


idime

Instituto de Diagnóstico Médico S.A.

IDIME

Guía: Guía de Manejo de Pacientes HIV

Copia no controlada

 idime Instituto de Diagnóstico Médico S.A.	IDIME		Código	ID-ADLAB-GU-28
	Proceso: Apoyo Diagnóstico		Fecha	2018-06-19
	Subproceso: Laboratorio Clínico y Toma de Muestras		Versión	3.0
	Guía: Guía de Manejo de Pacientes HIV			

Estratégico	Misional	Apoyo Operacional	Evaluación	Gerencial	Asistencial	Apoyo	Atención
--------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	------------------	--------------------	--------------	-----------------

Objetivo

Difundir al personal asistencial la información sobre el modelo de atención del paciente HIV y la conducta a seguir en cada uno de los sub-procesos del laboratorio clínico con el fin de seguir los lineamientos nacionales generando un impacto positivo en la salud del paciente.

Desarrollo

ALCANCE

Este documento aplica a todas las sedes d toma de muestras y laboratorio clínico a nivel nacional de IDIME S.A

2.DESARROLLO

2. GENERALIDADES

2.1 ASESORÍA PRE-TEST

Todo paciente que se dirija a una sede IDIME o a una toma de muestras operada por IDIME con orden médica para realización de exámenes diagnósticos de HIV (Anticuerpos HIV y/o western Blot) ó que voluntariamente y como particular desee realizarse una de estas pruebas debe presentar su documento de identidad y recibir una asesoría pre test por parte de personal capacitado ya sea bacteriólogo o enfermero jefe que haya presentado y aprobado la capsula virtual de asesoría pre y post prueba voluntaria e VIH laboratorio

Para conocer el procedimiento completo para realizar la asesoría pre-test diríjase al ID-ADLAB-IN-04 Instructivo de Toma de Muestra

Los principios generales que deben respetarse para la asesoría y actividades dirigidas a la detección del VIH son: la confidencialidad y el consentimiento informado por escrito (debe ser voluntario, libre de coerción, debe usar lenguaje sencillo y fácil de entender).

La asesoría permite realizar actividades educativas encaminadas ala prevención primaria del VIH y otras ITS, ya que toda persona a quien se asesore independientemente de si acepta o no la prueba debe recibir la siguiente información:

- Evaluación personal de los beneficios y consecuencias negativas (pros y contras) de la prueba del VIH
- Riesgo de transmisión y cómo puede ser prevenida la infección por VIH
- La importancia de obtener los resultados de la prueba y los procedimientos necesarios para hacerla
- El significado de los resultados de la prueba en lenguaje entendible
- Información concreta acerca de dónde obtener mayor información o asesoría de prevención

- Información sobre la historia natural del VIH y como se puede modificar favorablemente como resultado de la detección precoz de la infección
- Información general acerca de la existencia de terapias efectivas para la infección por VIH
- Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales
- Información sobre derechos, deberes, y acceso a servicios.

3. DIAGNOSTICO DE HIV EN EL LABORATORIO CLINICO

De acuerdo a la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico de HIV publicada por el Ministerio de Protección Social se dan algoritmos de diagnóstico de HIV teniendo en cuenta la edad y la condición del paciente (gestante o no gestante). Estos algoritmos están basados en los siguientes grupos de pruebas:

