene que saberla si tú no quieres. ¿Qué te parece si lo intentamos?

c) El/la usuario/a accede.



d) El/la usuario/a se rehusa a contestar el cuestionario:



No te preocupes, estás en tu derecho de no querer responder. Sólo esperaremos a que estén listos los resultados de las pruebas para dártelos.

(Brindar los resultados de las pruebas rápidas y proporcionar los folletos de información y de referencia a servicios)

b. Aplicación del cuestionario de conductas de riesgo:



Para las preguntas que te voy a hacer, vamos a entender 3 conceptos.

El primero es **relación sexual**, que se refiere al contacto físico entre personas con el objeto de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos.

7. Ejemplos de diálogos para llevar a cabo la OPB-APR



El segundo es **pareja primaria**, entendido como una relación con otra persona con la que consideres que existe un compromiso, por ejemplo novia/o, esposa/o, amante. Y, finalmente, **pareja no primaria**, entendido como cualquier persona con la que tengas relaciones sexuales y que consideres que no existe un compromiso, por ejemplo relación sexual casual, sexo pagado o sexoservicio (es decir, relaciones donde has pagado o te han pagado por sexo).

¿Te quedan claros los tres conceptos o quieres que repita alguno?

(Si es necesario, repetir y dejar claros los conceptos) ¿Te parece si comenzamos?

(respuesta del/la usuario/a)



(Aplicar cuestionario de conductas de riesgo en Anexo 1)

c. Retroalimentación específica sobre conductas de riesgo:



Listo, ahora dame unos segundos para revisar tu cuestionario.

En la pregunta que hace referencia a **(conducta sexual/consumo de sustancias, especificar pregunta)**, respondiste que **(especificar lo que contestó la persona)**.

Sx1. Cuando el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales con penetración anal o vaginal es ≥ 1 .



(Nombre del/la usuario/a), mencionaste que en los últimos 30 días has tenido relaciones sexuales con más de una persona. Cuando existe más de una pareja sexual aumenta el riesgo de adquirir VIH o de alguna ITS, por lo que es muy importante el uso de condón en las distintas prácticas sexuales que tengas, para evitar una posible transmisión.

Sx2. Si el/la usuario/a contestó que tiene >1 pareja primaria con penetración anal o vaginal.



Es importante mencionarte que en el momento en el que tenemos más de una pareja sexual, existe un aumento en la probabilidad de que seamos propensos a adquirir alguna ITS, ya que, al no existir una exclusividad sexual en la pareja, probablemente nuestras parejas sexuales tampoco la tengan, y puede ser que desconozcamos su historial sexual, por lo que el riesgo de transmisión se incrementa.



En el caso de practicar sexo anal, es importante tomar ciertas medidas de precaución, por ejemplo: utilizar condón para mayor protección contra la transmisión de ITS. Además, la utilización de lubricante, ya que el ano no tiene la capacidad de lubricarse por sí solo, por lo que durante la penetración pueden generarse pequeñas lesiones o fisuras que aumentan el contacto con sangre y con ello el riesgo de transmisión.

Sx3. Si el/la usuario/a contestó que tiene ≥ 1 pareja no primaria con penetración anal o vaginal.



(Nombre del/la usuario/a), mencionaste que tienes parejas no primarias.

En el momento en el que nosotros tenemos más de una pareja sexual, existe un aumento en la probabilidad de que seamos propensos a adquirir alguna ITS. En su mayoría, algo que distingue a las parejas primarias de las no primarias, es que con las parejas no primarias, la mayoría de las veces, desconocemos su historial sexual, ya que puede ser que tengamos sólo un encuentro sexual con esa persona. Lo que conlleva a que con una sola ocasión que tengamos sexo sin protección, la probabilidad de transmisión de alguna ITS es considerable.

En el caso de practicar sexo anal, es importante tomar ciertas medidas de precaución, por ejemplo: utilizar condón para mayor protección contra la transmisión de ITS. Además, la utilización de lubricante, ya que el ano no tiene la capacidad de lubricarse por sí solo, por lo que durante la penetración pueden generarse pequeñas lesiones o fisuras que aumentan el contacto con sangre y con ello el riesgo de transmisión.

Sx2-sx3. Si el/la usuario/a tiene pareja(s) primarias y no primaria(s).



(Nombre del/la usuario/a), mencionas que tienes pareja(s) primaria(s) y pareja(s) no-primaria(s).

En el momento en el que nosotros tenemos más de una pareja sexual, existe un aumento en la probabilidad de que seamos propensos a adquirir alguna ITS.

Ya que, al no existir una exclusividad sexual en la pareja, probablemente nuestras parejas sexuales tampoco la tengan, y puede ser que desconozcamos su historial sexual, por lo que el riesgo de transmisión se incrementa. De igual forma, con las parejas no primarias, puede ser que desconozcamos su historial sexual, ya que hay ocasiones en las que sólo se tiene un encuentro sexual con esa persona. Lo que conlleva a que con una sola ocasión que tengamos sexo sin protección, la probabilidad de transmisión de alguna ITS es considerable.

Sx6-sx7. Si el/la usuario/a tuvo relaciones sexuales con penetración anal o vaginal sin utilizar condón con >1 pareja primaria o no primaria.



(Nombre del/la usuario/a), reportas que tienes sexo sin protección con tu(s) pareja(s) primaria(s) y/o con tu(s) pareja(s) no primaria(s), esto tiene implicaciones muy importantes. Como te había mencionado con anterioridad, el aumento de parejas sexuales tiene un aumento en los riesgos de infección de alguna ITS, pero este riesgo aumenta si no se utiliza condón, ya que el contagio de ITS se debe principalmente al contacto o intercambio de fluidos corporales (secreciones vaginales, semen, sangre o líquido preeyaculatorio). Por tal motivo, el sexo desprotegido es una conducta sexual de alto riesgo.

En el caso de tener sexo anal sin condón, el riesgo de contagio es aún mayor, ya que el contacto directo del pene con el ano aumenta la probabilidad de que existan microlesiones cuando no hay lubricación, teniendo contacto directo con la sangre. Por tal motivo, como te había mencionado, es importante que se lleven a cabo medidas preventivas como el uso de lubricantes y del condón para disminuir la posibilidad de transmisión.

Además, al desconocer el historial sexual de las parejas no primarias el riesgo incrementa.

Es conveniente informarte que con una sola ocasión en la que no utilices condón, el riesgo de infección de alguna ITS es considerable, ya que el contagio se puede dar en un único encuentro.

Por eso quiero resaltar la importancia de la utilización de condón en todos tus encuentros sexuales, para prevenir una posible transmisión.

a) No utiliza condón con pareja(s) primaria(s) y sí utiliza con pareja(s) no primaria(s) (sx6-sx7).



(Nombre del/la usuario/a), mencionas que con tu(s) pareja(s) primaria(s) no utilizas condón, pero con tu(s) pareja(s) no primaria(s) sí lo haces.

