



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

GUÍA DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN
MÉXICO: CENSIDA /Secretaría de Salud

Primera edición, 2022

Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA)

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

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

Av. Marina Nacional 60, piso 11, Col. Tacuba, C.P. 11410, Alcaldía Miguel
Hidalgo. México, Ciudad de México. www.gob.mx/censida

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, del contenido de esta obra sin contar con la autorización escrita de la Dirección General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA), en términos de la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables. Impreso y hecho en México. Printed in México.

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JORGE ALCOGER VARELA

SECRETARIO DE SALUD

DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

LIC. MARCO VINICIO GALLARDO ENRÍQUEZ

TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DR. GUSTAVO REYES TERÁN

COMISIONADO DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

LIC. ÁNGEL RODRÍGUEZ ALBA

TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

MTRA. MARICELA LECUONA GONZÁLEZ

ABOGADA GENERAL

C. JUDITH CORONEL MORALES

DIRECTORA GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

DRA. ALETHSE DE LA TORRE ROSAS

DIRECCIÓN GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA

CONASIDA

Directorio de Integrantes

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretaría de Salud

Secretario de Salud y Presidente del CONASIDA

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Vocal Titular
Permanente del CONASIDA

Dra. Alethse de la Torre Rosas

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

Dirección General de CENSIDA y Secretaría Técnica de CONASIDA

Profa. Delfina Gómez Álvarez

Secretaria de Educación Pública

Vocal Permanente

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Vocal Permanente

Dr. Pedro Zenteno Santaella

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Vocal Permanente

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Director General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Vocal Permanente

Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco

Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Vocal Permanente

Dr. Ruy López Ridaura

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Vocal Permanente

Dr. Nilson Agustín Contreras Carreto

Encargado de despacho de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Vocal Permanente

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Vocal Permanente

Dra. Karla Berdichevsky Feldman

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Vocal Permanente

Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora

Dirección General del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea

Vocal Permanente

Dr. Juan Luis Dúran Arenas

Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Vocal Permanente

Dr. Felipe Fernando Sandoval Magallanes

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud en Chihuahua

Vocal Transitorio

Dr. Daniel Acosta Díaz de León

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud en San Luis Potosí

Vocal Transitorio

Dr. José Manuel Cruz Castellanos

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud en Chiapas

Vocal Transitorio

**Dra. Silvia Guillermina Roldán
Fernández**

Secretaria de Salud y Directora
General del Organismo Público
Descentralizado de Servicios de
Salud de Tabasco

Dr. Sergio González Romero

Secretario de Salud y Director
General del Instituto de Servicios de
Salud de Durango

Vocal Transitorio

**Dra. Ana María Guadalupe
Amuchástegui Herrera**

Investigadora de la Universidad
Autónoma Metropolitana-
Xochimilco.

Invitada Especial

**Almirante José Rafael Ojeda
Durán**

Secretario de Marina

Invitado Especial

**General de Brigada M.C. Ramón A.
Valdés Espinosa**

Director General de Sanidad Militar
de la Secretaría de la Defensa
Nacional

Invitado Especial

Ing. Octavio Romero Oropeza

Director General de Petróleos
Mexicanos

Invitado Especial

Lic. Ma. Del Rosario Piedra Ibarra

Presidente de la Comisión Nacional
de los Derechos Humanos

Invitado Especial

**Mtra. Irasema Zavaleta
Villalpando**

Encargada de despacho de la
Presidencia del Consejo Nacional
para Prevenir la Discriminación.
Invitada Especial

Dr. Gustavo Reyes Terán

Titular de la Comisión Coordinadora
de Institutos Nacionales de Salud y
Hospitales de Alta Especialidad

Invitado Especial

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Director del Instituto Nacional para
el Bienestar (INSABI)

Invitado Especial

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional Contra las
Adicciones

Invitado Especial

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

Titular de la Dirección General de
Promoción de la Salud

Invitado Especial

**Lic. Guillermo Rafael Santiago
Rodríguez**

Director General del Instituto
Mexicano de la Juventud

Invitado Especial

**Dra. Nadine Flora Gasman
Zylbermann**

Presidenta del Instituto Nacional de
las Mujeres

Invitada Especial

Sra. Leonor Calderón Artieda

Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana

Dr. Francisco Garduño Yáñez

Comisionado del Instituto Nacional de Migración

Invitado Especial

Dr. José Alonso Novelo Baeza

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

Invitado Especial

Dr. Carlos García Bolaños

Presidente de la Sociedad Mexicana de Pediatría A. C.