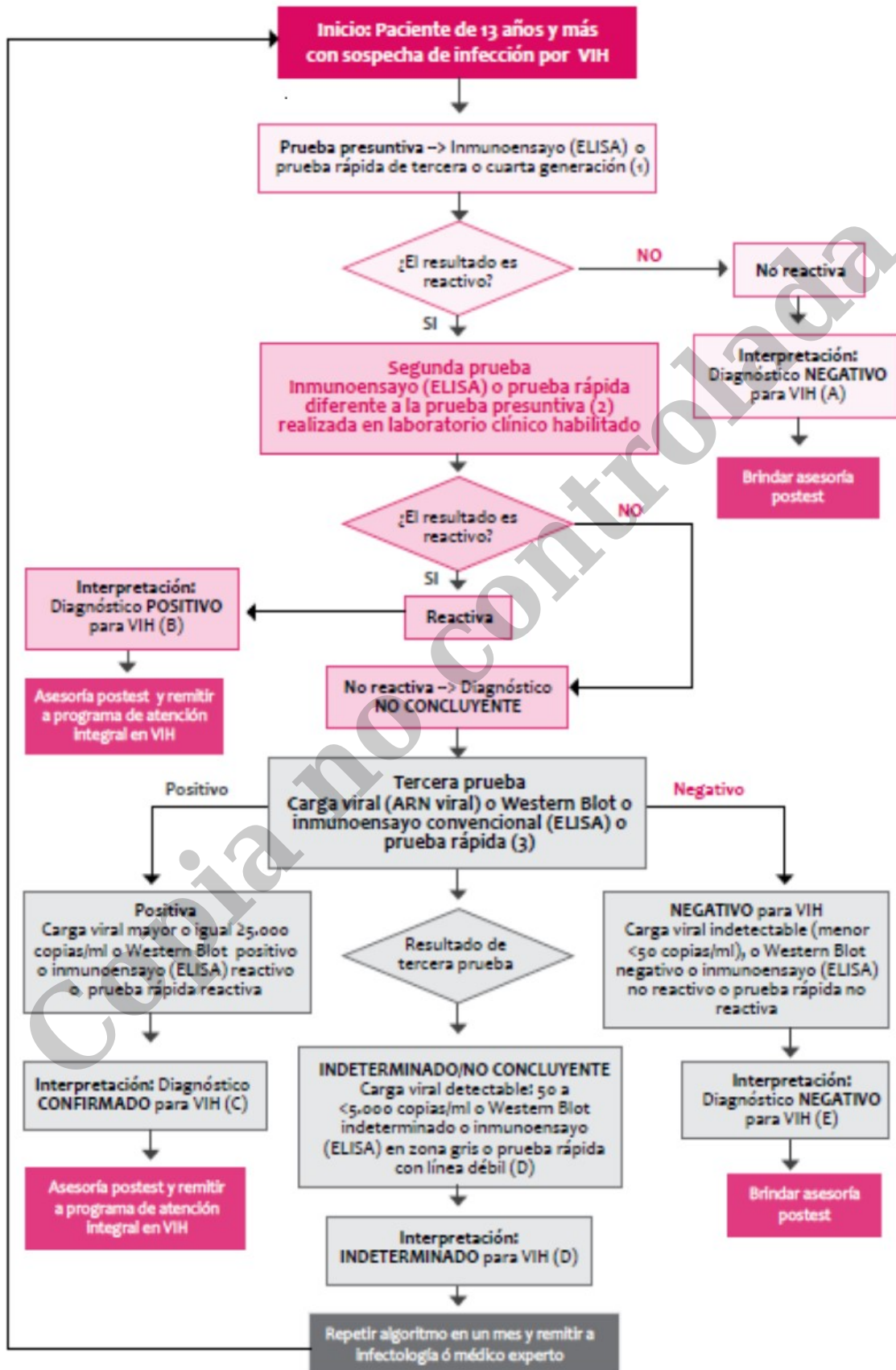
3.1 Pruebas de tamizaje: Son pruebas que muestran una sensibilidad del más del 99%, y que a pesar de que tienen una altísima especificidad presentan con alguna frecuencia resultados falsos positivos. Por lo tanto las pruebas de tamizaje requieren ser repetidas y confirmadas. Las pruebas de tamizaje incluyen pruebas serológicas de ELISA y determinaciones rápidas de detección.

3.2 Pruebas confirmatorias: Las pruebas confirmatorias tienen altísima especificidad, pero conservan de igual manera elevada sensibilidad. La frecuencia de falsos positivos con las pruebas confirmatorias es extremadamente rara (0.0004% a 0.0007%). Estas pruebas deben realizarse cuando las pruebas de tamizaje hayan dado en repetidas oportunidades positivas.

3.3 Pruebas de detección de ácidos nucleicos: Tienen una sensibilidad entre el 90 y 99%. Hasta 9% de los resultados positivos con carga viral, usualmente con títulos virales bajos pueden corresponder a falsos positivos. Estas pruebas son muy costosas y únicamente se realizan en diagnósticos de condiciones especiales.

Los algoritmos de diagnóstico vigentes son:

Gráfico 1. Algoritmo para diagnóstico de infección por VIH en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos (no gestantes) (la interpretación de los resultados del algoritmo se encuentran en la tabla 1)



ARN: Ácido ribonucleico. TMI: Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo al algoritmo anterior se tienen los siguientes escenarios de diagnóstico:

Tabla 1. Interpretación de los resultados de algoritmo diagnóstico de infección por VIH

	METODOLOGÍA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN
Escenario (A)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	No reactivo	Interpretación: Negativo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, recomendar nueva prueba en tres meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos. Considerar carga viral para VIH (ARN viral) ante sospecha de infección aguda.
Escenario (B)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Notificar el caso al Sivigila.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	Reactivo	Intervención: Asesoría postest y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.
Escenario (C)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado positivo para VIH-1 o VIH-2. Notificar el caso al Sivigila.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	No reactivo	Intervención: Asesoría postest y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.
	Tercera prueba: Utilizar una de las siguientes pruebas: Carga viral (ARN viral cuantitativo) o Western Blot o inmunoensayo (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Carga viral mayor o igual ≥ 5.000 copias/ml o Western Blot positivo o inmunoensayo (ELISA) reactivo o prueba rápida reactiva.	