Sin embargo, a pesar de que es una conducta sexual protegida, es importante que tomes en consideración dos cosas: la primera es la utilización del condón tanto con tu(s) pareja(s) primaria(s) como con tu(s) pareja(s) no primaria(s) ya que, si en algún momento o por alguna razón se te llega a pasar utilizar condón con tu(s) pareja(s) no primaria(s), te expones a un riesgo de transmisión considerable y también expones a tu(s) pareja(s) primaria(s). El segundo punto que podrías considerar es la disminución del número de parejas sexuales, para que exista una menor propensión a riesgos de transmisión de ITS.

(Es importante que el/la orientador/a identifique las diversas situaciones que conllevan a la utilización o no del condón: cuándo utiliza condón, cuándo no y por qué)

Sx8. Si el/la usuario/a tuvo relaciones sexuales con penetración anal o vaginal con >1 pareja primaria estando intoxicado.



(Nombre del/la usuario/a), me dices que has tenido relaciones sexuales con penetración anal o vaginal con tus parejas primarias estando intoxicado por consumo de alguna sustancia. Este punto es muy importante, ya que cuando estamos bajo los efectos de alguna sustancia somos más propensos a tener relaciones sexuales sin tomar precauciones como el uso de condón o el empleo de lubricante. Lo cual puede aumentar tu riesgo de contraer alguna infección.

Sx9. Si el/la usuario/a tuvo relaciones sexuales con penetración anal o vaginal estando intoxicado con su(s) pareja(s) no primaria(s).



*(Nombre del/la usuario/a), el consumo de sustancias es uno de los factores que predispone a llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, como tener un mayor número de parejas sexuales y no utilizar condón en esos encuentros sexuales, **(el/la orientador/a puede ir relacionando la información ya revisada del/la usuario/a como número de parejas, consumo de sustancias y empleo de condón)**, ya que somos más propensos a no tomar en consideración los riesgos que se pueden generar a futuro.*

Incluso, en ocasiones, no recordamos qué hicimos o con quién estuvimos y, desafortunadamente, no sabemos de que nos pudimos infectar. Por lo que tienes que considerar tomar medidas preventivas en cuanto al consumo o a la protección que puedas tener para disminuir ese riesgo de infección.

Sx10. En el caso de que el/la usuario/a tenga sexo con hombres y mujeres.



(Nombre del usuario/a), es importante que tomes en consideración la información que te mencioné con anterioridad, como es la utilización de condón cuando tengas sexo ya sea vaginal o anal, y la utilización de lubricante en el caso de tener sexo anal, para que tengas una menor probabilidad de contagio de VIH o alguna ITS.

7. Ejemplos de diálogos para llevar a cabo la OPB-APR

Sx11. En el caso de que el/la usuario/a no haya utilizado condón en su última relación sexual.



Como ya te he comentado, el uso del condón como método de barrera, te protege del contagio de alguna ITS, ya sea si tienes penetración anal o vaginal, por lo que su uso es muy importante para tu salud. Más aún si tienes relaciones sexuales con parejas no primarias y cuando estás bajo los efectos del alcohol o de otra sustancia, por lo que te he comentado.

Dr12-dr12c. En el caso de que el/la usuario/a se haya inyectado alguna droga.



Además del riesgo de contraer una infección por vía sexual, también existe un riesgo importante de contagio por la vía sanguínea al compartir objetos punzocortantes con otras personas. Y, en el caso específico de consumo de sustancias inyectadas, puede ser por medio de compartir agujas con otras personas lo que aumente exponencialmente el riesgo de una infección por VIH, hepatitis B o hepatitis C. Compartir una aguja con una persona infectada, aunque haya sido sólo una vez, es suficiente para el contagio. Hacerlo en repetidas ocasiones, hace que el riesgo de contagio incremente todavía más.

Dr13-dr13a. En el caso de que el/la usuario/a haya tenido relaciones sexuales estando intoxicado.



(Nombre del/la usuario/a), mencionaste que has tenido relaciones sexuales estando intoxicado, lo que conlleva a dos posibles riesgos en caso de que no se utilicen las medidas adecuadas de protección. Primero, porque al estar bajo los efectos de alguna sustancia, la mayoría de las veces, no se toman las mismas precauciones ni cuidados, como el uso de condón o de lubricante. Tampoco llegamos a considerar las implicaciones de estar con parejas primarias o no primarias. Además, si el uso de sustancias se realiza por medio de agujas, es importante considerar el no compartirlas para no agregar otro riesgo de infección.

En las preguntas sx14 a sx14d identificar las respuestas que conlleven un riesgo para el/la usuario/a:

Relaciones sexuales con alguien que trabaja en la prostitución.





(Nombre del/la usuario/a), mencionaste que has tenido relaciones sexuales con alguien que trabaja en la prostitución. Es importante hacer este tipo de preguntas porque, aunque es cierto que en algunos lugares la prostitución se encuentra regulada y se realizan exámenes de VIH e ITS, lo que también es cierto es que existen lugares donde este control no se lleva cabo y las personas que se encuentran laborando desconocen que son portadoras de ciertas infecciones o enfermedades, lo que implica que tú, como cliente, te encuentras en riesgo de contagio. Cabe destacar que además de las medidas que tomes respecto a los lugares que acudes a buscar el servicio, no falte el uso del condón como protección para garantizar una disminución en el riesgo de contagio de alguna ITS.

Relaciones sexuales con alguien que tiene alguna ITS.



(Nombre del/la usuario/a), ¿utilizaste condón o te protegiste de alguna forma cuándo tuviste relaciones sexuales con alguien que sabes que tiene alguna ITS?

(respuesta del/la usuario/a)



Te pregunto porque, como hemos venido revisando, el contagio de alguna ITS se genera cuando hay un intercambio de fluidos corporales como sangre, semen, fluido vaginal o líquido preeyaculatorio, por lo que el riesgo se incrementa cuando no se utiliza condón.

Con una sola ocasión que lles a cabo sin protección este tipo de encuentros te puedes contagiar, y la probabilidad de contagio irá en aumento con la repetición de esta conducta si no te proteges. Por tal motivo, es indispensable que se utilice el condón sin falta en los casos en los que uno de los miembros es portador de alguna ITS.

Relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas.



(Nombre del/la usuario/a), mencionaste que tuviste relaciones sexuales con usuarios de drogas inyectables. La complicación es que, en su mayoría, las personas que usan drogas inyectadas son más propensas a tener no sólo VIH, sino que además pueden tener hepatitis B y hepatitis C, debido al intercambio de agujas, ya que el contacto que se tiene con sangre es directo. Por tal motivo, es importante no intercambiar agujas para que la propagación de estas infecciones no sea mayor.



Desafortunadamente, y como tú ya sabes, el contagio de las infecciones también se da por vía sexual; entonces, cuando nosotros tenemos relaciones sexuales con alguien que está infectado, la probabilidad de contagiarnos es muy grande, por lo que es indispensable el uso de condón.

Relaciones sexuales con alguien cuyo historial sexual no se conoce.



(Nombre del/la usuario/a), mencionas que no conoces bien el historial sexual de tu(s) pareja(s) sexual(es), por lo que es importante tomar en cuenta que esto es uno de los factores que ocasiona que una relación sexual sea de alto riesgo, ya que al desconocer el historial sexual, no estamos seguros, o no tenemos la certeza, de lo que pueda padecer esa persona, y si no se ha sometido a alguna prueba de detección de alguna ITS, tu riesgo de contagio es considerable.