Vocal Transitorio

C. Erika Ivonne Villegas Hernández

Presidenta y Representante Legal de la Agenda Nacional Política Trans de México A. C.

Vocal Transitorio

Dra. Mariana Juárez Moreno

Directora General de Apoyare, Fundación García Cedillo A. C.

Vocal Transitorio

Lic. Oriana López Uribe

Directora Ejecutiva de Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A. C.

Vocal Transitorio

Mtro. Héctor Miguel Corral Estrada

Asesor de medición de impacto de los programas operativos de Fronteras Pro Salud A.C.

Vocal Transitorio

Lic. María Elena Ramos Rodríguez

Directora y Representante Legal del Programa Compañeros A. C.

Vocal Transitorio

Mtro. Jesús Paul Ibarra Collazo

Presidente de la Red Diversificadores Sociales A. C.

Vocal Transitorio

C. Roberto José Julio Guzmán Rodríguez

Director de la Red + Positiva de Quintana Roo A. C.

Vocal Transitorio

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo

Presidente y Representante Legal de Salud, Derechos y Justicia A. C.

Vocal Transitorio

Dr. Ricardo Cortéz Alcalá

Encargado de despacho de la Dirección General de Epidemiología

Invitado Especial

COORDINADORES DE LOS COMITÉS DEL CONASIDA

Comité de Atención Integral

Dirección de Atención Integral

Dr. Daniel Bernal Serrano

Comité de Monitoreo y Evaluación

Dirección de Investigación Operativa

Lic. Tzitzlalli Medina Machuca

Comité de Normatividad y Derechos Humanos

Subdirección de Normatividad y Apoyo Técnico

Lic. Ana Patricia Fuentes Gallardo

Comité de Prevención

Dirección de Prevención y Participación Social

Mtra. Paloma de Fátima Ruiz Gómez

COMITÉ DE PREVENCIÓN DEL CONASIDA

Mtra. Paloma de Fátima Ruíz Gómez

Coordinadora del Comité
Subdirectora de Programas
Multilaterales y encargada de
despacho de la Dirección de
Prevención y Participación Social

C. Erika Ivonne Villegas Hernández

Presidenta y Representante Legal
Agenda Nacional Política Trans de
México, A. C.

C. Mariana Juárez Moreno

Directora General y Representante
Legal
Apoyare Fundación García Cedillo,
A. C.

C. Oriana López Uribe

Directora Ejecutiva
Balance Promoción para el
Desarrollo y Juventud, A. C.

Dra. Bianca Vargas Escamilla

Directora de Atención a la Salud
Materna y Perinatal
Centro Nacional de Equidad de
Género y Salud Reproductiva.
(CNEGSR)

Químico José Antonio Arroyo Pérez

Director Técnico y de Investigación
Centro Nacional de la Transfusión
Sanguínea (CNTS)

Dr. Ruy López Ridaura

Director General
Centro Nacional de Programas
Preventivos y Control de
Enfermedades (CENAPRECE)

Lic. Agustín López González

Director de Determinantes
Sociales de la Infancia y
Adolescencia
Centro Nacional para la Salud de la
Infancia y la Adolescencia (CENSIA)

Dr. Juan Mendieta Ramírez

Coordinador General de
Prevención y Readaptación Social
Centro de Prevención y
Readaptación Social

Dra. Aurea Belén Romero Castillo

Subdirectora de Inteligencia
Dirección General de Planeación y
Desarrollo en Salud (DGPLADES)

Mtro. Héctor Miguel Corral Estrada

Asesor de Medición de Impacto de
los Programas Operativos
Fronteras Unidas Pro Salud, A. C.