Escenario (D)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado no concluyente o indeterminado.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	No reactivo	Intervención: Reiniciar el algoritmo en un mes y remitir a infectología o a médico experto en VIH.
	Tercera prueba: Utilizar una de las siguientes pruebas: Carga viral (ARN viral cuantitativo) o Western Blot, o Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Carga viral detectable: 50 a <5.000 copias/ml, o Western Blot indeterminado o Inmunoensayo (ELISA) en zona gris o prueba rápida con línea débil.	
Escenario (E)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado negativo para VIH-1 o VIH-2.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico habilitado.	No reactivo	Intervención: Brindar asesoría postest, recomendar nueva prueba en tres meses según los factores de riesgo y los criterios clínicos; para reiniciar algoritmo.
	Tercera prueba: Utilizar una de las siguientes pruebas: Carga viral (ARN viral cuantitativo) o Western Blot o Inmunoensayo (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Carga viral indetectable menor <50 copias/ml o Western Blot negativo o Inmunoensayo (ELISA) no reactivo o prueba rápida no reactiva.	

(1) Prueba presuntiva: inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida capaz de detectar anticuerpos IgG e IgM contra VIH-1, VIH-2 y grupo O, y si es posible Ag P24 (cuarta generación). La sensibilidad de esta prueba debe ser superior a 99,5%.

(2) Segunda prueba: inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida de tercera o cuarta generación diferente de la prueba presuntiva. Practicar con una muestra sanguínea diferente a la primera en laboratorio clínico habilitado. La especificidad de esta prueba debe ser superior a 99,5%.

(3) Tercera prueba: en caso de dos pruebas discordantes, debe practicarse una tercera que aclare el resultado. Se puede optar por una de las cuatro siguientes:

a) Prueba para detección de ácidos nucleicos: se recomienda medir la carga viral (detección plasmática de ARN viral de VIH-1), prueba cuantitativa con límite de detección menor de 50 copias/ml. Tiene alta sensibilidad para diagnóstico de infección aguda. La probabilidad de que un individuo con carga viral para VIH-1 no detectable esté infectado por VIH es baja, aunque debe tenerse en cuenta que, para infecciones agudas es muy sensible, la determinación de la carga viral puede ser menos sensible para infecciones establecidas; ante un resultado negativo, se debe repetir la carga viral según el criterio clínico y los factores de riesgo. Por otra parte, las pruebas cuantitativas son específicas para ARN de VIH-1; por lo cual, si se sospecha infección por VIH-2, deben practicarse pruebas cualitativas específicas para ARN VIH-2.

b) Western Blot: tiene alta sensibilidad para infecciones establecidas, es útil para aclarar el diagnóstico cuando la carga viral es menor de 5.000 copias/ml, como en el caso de una persona considerado controlador élite (individuo infectado con baja replicación del virus, y en quien la carga viral puede inclusive ser no detectable aunque los inmunoensayos sean reactivos). En el caso en que el Western Blot solo detecte anticuerpos contra VIH-1, ante un resultado negativo y sospecha de VIH-2 (inmunoensayos positivos, procedencia o contacto sexual con personas procedentes de áreas endémicas para VIH-2), deben solicitarse pruebas adicionales, como son la detección cualitativa de ARN para VIH-2 o una prueba rápida discriminadora (mide por separado VIH 1 y VIH 2).

c) Inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) diferente a los anteriores.

d) Prueba rápida: cuando el acceso a las pruebas convencionales es difícil, puede optarse por una tercera prueba rápida diferente a las anteriores. Hay pruebas rápidas que discriminan entre anticuerpos contra VIH-1 y VIH-2, las cuales se convierten en una opción diagnóstica ante la sospecha de VIH-2. Cualquiera de las opciones debe tener especificidad superior a 99,5 %.

Calidad de los resultados: El laboratorio debe asegurar una alta calidad no sólo durante el desarrollo de la prueba sino también en el período pre analítico (recolección de la muestra, almacenamiento, rotulado, transporte) y pos analítico (validación del resultado e informe); la mayoría de errores ocurren en estos dos períodos.