Hasta el momento (nombre del/la usuario/a) ¿tienes alguna duda de lo que te acabo de comentar?

4. Devolución de los resultados

a. Descripción del procedimiento de devolución:



A continuación, vamos a ir revisando cada una de tus pruebas y te voy a ir diciendo tus resultados y las implicaciones que cada uno conlleva. También revisaremos tu plan de reducción de riesgos y, dependiendo de los resultados, te brindaré información de servicios especializados a los que puedes acudir para que obtengas mayor información o, en el caso de ser necesario, para que te puedas realizar las pruebas suplementarias.

¿Tienes alguna duda hasta el momento?

(En el caso de dudas, aclararlas con el/la usuario/a)

Si ya no tienes dudas o comentarios, ¿te parece si vemos los resultados de tus pruebas?

b. Indicar los resultados de las pruebas rápidas:

Primero proporcionar los resultados reactivos, luego los inválidos y finalizar con los resultados no reactivos.

c. Informar las implicaciones específicas de los resultados:



Esta prueba es la que se utiliza para detectar anticuerpos contra **(mencionar VIH, hepatitis B, hepatitis C o sífilis, según sea el caso)** y como podemos observar aquí:

(+) Tu resultado para esta prueba es reactivo. Como puedes ver, las líneas en el área "C" de control y en "T" de test están coloreadas. Recuerda que estos resultados no son concluyentes, para ello necesitas realizarte una prueba suplementaria en alguno de los centros de salud que te mencionaré en un momento para confirmar tu diagnóstico.

En caso de que en alguna prueba suplementaria obtengas un resultado positivo, es importante que decidas comenzar un tratamiento lo antes posible, en los centros de salud te darán más información sobre el tema.

En el caso de la prueba de VIH: con los avances en la ciencia, el VIH no es mortal como antes se pensaba, y la esperanza de vida de las personas con este padecimiento es como la de cualquier otra, siempre y cuando se sigan las recomendaciones y la toma del medicamento.

Es importante el uso de condón en tus encuentros y que estés pendiente de las situaciones en las que llegas a consumir alguna sustancia (en caso de consumo).



(/) Tu resultado para esta prueba es inválido. Ya que no aparece coloreada la línea en el área de control "C", no importa que haya aparecido la otra línea, si no se marca la línea de control la prueba es inválida y será necesario repetirla. Esto puede deberse a distintos factores, como defectos de fábrica de la prueba o por la concentración de reactivos y de sangre. Volveremos a realizar el proceso y en el caso de que volviera a salir inválida tu prueba, será necesario que vayas a un centro de salud para que te realices una prueba suplementaria, la referencia te la proporcionaré en un momento.

En caso que el resultado sea inválido por segunda ocasión:



(Nombre del/la usuario/a), al parecer de nuevo salió inválido tu resultado de esta prueba. Es importante que te realices una prueba suplementaria para la detección de **(mencionar VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C, según sea el caso)** para comprobar tu estado serológico.



(-) Tu resultado para esta prueba es no reactivo. Ya que sólo aparece una línea coloreada donde está la letra "C", que es el área de control **(señalar en el casete)** y no hay ninguna línea en el área "T" de test de la prueba **(señalar en el casete)**.

Si los resultados de las pruebas fueron no reactivos y el/la usuario/a no reporta conductas sexuales de riesgo:



*(Nombre del/la usuario/a), en las pruebas de detección de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C obtuviste resultados no reactivos y, como mencionaste en el cuestionario de conductas de riesgo, has tomado tus precauciones y tenido prácticas seguras, es conveniente que te sigas protegiendo como lo has venido haciendo hasta el momento y continúes con las medidas de prevención **(en caso de tener alguna conducta de riesgo comentarla y trazar un plan de reducción de riesgos)**.*

Si los resultados de las pruebas fueron no reactivos y el usuario reporta conductas sexuales de riesgo:



*(Nombre del/la usuario/a), recuerda que un resultado no reactivo implica que hasta hace tres meses no estabas infectado/a, pero si en estos últimos tres meses has tenido alguna práctica de riesgo como las que hemos revisado, te aconsejo repetir la prueba completado este tiempo, por lo que te he comentado sobre el periodo de ventana, que es el periodo en el que un virus o bacteria tarda en manifestarse y durante este tiempo las pruebas de tamizaje o pruebas rápidas no logran detectarlo. En esta ocasión, tus resultados fueron no reactivos; sin embargo, tu historial previo indica que has tenido conductas que implican un riesgo de transmisión **(el/la orientador/a debe basarse en las conductas de riesgo identificadas en el cuestionario de conductas de riesgo)**.*

Si has tenido conductas sexuales de riesgo en los últimos tres meses es importante que te estés monitoreando durante el periodo de ventana y comiences a tener conductas sexuales protegidas para asegurar que en este periodo el riesgo de contagio sea nulo.

*Por lo que es importante que consideres el uso de condón en tus encuentros o que consideres disminuir el número de parejas sexuales, además de estar al pendiente de las situaciones en las que llegas a consumir alguna sustancia **(en caso de que lo realice el/la usuario/a)**.*

(Nombre del usuario/a), ¿tienes alguna duda sobre los resultados de tus pruebas?

5. Referencia a servicios y entrega de folletos de información

a. Informar al usuario/a sobre planes de reducción de riesgo y de acceso a servicios:



*Como revisamos, tus resultados fueron reactivos para la(s) prueba(s) de **(mencionar VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C según sea el caso)**:*



Por lo tanto, es importante que consideres ciertas recomendaciones sobre prevención y autocuidado como:

(Considerar las recomendaciones dependiendo de las prácticas de riesgo del/la usuario/a)

- ▶ El uso correcto del condón o de algún otro método de barrera en tus encuentros sexuales
- ▶ Reducir el número de parejas sexuales (si es el caso), la exclusividad de pareja o abstenerse de tener relaciones sexuales
- ▶ Tener prácticas sexuales seguras o sin penetración
- ▶ Evitar el uso de alcohol y/o drogas cuando vayas a tener relaciones sexuales
- ▶ No compartir objetos punzocortantes
- ▶ Estar al pendiente de las situaciones en las que puedas llegar a consumir alguna sustancia (relacionarlo con las conductas de riesgo reportadas en el cuestionario).

En caso de reactividad o de resultados inválidos



Como tu prueba arrojó un resultado (reactivo/inválido) para **(mencionar VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C según sea el caso)**, es muy importante que acudas a un centro de salud especializado para realizarte una prueba suplementaria y se pueda determinar tu estado serológico. Esta situación no es para alarmarse o para dejarla pasar, al contrario, es para poder hacer algo oportunamente y que tu salud no se ponga en riesgo, ¿está bien **(nombre del/la usuario/a)**?

¿Quién crees que te podría acompañar o a quién le dirías que te acompañe para realizarte la prueba suplementaria? Ya sea un familiar, un amigo o una persona de tu confianza.

(respuesta del/la usuario/a).