Steven Díaz

Consultor en VIH /Sida
Fondo de Población de las
Naciones Unidas (UNFPA)

Dra. Verónica Gutiérrez Suástegui

Jefa de Servicios de Trasplantes y Terapias Especiales para Enfermedades Crónicas Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Dr. Rene Leyva Flores

Director de Evaluación de Sistemas y Economía de la Salud Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Lic. T.S. María Elena Ramos Rodríguez

Directora y Representante legal Programa Compañeros, A. C.

Mtro. Jesús Paul Ibarra Collazo

Presidente Red Diversificadores Sociales, A. C.

C. Roberto José Julio Guzmán Rodríguez

Director Red+ Positiva de Quintana Roo

Prof. Luis Adrián Quiroz Castillo

Presidente y Representante Legal Salud, Derechos y Justicia, A. C.

Dr. Alfredo Antonio Guzmán Macías

Responsable Estatal del Programa de VIH Servicios de Salud de Chihuahua

Dra. Blanca Estela Luna Gualito

Directora de los Servicios de Salud Servicios de Salud de Durango

Dra. Sonia Jiménez Luis

Coordinadora Estatal de los Programas de VIH Servicios de Salud de Tabasco

Dr. Javier Ordoñez Ortega

Representante Legal Sociedad Mexicana de Pediatría A.C.

Mtra. Aurea Ibett Gutiérrez Zárate

Directora de Desarrollo Sostenible y Derechos Sociales de las Mujeres Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)

Dra. Ana María Guadalupe Amuchástegui

Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Dr. Gustavo Reyes Terán

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

PRESENTACIÓN

La epidemia por VIH y Sida representa uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo debido a que ha cobrado la vida de más de 33 millones de personas desde el comienzo de esta infección. Hoy, el acceso creciente a métodos de prevención, diagnóstico, atención y tratamientos eficaces, ha permitido una respuesta integral centrada en los derechos de todas las personas.

Aunque la epidemia por VIH está lejos de ser controlada, la disminución de nuevas infecciones es resultado de la aplicación eficaz de estrategias de prevención combinada. Dicha estrategia describe a un conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos humanos y la evidencia científica, que promueve la implementación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas para satisfacer las necesidades de prevención de las comunidades y las poblaciones clave, como son: los hombres que tienen sexo con hombres, las personas trabajadoras sexuales, las personas trans, aquellas que se inyectan drogas y las personas privadas de la libertad.

Dentro de las estrategias de este modelo, la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) se ubica como uno de los acercamientos biomédicos más efectivos para la prevención del riesgo de infección por VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en 2012 el uso de la PrEP en parejas serodiscordantes de hombres y mujeres cisgénero, y en 2015 exhortó su aplicación como una opción adicional de prevención para las personas en riesgo considerable de infección por VIH.

En el marco de los esfuerzos globales enfocados en poner fin a la epidemia de VIH, la Coalición Global para la Prevención del VIH desarrolló una ruta para reducir las nuevas infecciones. El documento creado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (ONUSIDA), establece que los países deben desarrollar programas en materia de prevención para garantizar que 90% de las poblaciones clave en entornos de alta prevalencia accedan a la prevención combinada. Cabe destacar que, México y Brasil son los únicos países de la región que forman parte de la ruta crítica que busca reducir 75% de nuevas infecciones por VIH para 2025.

En México, se han impulsado diversas acciones de políticas públicas que fomentan la aplicación de estrategias de prevención combinada. El *Programa Sectorial de Salud*, derivado del *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, establece como estrategia prioritaria, la implementación de programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos. Por su parte, el *Programa de Acción Específico de VIH y otras ITS 2020-2024* refiere en sus objetivos generales garantizar el acceso universal a estrategias de

prevención combinada que incluyan la PrEP y profilaxis post exposición (PEP), así como otorgar paquetes integrales de prevención para la población más expuesta a la epidemia de VIH e ITS que incluyan provisión de condones, lubricantes a base de agua, servicios de la PrEP y la PEP y kits de reducción de daños.