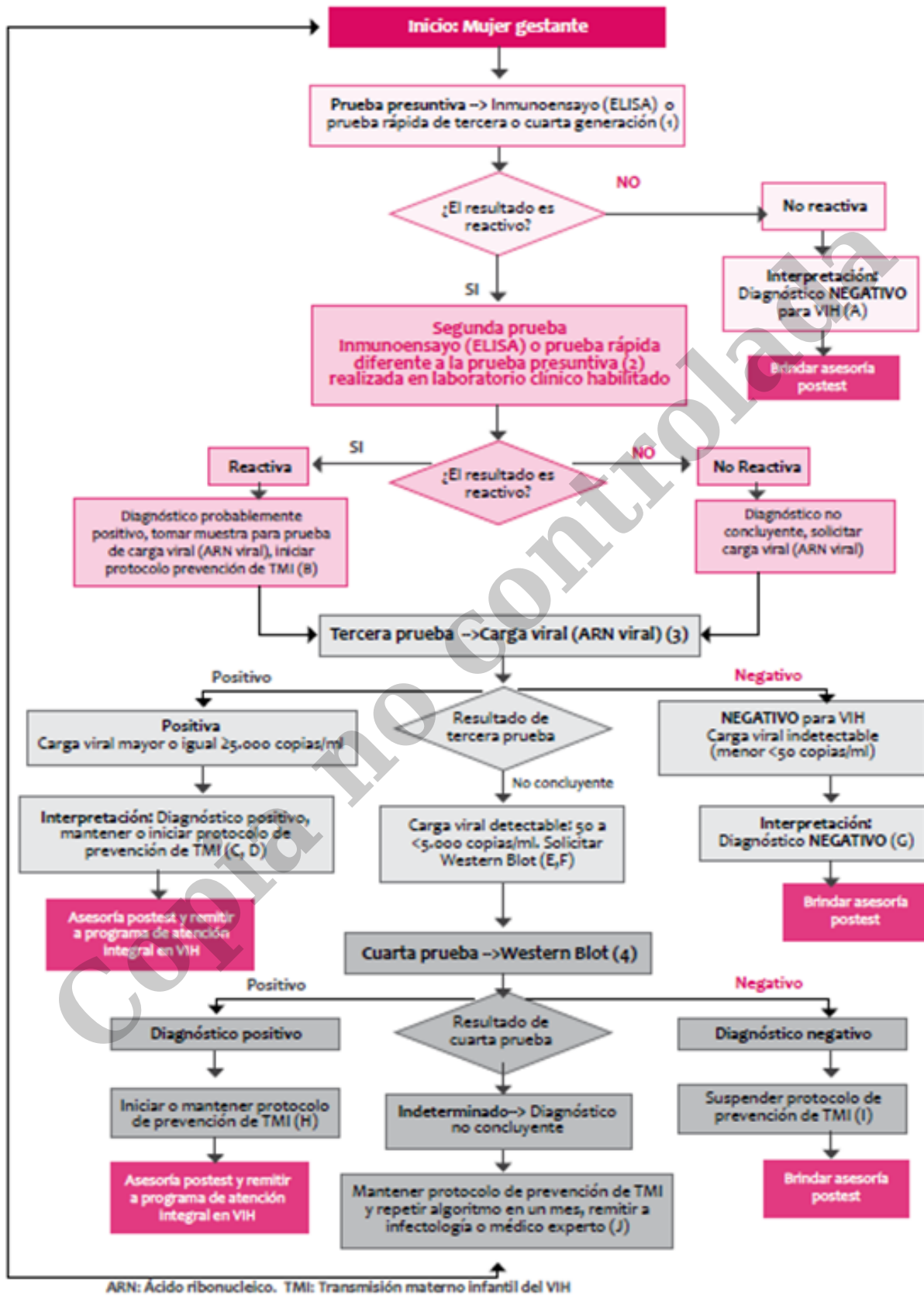
EN IDIME, realizamos la primera prueba de tamizaje por ELISA, si se obtiene un resultado reactivo se procede a solicitar la segunda muestra del paciente para procesar segunda prueba de tamizaje en Bogotá. (Aplicar los algoritmos diagnósticos para la validación)

3.4 Diagnóstico de HIV en mujeres gestantes

La detección en gestantes se debe considerar una prioridad ya que además de ofrecer un manejo adecuado a la mujer, se puede evitar la transmisión vertical de forma significativa si se hacen intervenciones durante el embarazo, parto y puerperio. Es deber del prestador de servicios de salud realizar sin excepción y ofrecer la prueba tamizaje en el primer trimestre del embarazo a todas las mujeres.

Esta prueba debe repetirse en el tercer trimestre del embarazo en los siguientes casos: Historia de ITS, uso de drogas intravenosas o sustancias psicoactivas, trabajo sexual, varios compañeros sexuales durante el embarazo, compañero sexual HIV positivo.

Gráfico 2. Algoritmo para el diagnóstico de infección por VIH en mujeres gestantes (La interpretación de los resultados del algoritmo se encuentran en la tabla 5.)