Recuerda acudir lo más pronto posible para tener un diagnóstico y, en caso necesario, un tratamiento oportuno.

b. Cierre del OPB-APR:



(Nombre del usuario/a), permíteme darte esta hoja **(entregar hoja de referencias)** que contiene la información de algunos de los centros de salud donde puedes acudir ya sea por información o para realizarte la prueba suplementaria. Estos centros son gratuitos y es muy importante que acudas a realizarte la prueba suplementaria **(en caso de reactividad o para análisis posteriores)**. Como puedes ver aquí, vienen los datos de contacto y la localización de los establecimientos.

(Se recomienda entregarle al usuario/a los resultados obtenidos en las pruebas por escrito)



Permíteme un momento en lo que lleno esta hoja de resultados para que te la puedas llevar.
También te entrego este folleto donde viene explicado qué son y cómo se llevan a cabo las conductas sexuales seguras.

¿Tienes alguna duda (**nombre del/la usuario/a**)?

(Aclarar dudas en caso necesario)

(Nombre del/la usuario/a), eso sería todo de mi parte, si ya no hay alguna duda o comentario, me despido, que tengas un excelente día.

Hasta luego (**nombre del/la usuario/a**), **(El/la orientador/a se despide dándole la mano al usuario/a. Desecha los materiales utilizados y coloca en el contenedor rígido las lancetas, y en las bolsas de plástico los guantes, la toalla sanitizante o las torundas de algodón, el bulbo de plástico con sangre, el bulbo de plástico con líquido diluyente, el seguro de la lanceta y los casetes)**

8.

Referencias

- ▶ Aceijas, C., & Rhodes, T. (2007). *Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users*. *International Journal of Drug Policy*, 18(5), 352-358. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.04.004>
- ▶ Alvarado-Esquivel, C., Sablon, E., Martínez-García, S., & Estrada-Martínez, S. (2005). *Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico*. *Epidemiology and Infection*, 133(4), 679-685. <https://doi.org/10.1017/S0950268805003961>
- ▶ Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis [ASSCAT]. (2014). *Artículos especializados sobre la hepatitis B*.
- ▶ Barta, W. D., Portnoy, D. B., Kiene, S. M., Tennen, H., Abu-Hasaballah, K. S., & Ferrer, R. (2008). *A daily process investigation of alcohol-involved sexual risk behavior among economically disadvantaged problem drinkers living with HIV/AIDS*. *AIDS and Behavior*, 12(5), 729-740. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9342-4>
- ▶ Brown, J. L., & Venable, P. A. (2007). *Alcohol use, partner type, and risky sexual behavior among college students: Findings from an event-level study*. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2940-2952. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.011>
- ▶ Campollo, O., Roman, S., Panduro, A., Hernandez, G., Diaz-Barriga, L., Balanzario, M. C., & Cunningham, J. K. (2012). *Non-injection drug use and hepatitis C among drug treatment clients in west central Mexico*. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1-3), 269-272. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.11.009>
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2012). *Guía de implementación RESPECT*.
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2015). *Hepatitis C General Information*. EU.
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2016a). *Implementing HIV Testing in Nonclinical Settings: A Guide for HIV Testing Providers*. Retrieved from https://www.cdc.gov/hiv/pdf/testing/CDC_HIV_Implementing_HIV_Testing_in_Nonclinical_Settings.pdf
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2016b). *Syphilis*.
- ▶ Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida [CENSida]. (2006a). *Manual para la aplicación de la prueba rápida*, 1-32. Retrieved from http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Manual_Aplicacion_pruebas_rapidas.pdf
- ▶ Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida [CENSida]. (2006b). *Manual sobre orientación VIH/Sida E ITS*. Retrieved from <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/manualconsejeria.pdf>



- ▶ *Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSida]. (2011). El VIH/SIDA en México 2011. Numeralia epidemiológica. (SSA, Ed.). México.*
- ▶ *Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., ... Fleming, T. R. (2011). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*, 365(6), 493-505. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>*
- ▶ *Cohen, M. S., & Gay, C. L. (2010). Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. *Clinical Infectious Diseases*, 50, S85-S95. <https://doi.org/10.1086/651478>*
- ▶ *Deiss, R. G., Lozada, R. M., Burgos, J. L., Strathdee, S. A., Gallardo, M., Cuevas, J., & Garfein, R. S. (2012). HIV prevalence and sexual risk behaviour among non-injection drug users in Tijuana, Mexico. *Global Public Health*, 7(2), 175-183. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.549141>*
- ▶ *Department: HEALTH, & Republic of South Africa. (2015). National HIV Counselling and testing Policy Guidelines. Retrieved from <https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2015/07/HCT-Guidelines-2015.pdf>*
- ▶ *Dirección General de Asistencia Sanitaria. Junta de Galicia. (2013). Guía de práctica clínica Hepatitis C. Galicia.*
- ▶ *Foundation, H. B. (2014). Statistic. Retrieved from <http://www.hepb.org/hepb/%ODstatistics.htm>*
- ▶ *Fung, S. K., & Lok, A. S. F. (2004). Hepatitis B virus genotypes: Do they play a role in the outcome of HBV infection? *Hepatology*, 40(4), 790-792. <https://doi.org/10.1002/hep.1840400407>*
- ▶ *Gray, R. H., Wawer, M. J., Brookmeyer, R., Sewankambo, N. K., Serwadda, D., Wabwire-Mangen, F., ... Quinn, T. C. (2001). Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *The Lancet*, 357(9263), 1149-1153. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04331-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04331-2)*
- ▶ *Grebely, J., & Tyndall, M. W. (2011). Management of HCV and HIV infections among people who inject drugs. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 6(6), 501-507. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32834bcb36>*
- ▶ *Hall, H. I., Holtgrave, D. R., & Maulsby, C. (2012). HIV transmission rates from persons living with HIV who are aware and unaware of their infection. *AIDS*, 26(7), 893-896. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328351f73f>*
- ▶ *Hammer, S. M., Squires, K. E., Hughes, M. D., Grimes, J. M., Demeter, L. M., Currier, J. S., ... Cook, J. C. (1997). A Controlled Trial of Two Nucleoside Analogues plus Indinavir in Persons with Human Immunodeficiency Virus Infection and CD4 Cell Counts of 200 per Cubic Millimeter or Less. *New England Journal of Medicine*, 337(11), 725-733. <https://doi.org/10.1056/NEJM199709113371101>*
- ▶ *Haute Autorité de Santé. (2009). HIV infection screening in France. Screening Strategies. Public Health Guidelines. Retrieved from https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/hiv_infection_screening_in_france_-_screening_strategies_-_executive_summary_2010-02-26_10-28-32_643.pdf*
- ▶ *Kohli, A., Shaffer, A., Sherman, A., & Kottlil, S. (2014). Treatment of hepatitis C: a systematic review. *JAMA*, 312(6), 631-640. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.7085>*
- ▶ *Kyle, T. L., Horigian, V. E., Tross, S., Gruber, V. A., Pereyra, M., Mandler, R. N., ... Metsch, L. R. (2015). Uptake of HIV Testing in Substance Use Disorder Treatment Programs That Offer On-Site Testing. *AIDS and Behavior*, 19(3), 536-542. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0864-2>*