Entonces tenemos los siguientes escenarios:

Tabla 2. Interpretación de resultados del algoritmo diagnóstico en mujeres gestantes

	METODOLOGÍA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN
Escenario (A)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	No reactivo	Interpretación: Negativo para infección por VIH-1 y VIH-2. Intervención: Brindar asesoría postest, solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto.
	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Probablemente positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Tomar muestra inmediatamente para carga viral. Remitir a programa integral de VIH. Iniciar el protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Explicar a la paciente los riesgos y beneficios, baja probabilidad de falso positivo.
Escenario (B)	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Interpretación: Resultado positivo para infección por VIH-1 o VIH-2. Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
Escenario (C)	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable mayor o igual ≥ 5.000 copias/ml	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.

Escenario (C)	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable mayor o igual ≥ 5.000 copias/ml	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.

	METODOLOGÍA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN
Escenario (E)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado no concluyente, probablemente negativo.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Intervención: Practicar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o pruebas para descartar infección por VIH-2 (ARN cualitativo de VIH-2 o prueba rápida discriminatoria), si hay sospecha de infección por este tipo viral.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable 50 a <5.000 copias/ml	
Escenario (F)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Intervención: Resultado no concluyente, probablemente negativo
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	No reactivo	Interpretación: Practicar Western Blot para descartar que sea una paciente controladora élite o pruebas para descartar infección por VIH-2 (ARN cualitativo de VIH-2 o prueba rápida discriminatoria), si hay sospecha de infección por este tipo viral.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable 50 a <5.000 copias/ml	
Escenario (G)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Intervención: Resultado negativo para VIH-1 o VIH-2.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Interpretación: Brindar asesoría postest, solicitar valoración por infectología o médico experto para definir la realización de carga viral de VIH-1 durante el tercer trimestre de la gestación.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Carga viral menor <50 copias/ml	

	METODOLOGÍA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN
Escenario (H)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado positivo confirmado para infección por VIH-1 o VIH-2
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo o no reactivo	Intervención: Notificar el caso al Sivigila. Iniciar o mantener protocolo de prevención de transmisión materno infantil. Mantener en programa integral para VIH.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	
	Cuarta prueba: Western Blot.	Positivo	
Escenario (I)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado negativo para VIH-1 o VIH-2.
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo o no reactivo	Intervención: Suspender protocolo de prevención de transmisión materno infantil del VIH. Solicitar nueva prueba según la edad de gestación, garantizando, por lo menos, una durante el tercer trimestre o durante el trabajo de parto; en este caso, directamente Western Blot ante el antecedente de dos inmunoensayos reactivos previos.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	
	Cuarta prueba: Western Blot.	Negativo	
Escenario (J)	Prueba presuntiva: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida.	Reactivo	Interpretación: Resultado no concluyente, probablemente negativo
	Segunda prueba: Inmunoensayo para VIH-1 y VIH-2 (v.g. ELISA) o prueba rápida. (diferente a 1), realizada en laboratorio clínico.	Reactivo	Intervención: Mantener el protocolo de transmisión materno infantil; la paciente debe recibir una clara asesoría postest sobre los riesgos y beneficios. Repetir Western Blot en un mes, solicitar valoración por infectólogo o por médico experto en VIH.
	Tercera prueba: Carga viral de VIH-1 (ARN viral cuantitativo).	Detectable: 50 a <5.000 copias/ml	
	Cuarta prueba: Western Blot.	Indeterminado	

(1) Prueba presuntiva: inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida capaz de detectar anticuerpos totales (IgG, IgM) contra VIH-1, VIH-2 y grupo O, y si es posible, Ag P24 (cuarta generación). Cuando deba tomarse rápidamente una decisión terapéutica o profiláctica (mujer gestante en tercer trimestre, trabajo de parto o posparto con estado desconocido) y cuando las pruebas de inmunoensayo convencionales se constituyan en barreras de acceso, se recomienda priorizar el uso de pruebas rápidas de tercera generación. En este caso, con el primer resultado reactivo se debe iniciar el protocolo de prevención de transmisión materno infantil del

VIH.

Cuando se use como primera prueba una de cuarta generación, se recomienda que la segunda prueba sea también de cuarta generación, con el fin de no perder la ventaja en la sensibilidad para infecciones agudas o recientes. Las pruebas de cuarta generación deben usarse siempre ante la sospecha de infección aguda o en alto riesgo de tenerla: cuadro clínico sugestivo de síndrome retroviral agudo, mujeres con compañero positivo para VIH, nuevo compañero durante el embarazo, múltiples compañeros, diagnóstico de infección de transmisión sexual y uso compartido de jeringas para el consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectable. La sensibilidad de esta prueba debe ser superior a 99,5 %.

(2) Segunda prueba: inmunoensayo convencional (v.g. ELISA) o prueba rápida de tercera o cuarta generación, según la primera prueba utilizada. Debe ser de plataforma o técnicamente diferente de la primera prueba y realizarse en un laboratorio clínico. Se debe practicar con una muestra sanguínea diferente a la primera. La especificidad de esta prueba debe ser superior a 99,5 %.

(3) Tercera prueba: carga viral (ARN viral) para VIH-1, prueba cuantitativa con límite de detección menor de 50 copias. Tiene alta sensibilidad para el diagnóstico de infección aguda. La probabilidad de que una mujer gestante con una carga viral no detectable esté infectada por el VIH es baja, aunque debe tenerse en cuenta que, aunque para infecciones agudas es muy sensible, la carga viral puede ser menos sensible para infecciones establecidas. Esta prueba no detecta infecciones por el VIH-2.

(4) Cuarta prueba para casos discordantes: Western Blot. Tiene alta sensibilidad para infecciones establecidas, es útil para aclarar el diagnóstico cuando la carga viral para el VIH es menor de 5.000 copias/ml y pueda tratarse de un caso de una paciente controladora élite (mujer infectada con baja replicación del virus, y en quien la carga viral puede inclusive ser no detectable aunque los inmunoensayos sean reactivos). Debe tener sensibilidad y especificidad superior a 99,5%. En caso de sospechar infección por VIH-2, deben practicarse pruebas adicionales, como detección cualitativa de ARN para VIH-2 o prueba rápida discriminatoria (mide por separado VIH-1 y VIH-2).

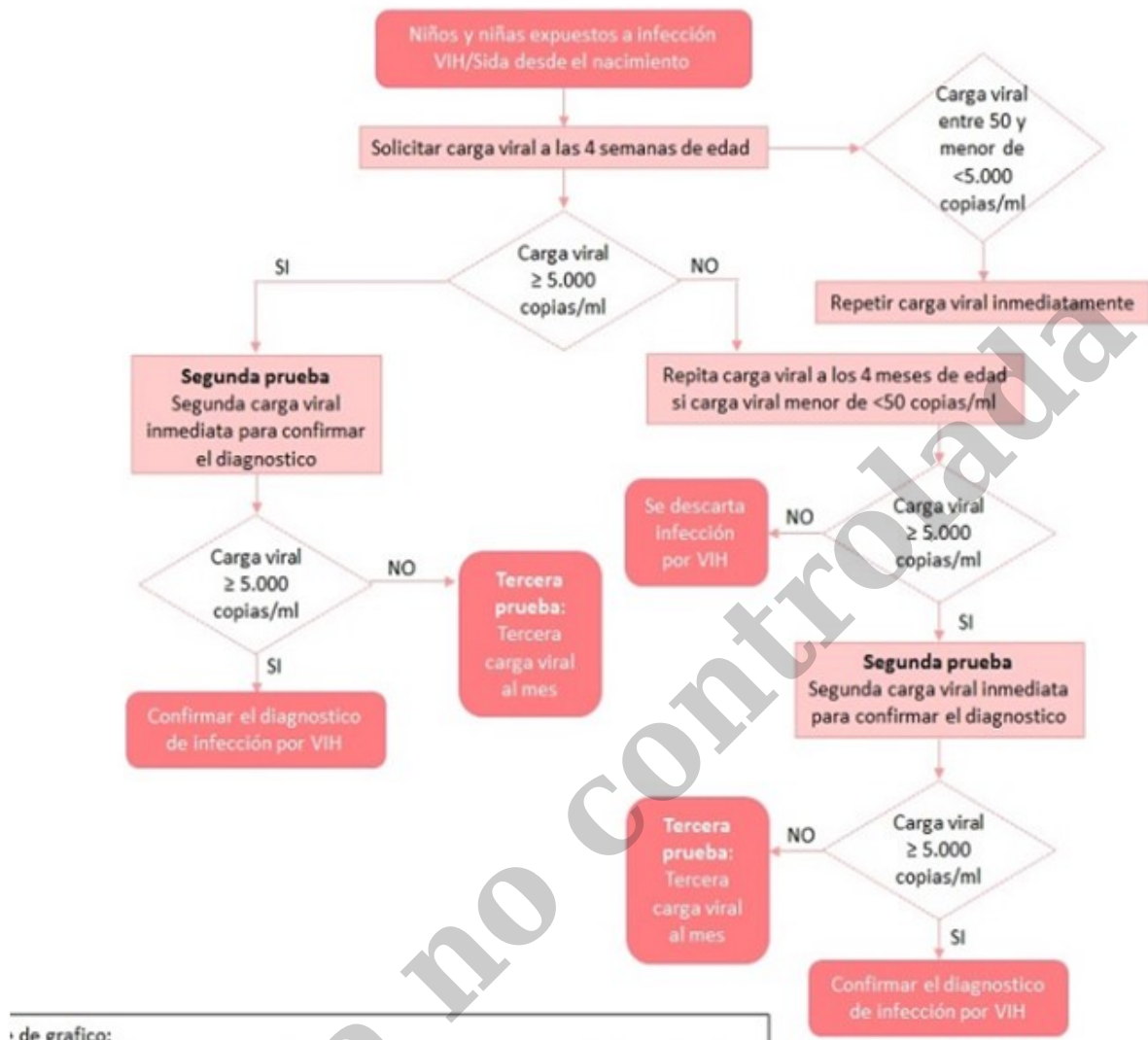
3.5 Diagnóstico de HIV en hijos de mujeres infectadas