- ▶ Leber, W., McMullen, H., Anderson, J., Marlin, N., Santos, A. C., Bremner, S., ... Griffiths, C. (2015). Promotion of rapid testing for HIV in primary care (RHIVA2): a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet HIV*, 2(6), e229-e235. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00059-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00059-4)
- ▶ Lehman, J. S., Allen, D. M., Green, T. A., & Onorato, I. M. (1994). HIV infection among non-injecting drug users entering drug treatment, United States, 1989-1992. *Field Services Branch. AIDS (London, England)*, 8(10), 1465-9. <https://doi.org/10.1097/00002030-199410000-00014>
- ▶ Limited, M. (2008). *UK National Guidelines for HIV Testing 2008 UK National Guidelines for HIV Testing 2008 UK National Guidelines for HIV Testing 2008*. Retrieved from <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Testing/GlinesHIVTest08.pdf>
- ▶ Magis-Rodríguez, C., Brouwer, K. C., Morales, S., Gayet, C., Lozada, R., Ortiz-Mondragón, R., ... Strathdee, S. A. (2005). HIV Prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-U.S. Border city of Tijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(3), 333-339. <https://doi.org/10.1080/02791072.2005.10400528>
- ▶ Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., Horigian, V. E., Salloum, I. M., Villalobos-Gallegos, L., & Fernández-Mondragón, J. (2016). Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Community-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3-4), 261-270. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1220207>
- ▶ Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J. W., & Janssen, R. S. (2005). Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 39(4), 446-453. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000151079.33935.79>
- ▶ May, M., Sterne, J. A. C., Sabin, C., Costagliola, D., Justice, A. C., Thiébaud, R., ... Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration. (2007). Prognosis of HIV-1-infected patients up to 5 years after initiation of HAART: collaborative analysis of prospective studies. *AIDS (London, England)*, 21(9), 1185-97. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328133f285>
- ▶ Ministerio de Sanidad, S. S. e, & Igualdad. (2014). *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario*. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
- ▶ National AIDS Control Programme, T. (Nacp), & Welfare, M. of H. and S. (2013). *National Comprehensive Guidelines for HIV Testing and Counselling*. World Health Organization, (February). <https://doi.org/9789241509565>
- ▶ Nice. (2016). *HIV testing: increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV*. National Institute of Clinical and Healthcare Excellence, (December). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng60/resources/hiv-testing-increasing-uptake-among-people-who-may-have-undiagnosed-hiv-pdf-1837567043269>
- ▶ Nice. (2017). *HIV testing: encouraging uptake | Guidance and guidelines | NICE*. National Institute of Clinical and Healthcare Excellence, (September). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs157>



- ▶ Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Eliminación Mundial de la Sífilis Congénita: fundamentos y estrategia para la acción*. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/es/>
- ▶ Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Hepatitis B*. WHO. World Health Organization.
- ▶ Organización Nacional de la Salud [OMS]. (2016). *OMS | Hepatitis C*. WHO. World Health Organization.
- ▶ Piasecki, B. A., Lewis, J. D., Reddy, K. R., Bellamy, S. L., Porter, S. B., Weinrieb, R. M., ... Chang, K. M. (2004). Influence of alcohol use, race, and viral coinfections on spontaneous HCV clearance in a US veteran population. *Hepatology*, 40(4), 892-899. <https://doi.org/10.1002/hep.20384>
- ▶ Poustchi, H., Esmaili, S., Mohamadkhani, A., Nikmahzar, A., Pourshams, A., Sepanlou, S. G., ... Malekzadeh, R. (2011). The impact of illicit drug use on Spontaneous Hepatitis C Clearance: Experience from a large cohort population study. *PLoS ONE*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023830>
- ▶ Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., Butterfield, M. I., ... Salyers, M. P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91(1), 31-37.
- ▶ Santé, H. A. de. (2008). *HIV infection screening in France. Laboratory tests and algorithms*.
- ▶ Schackman, B. R., Metsch, L. R., Colfax, G. N., Leff, J. A., Wong, A., Scott, C. A., ... Walensky, R. P. (2013). The cost-effectiveness of rapid HIV testing in substance abuse treatment: Results of a randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1-2), 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.009>
- ▶ Scheinmann, R., Hagan, H., Lelutiu-Weinberger, C., Stern, R., Jarlais, D. C. D., Flom, P. L., & Strauss, S. (2007). Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.11.014>
- ▶ Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales [SEMARNAT]. (2003). *Nom-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos - Clasificación Y Especificaciones De Manejo*. *Diario Oficial de La Federación*, 1-17.
- ▶ Simmons, H. L. (2014). *Seventh Edition*. (P. E. Sax, Ed.) (Seventh Ed).
- ▶ SSA México. (2009). *NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*.
- ▶ SSA México. (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*.
- ▶ Strathdee, S. A., Philbin, M. M., Semple, S. J., Pu, M., Orozovich, P., Martinez, G., ... Patterson, T. L. (2008). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 132-140. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.07.001>
- ▶ Thomas, H. C., Lok, A., Locarnini, S., & Zuckerman, A. (2014). *Viral hepatitis*. John Wiley & Sons.
- ▶ Thomas, J., Shiels, C., & Gabbay, M. B. (2014). Modelling condom use: Does the theory of planned behaviour explain condom use in a low risk, community sample? *Psychology, Health and Medicine*, 19(4), 463-472. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.824592>

- ▶ Treloar, C., Newland, J., Rance, J., & Hopwood, M. (2010). Uptake and delivery of hepatitis C treatment in opiate substitution treatment: Perceptions of clients and health professionals. *Journal of Viral Hepatitis*, 17(12), 839-844. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2009.01250.x>
- ▶ Weller, S. C. (1993). A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. *Social Science and Medicine*, 36(12), 1635-1644. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90352-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90352-5)
- ▶ Weller, S. C., & Davis-Beaty, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. In S. C. Weller (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003255>
- ▶ World Health Organization. (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. WHO Guidelines, (July), 184. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1
- ▶ World Health Organization. (2015). *Consolidated guidelines on HIV testing services 2015*. World Health Organization, (July), 192 p. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1



9.

Apéndices

9.1.
Cuestionario de conductas de riesgo

9.2.
Limpieza de manos

9.3.
Limpieza de manos con gel

9.4.
Colocación de guantes

9.5.
Descripción del material

9.6.
Toma de muestra

Apéndice 1. Cuestionario de conductas de riesgo

Instrucciones

Antes de iniciar la evaluación de las conductas sexuales de riesgo, es necesario aclarar qué entendemos por una relación sexual; para ello el/la consejero/a debe de usar una definición de una relación sexual que incluya:

- ▶ Todos los tipos de contacto de riesgo a los que esa persona en particular puede estar expuesto (p. ej. penil-vagina, penil-anal, etc)
- ▶ Que es necesario utilizar unidades para estimar la cantidad de riesgo a la que la persona se expone.
- ▶ El énfasis debe de hacerse basado en las situaciones en la que debería reemplazar el uso de condón, esto significa que: (a) Cuando estamos hablando de un contacto sexual hombre-hombre u hombre-mujer, se sugiere que la unidad de medida se defina como un evento que termina con la eyaculación, ya que después de esta se recomienda el cambio de un condón para evitar roturas o deslizamiento. (b) En ocasiones el evento acaba sin una eyaculación, en esos casos debe contabilizarse como un único evento. (c) Cuando se tiene relaciones sexuales con varias personas a la vez debe contarse (p. ej. trío/sexo grupal) un evento cuando se retira el pene; la introducción del pene en otra persona, aunque no haya eyaculación, se considera el inicio de un nuevo evento, debido a que se sugiere cambio de condón en esta situación. (d) En el caso de HSH cuando haya un cambio de sexo insertivo a sexo receptivo se considera que cada cambio es el inicio de un nuevo evento.
- ▶ Es necesario explicar a las personas que pueden haber varios eventos (unidades) de relación sexual en una sola noche.