Dado que en los niños menores de 18 meses hijos de madres seropositivas para HIV hay transferencia de anticuerpos maternos, no se recomienda la utilización de pruebas convencionales para la detección del VIH, en estos casos se recomienda la realización de carga viral.

La detección de virus por esta técnica indica una posible infección y debe ser confirmada con otra prueba virológica tan pronto como sea posible. La detección precoz en el neonato permitirá tomar decisiones sobre el tratamiento como discontinuar la terapia antiretroviral o intensificarla.

Algoritmo de diagnóstico:

ALGORITMO NIÑOS Y NIÑAS EXPUESTOS A INFECCION VIH/SIDA DESDE EL NACIMIENTO



4.0 CORRELACIÓN CLÍNICA EN EL PACIENTE HIV.

El paciente con diagnóstico de VIH generalmente tiene múltiples preocupaciones y, frecuentemente, múltiples problemas físicos y emocionales. La complejidad del paciente VIH positivo requiere de parte de los trabajadores de la salud esperanza, confidencialidad, educación, experiencia, dedicación, buena comunicación, y manejo integral.

Los problemas nutricionales, psicológicos, y sociales tienen una alta frecuencia en los pacientes VIH y tienen repercusión en desenlaces clínicos importantes. La frecuencia de patologías orales es común en pacientes HIV avanzados. La frecuencia de anemia, leucopenia y trombocitopenia son comunes en pacientes con VIH o/y sida. Adicionalmente, tratamientos preventivos para las infecciones oportunistas y algunos medicamentos antirretrovirales se asocian con toxicidad medular y citopenias. Todo lo anterior demuestra la necesidad de realizar un cuadro hemático de inicio a los pacientes con VIH.

La medición de las proteínas totales y albúmina es un componente de la evaluación nutricional, sobretodo en pacientes que tienen alteraciones clínicas de su estado nutricional (bajo peso o índice de masa corporal).

La enfermedad renal vinculada con VIH se asocia a proteinuria y con progresión rápida a falla renal terminal, incrementando la mortalidad en tres veces. Además, conocer la función renal de base permite seleccionar y ajustar los medicamentos antirretrovirales.

Las anomalías hepáticas son frecuentes en pacientes con VIH debido en parte a la frecuencia de coinfección con microorganismos hepatotrópicos. Hasta un 75% de pacientes con VIH pueden tener alteraciones en transaminasas de base con un 20% realteraciones severa, adicionalmente, la mayoría de antirretrovirales pueden causar toxicidad, los niveles basales de aminotransferasas pueden predecir el riesgo de hepatotoxicidad a la terapia antirretroviral independiente de la presencia de coinfecciones virales.

Las alteraciones de los lípidos y la glucosa son frecuentes en pacientes expuestos a antirretrovirales. Además, como en todo paciente adulto, se debe considerar la evaluación del perfil lipídico de acuerdo con la presencia de factores de riesgo cardiovasculares.

La prevalencia de toxoplasmosis en Colombia es altísima, alcanzando un 47.5%. El tamizaje debe realizarse únicamente con anticuerpos tipo IgG; no se recomienda hacer tamizaje basal con anticuerpos tipo IgM. El tamizaje debe considerarse indicado en pacientes con recuento de CD4 menor a 100 y que no toleren profilaxis con trimetropin-sulfa.

La frecuencia de coinfección con sífilis es alta. Dada la alta tasa de falsos positivos (6%) en pacientes con VIH, en caso de ser positiva la prueba no treponémica, se recomienda la confirmación con una prueba treponémica.

La prevalencia en Colombia para hepatitis B oscila entre 2- 5% con una tasa anual de incidencia de 1.9 por 100.000 habitantes.