Fuente:

- ▶ Mehta, C. M., Sunner, L. E., Head, S., Crosby, R., & Shrier, L. A. (2011). "Sex isn't something you do with someone you don't care about": young women's definitions of sex. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(5), 266-271.
- ▶ Sanders, S. A., & Reinisch, J. M. (1999). Would you say you had sex if...?. *Jama*, 281(3), 275-277.
- ▶ Barnett, M. D., Fleck, L. K., Marsden III, A. D., & Martin, K. J. (2017). *Sexual semantics: The meanings of sex, virginity, and abstinence for university students. Personality and Individual Differences*, 106, 203-208.

Descripción de los conceptos: relación sexual, pareja primaria y pareja no primaria.

Relación sexual: contacto físico entre personas con el objeto de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos.

Pareja primaria: relación con otra persona con la que considere que existe un compromiso, por ejemplo novia/o, esposa/o, amante.

Pareja no primaria: cualquier persona con la que se tengan relaciones sexuales y que considere que no existe un compromiso, por ejemplo sexo pagado, pareja casual.

“Preguntas sugeridas para la evaluación de conducta sexual de riesgo”

Nota: Las respuestas a las preguntas no constituyen un puntaje total al ser sumadas. Estas respuestas representan una estimación de las conductas de riesgo de usuarios/as, y son para hacer una comparación relativa a la misma persona, en un segundo momento.

En los últimos 30 días...

1. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración anal o vaginal? _____ Personas

2. ¿De estas personas, ¿con cuántas personas que consideres **pareja primaria** has tenido relaciones sexuales con penetración vaginal o anal? _____ Personas

3. ¿Con cuántas personas que consideres **pareja NO primaria** has tenido relaciones sexuales con penetración anal o vaginal? _____ Personas

4. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales con penetración anal o vaginal con **pareja primaria**? _____ Veces

5. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales con penetración anal o vaginal con **pareja no primaria**? _____ Veces

6. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales con penetración anal o vaginal sin usar condón con **pareja primaria**? _____ Veces

7. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales con penetración anal o vaginal sin usar condón con **pareja no primaria**? _____ Veces

8. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales con penetración anal o vaginal estando intoxicado por consumo de alcohol o drogas con **pareja primaria**? _____ Veces

9. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales con penetración anal o vaginal estando intoxicado por consumo de alcohol o drogas con **pareja no primaria**? _____ Veces

10. ¿Has tenido relaciones sexuales con penetración anal o vaginal con? 1 Mujeres 2 Hombres 3 Ambos

11. ¿Usaste condón en tu última relación sexual? 0 No 1 Sí

12. ¿Alguna vez en tu vida te has inyectado alguna droga? 0 No 1 Sí

12a. En los doce meses previos, ¿te has inyectado alguna droga? 0 No 1 Sí

12b. ¿En cuántos de los últimos 30 días te has inyectado alguna droga? _____ Días

12c. En las ocasiones en las que te inyectaste, ¿con qué frecuencia compartiste jeringas con otras personas? 0 Nunca 1 Casi nunca 2 Casi siempre 3 Siempre

13. ¿Has tenido relaciones sexuales estando intoxicado por alcohol o alguna otra sustancia? 0 No 1 Sí

13a. En estos casos, ¿has utilizado condón? 0 No 1 Sí

14. ¿Has tenido relaciones sexuales con penetración anal o vaginal con...

14a. Alguien que trabaja en la prostitución? 0 No 1 Sí 2 No sé

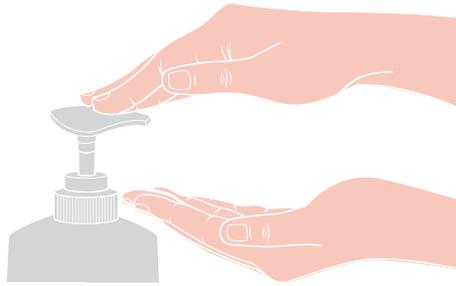
14b. Alguien que tiene alguna ITS? 0 No 1 Sí 2 No sé

14c. Alguien que se inyecta drogas? 0 No 1 Sí 2 No sé

14d. Alguien cuya historia sexual no conoces bien? 0 No 1 Sí 2 No sé

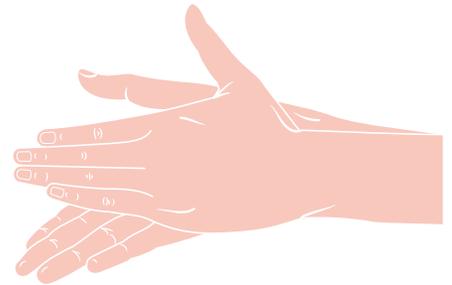
Apéndice 2. Limpieza de manos

Para el lavado de manos con agua y jabón siga los siguientes pasos:



1

Mójese las manos y ponga jabón líquido suficiente para ambas manos.



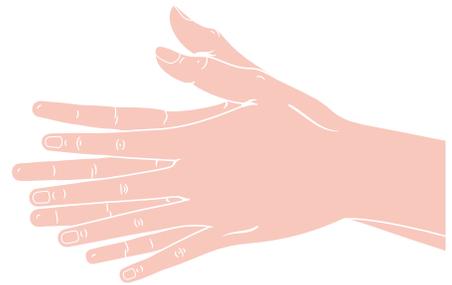
2

Frote el líquido palma con palma.



3

Coloque la mano derecha sobre el dorso de la izquierda con los dedos entrelazados y viceversa para distribuir el jabón.



4

Ponga palma con palma, con los dedos entrelazados, para distribuir el jabón en las palmas.



5

Frote las uñas en la palma opuesta con los dedos unidos.



9

Seque sus manos con una toalla y estarán limpias.



8

Enjuague sus manos con agua.



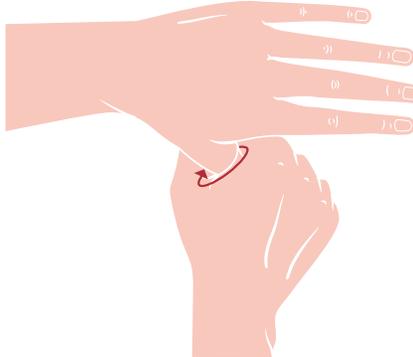
7

Frote las yemas de los dedos derechos en la palma izquierda en forma circular. Repita este procedimiento con las yemas de los dedos izquierdos.



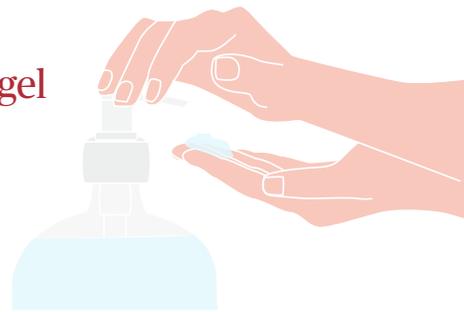
6

Frote el pulgar izquierdo en forma circular sobre la palma derecha. Repita este procedimiento con el pulgar derecho.



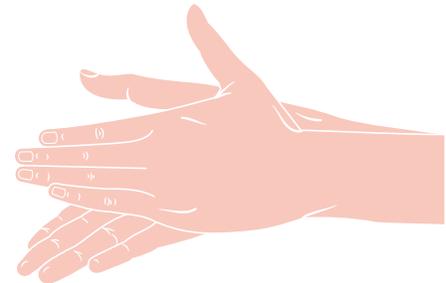
Apéndice 3. Limpieza de manos con gel

En caso de no disponer un lavamanos lleve a cabo la técnica de higiene de manos con gel antibacterial con alcohol, realizando los siguientes pasos:



1

Coloque suficiente líquido para ambas manos.



2

Frote palma contra palma.



3

Coloque su mano derecha sobre el dorso de la izquierda con los dedos entrelazados y viceversa para distribuir el gel.



4

Ponga palma con palma con los dedos entrelazados para distribuir el gel en las palmas.



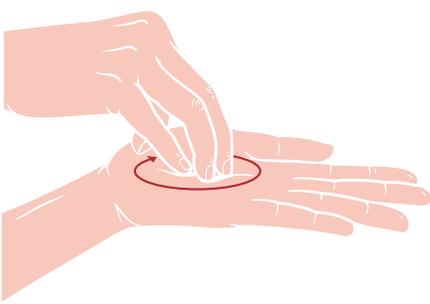
8

Seque sus manos y estarán limpias.



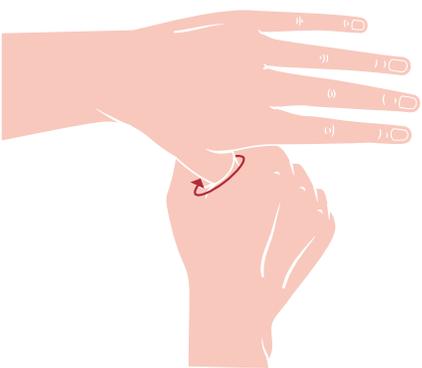
7

Frote las yemas de los dedos derechos en la palma izquierda en forma circular. Repita este procedimiento con las yemas de los dedos izquierdos.



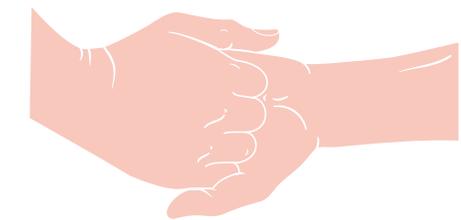
6

Frote el pulgar izquierdo en forma circular sobre la palma derecha. Repita este procedimiento con el pulgar derecho.



5

Frote las uñas en la palma opuesta con los dedos unidos.



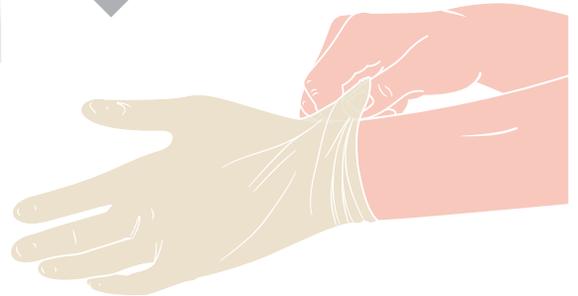
Apéndice 4. Colocación de guantes

Cuando tenga sus manos limpias deberá continuar con la colocación de los guantes de látex:



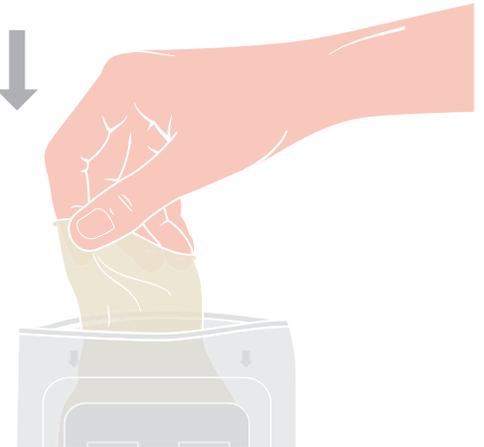
1

Saque el primer guante de la caja o la bolsa, tocando sólo la superficie correspondiente a la muñeca (en el borde superior del puño).



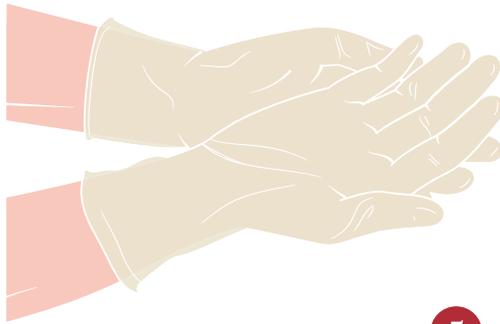
2

Póngase el guante.



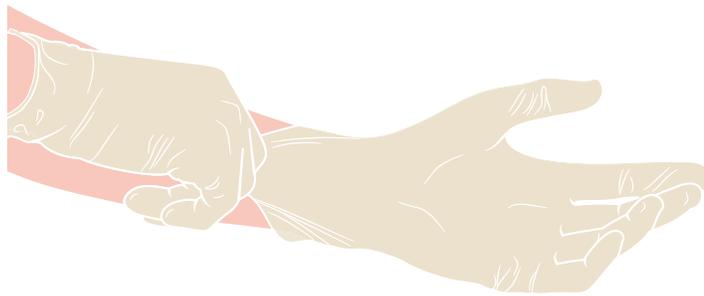
3

Saque el segundo guante con la mano sin guante y toque sólo la superficie correspondiente a la muñeca.



5

Una vez que los guantes están puestos, las manos no deberán tocar ninguna otra cosa que no sea el material de las pruebas rápidas.



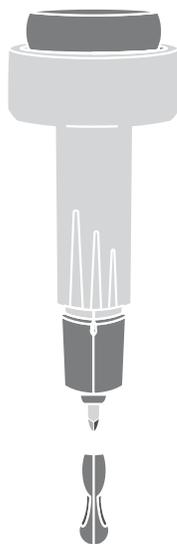
4

Para evitar tocar la piel del antebrazo con la mano enguantada, tome la superficie externa del guante con los dedos doblados, permitiendo así la colocación del segundo guante.