5.0 REPORTE DE RESULTADOS

Un valor crítico en un paciente HIV es un resultado de laboratorio que refleja un estado patológico adicional que puede poner en peligro la vida del paciente a menos que oportunamente se tomen medidas apropiadas. La comunicación efectiva de valores críticos incrementa la velocidad del proceso de diagnóstico o bien facilita cambios en el enfoque terapéutico. Un resultado de HIV reactivo con dos pruebas de tamizaje diferentes debe notificarse como un dato crítico, aún más cuando se confirma con una tercera prueba.

A continuación se relacionan los valores que deben ser de notificación obligatoria e inmediata a la entidad que atiende esta población.

Prueba	Resultado bajo	Resultado alto	Observaciones
Antígeno de superficie HB		Positivo	
Bilirrubina directa		>10 mg/dl	
Biliirrubina total		>15 mg/dl	
BUN		>80 mg/dl	
Coprológico		Presencia de parásitos	
Creatinina		>10 mg/dl	Para pacientes de Asistencia científica > 2mg/dl Después de confirmar con NM
BK		Positivo	
Glucosa	<40 mg/dl	>300 mg/dl	
Hematocrito	<19 %	>65%	

GOT-GPT	>3 veces valor normal	>3 veces valor normal	
Hemoglobina	< 10 g/dl	Mayor 21 g/dl	
Hepatitis C		Positivo	
Recuento de leucocitos	< 1000	Mayor a 50000	
Recuento de linfocitos	< 200	>15000	
Recuento de monocitos		>8000	
Recuento de neutrófilos	<500	>20000	
Serologías		>8dils	Para pacientes Asistencia científica: Mayor a 64 dils
TSH	<0.1	>100	
Uroanálisis		Positivo IVU y proteinuria	
CD4	<100		Para pacientes Asistencia Científica: < 200
Carga viral	Gestantes positivo	Detectable pacientes de primer control o que superen 0.5 log respecto al histórico	Para pacientes de Asistencia Científica: Paciente Nuevo con Mayor de 100,000 copias/mL
PPD		Positivo	
Toxoplasma IgG		Positivo	
Prueba de embarazo		Positivo	

Copia no controlada

Copia no controlada

6.0 ENTREGA DE RESULTADOS DE LA PRUEBA HIV ANTICUERPOS:

1. El paciente debe presentar su documento de identidad en el servicio de toma de muestras ante la bacterióloga o enfermera jefe del servicio, el profesional confirma datos demográficos del paciente.
2. El profesional de la salud, bacterióloga (o), enfermero jefe que haya presentado y aprobado la capsula virtual de asesoría pre y post prueba voluntaria de VIH laboratorio, brindará la asesoría Pos test y debe diligenciar el formato ID-ADLAB-IN-25-F06 Asesoría Post Prueba Voluntaria VIH - Western Blot; aclarando dudas e inquietudes de acuerdo al resultado emitido, se le indica al paciente que debe firmar y firma del asesor. El formato ID-ADLAB-IN-25-F06 Asesoría Post Prueba Voluntaria VIH - Western Blot debe ser registrado en el [Formato de entrega de documentos](#) para envío de este a archivo como anexo historia clínica.
3. Este formato se debe imprimir una vez el paciente se encuentra en el cubículo de toma de muestras, una vez diligenciado guardar el formato en una carpeta en orden cronológico.

4. Tener en cuenta que en los casos en donde el paciente no va a la sede por el resultado porque se envían directo a la EPS, se debe señalar el renglón que dice: "**El resultado de la prueba se enviará directamente a la empresa quien será la encargada de entregar el reporte al usuario ()**" De esta manera no será necesario el diligenciamiento de la asesoría POST.
5. En el cuadro de aspectos relevantes incluido en el consentimiento, por favor colocar el motivo del examen por ejemplo: Accidente laboral, Gestación, Relación peligrosa o chequeo general, etc.)
6. Se puede entregar el resultado con autorización por escrito y copia del documento del paciente y de la persona que lo reclama solo si es **NEGATIVO**. Si el resultado es **POSITIVO** y el paciente envía autorización **NO SE ENTREGARA EL RESULTADO** es de carácter obligatorio la entrega personal, la única excepción es p
7. or discapacidad mental y/o antecedentes psiquiátricos.
8. En común acuerdo con la coordinación nacional de entrega de resultados, cuando el paciente llegue a reclamar el resultado, el personal de Entrega de Resultados direccionará al paciente a la toma de muestras, para que el profesional pertinente descargue e imprima el resultado del sistema Athenea y entregue el resultado.

BIBLIOGRAFIA

Guía de práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. GPC-2014-39.