Apéndice 5. Descripción del material



a) Toalla sanitizante/torundas de algodón con alcohol para limpiar la yema de los dedos del usuario.



b) Pluma desechable.



c) Pluma recargable para lancetas.



d) Lanceta estéril.



c) Bulbo de plástico con líquido diluyente o gotero de plástico con el diluyente de la muestra.



e) Casetes para las pruebas deVIH, VHB, VHC y sífilis.



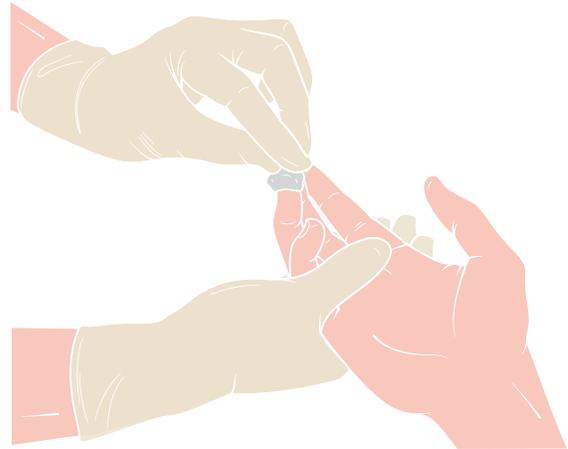
f) Tira adhesiva sanitaria.

Apéndice 6. Toma de muestra

Tras haber elegido la mano y el dedo del usuario del que se extraerá la muestra:

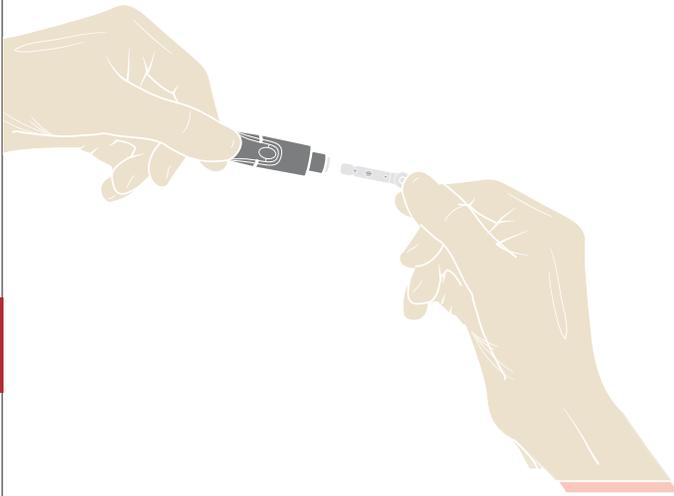
1

Tome el paquete de la toalla sanitizante o el frasco con las torundas de algodón, abra y tome la toalla/algodón para limpiar la yema del dedo seleccionado.



2

A continuación, tome la lanceta, colóquela en la pluma para punción (en caso de tener la pluma para punción), remueva el seguro y ajuste la profundidad de penetración de la pluma al nivel 4.5 para obtener suficiente muestra para los casetes. Si no cuenta con la pluma para punción, utilice directamente la lanceta.



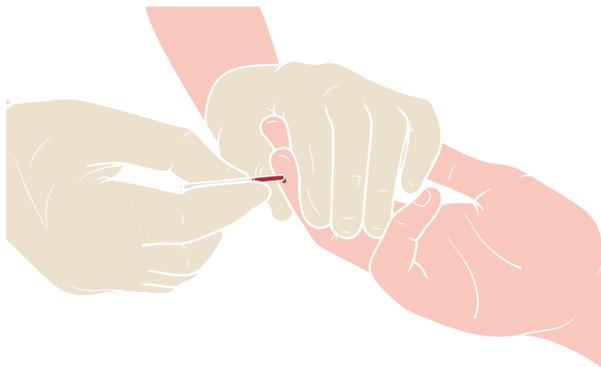
3

Sostenga la pluma/lanceta entre sus dedos pulgar e índice y pinche sobre la yema del dedo.



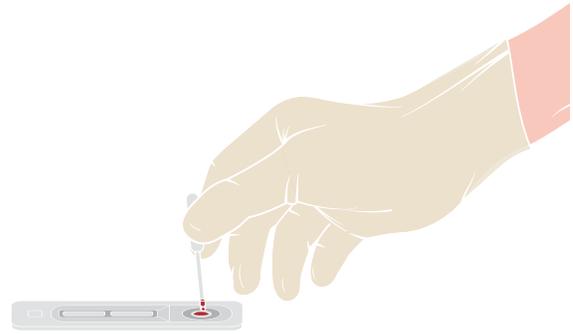
4

Retire la pluma/lanceta, tome el bulbo de plástico vacío para recabar la muestra de sangre. Primero presione el bulbo de succión, después haga contacto con la superficie donde está la sangre, finalmente suelte lentamente para coleccionar la muestra. Llène completamente el capilar del bulbo.



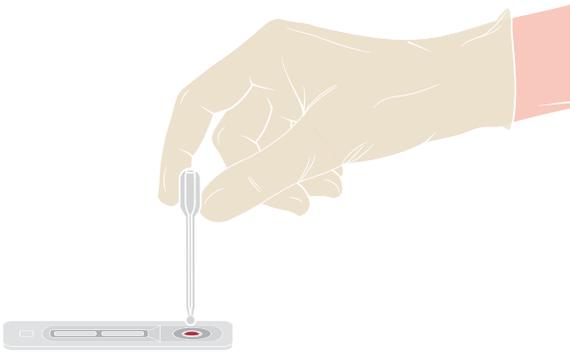
5

Una vez recabada la muestra, coloque la(s) gotas de sangre requeridas en la ventana de cada una de los casetes. Si no recabó suficiente sangre realice una segunda punción en otro dedo del usuario para obtener más muestra sanguínea, realizando los pasos descritos anteriormente.



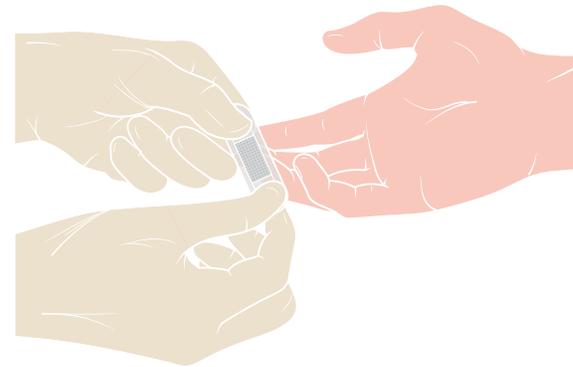
6

Abra el bulbo con el líquido regulador contenido en los empaques de los casetes y coloque la cantidad de gotas en la ventana de cada tableta para diluir la sangre (el número de gotas está especificado en las instrucciones contenidas en cada casete, ya que puede variar dependiendo de la marca).



7

Coloque al usuario la tira adhesiva sanitaria en el dedo del cual se obtuvo la muestra de sangre.



8

Debe esperar como máximo 20 minutos para visualizar los resultados de las pruebas (identificar en el empaque el tiempo específico para cada prueba), mientras tanto, puede realizar el cuestionario de conductas de riesgo.