Con este enfoque, de 2018 a 2021 se implementó en México la estrategia de la PrEP a través del proyecto de demostración “ImPrEP” en la Ciudad de México, Guadalajara y Puerto Vallarta. El proyecto contó con la participación de 5 mil 354 personas y contribuyó al diseño e implementación de políticas públicas de prevención, estrategias y programas que incorporen componentes de la PrEP. Esta experiencia mostró el éxito y viabilidad de las estrategias de prevención combinada dirigidas a poblaciones clave que incorporen la provisión de la PrEP como política pública para los servicios de salud a escala nacional.

La presente *Guía de atención para otorgar Profilaxis Pre-Exposición en México* tiene por objetivo proporcionar la información y lineamientos para la implementación del programa de prevención combinada que incluye la PrEP, a fin de guiar la evaluación de elegibilidad, favorecer la toma de decisiones médicas, así como plantear estrategias de consejería. De igual manera, establece las pautas para ofrecer esquemas de seguimiento y monitoreo de salud adaptados al nivel de riesgo y las necesidades de cada persona.

Este documento fue elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinario y multisectorial que contempló la participación de expertas y expertos en salud, personas servidoras públicas e integrantes de organizaciones de la sociedad civil, bajo la coordinación del Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida (CENSIDA). La guía integra las recomendaciones de la OMS, ONUSIDA, experiencias internacionales de la implementación de la PrEP, así como las normas y guías vigentes en la materia, para dar una perspectiva amplia que permita integrar a la prevención combinada a los servicios de salud pública en México.

INTRODUCCIÓN

Entre el año 2017 y 2021, México participó en un estudio demostrativo en conjunto con Perú y Brasil sobre la profilaxis pre exposición para el VIH (Proyecto ImPrEP). El objetivo mexicano del Proyecto ImPrEP fue evaluar la aceptabilidad y factibilidad de implementar dicha intervención en el contexto de la oferta de prevención combinada del VIH en los servicios públicos de salud y organizaciones de la sociedad civil, para las poblaciones con alto riesgo de adquirir VIH/Sida.

En el proyecto de investigación financiado por Unitaid, con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en México fungiendo como el receptor principal, participaron el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/Sida de la Ciudad de México (CPAIV-CDMX), el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA), el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INP) y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Los servicios de prevención combinada que incluyeron la PrEP fueron otorgados en la Ciudad de México, Guadalajara y Puerto Vallarta y estuvieron a cargo de instancias públicas de salud y organizaciones de la sociedad civil que incluyeron en la Ciudad de México a la Clínica Condesa Especializada (CEC), Fundación Unidos por un México Vivo A. C., Inspira Cambio A. C.; en Guadalajara, a Comité Humanitario de Esfuerzo compartido Contra el Sida A.C. (CHECCOS A. C.) y al Consejo Estatal para la Prevención del VIH/Sida (COESIDA Jalisco), y finalmente Solidaridad Ed Thomas A.C. (SETAC), en Puerto Vallarta.

Durante el desarrollo del proyecto ImPrEP y basados en los resultados, las instancias participantes elaboraron una serie de productos documentales orientados a facilitar la incorporación de la PrEP en la estrategia nacional de prevención combinada del VIH/Sida en México. El presente documento representa el *Modelo de Atención para la Profilaxis Pre-Exposición en México* y tiene como objetivo de establecer las orientaciones técnicas para la operación del servicio en un contexto de prevención combinada. Se trata de una recopilación de las recomendaciones de los participantes, así como aquellas provenientes de representantes de las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH/Sida en México y miembros del Comité de Prevención del CONASIDA.

El propósito de la presente guía es establecer recomendaciones basadas en evidencia científica que favorezcan la toma de decisiones para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición como parte de los servicios de Prevención Combinada del VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en México.

COMPONENTES DE LA GUÍA

Las estrategias de Prevención Combinada son herramientas que han logrado disminuir las nuevas infecciones por VIH en los países que las han implementado. Dentro de estos modelos de acción, la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) se ubica como uno de los acercamientos biomédicos más efectivos para la prevención del riesgo de infección por VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en 2012 el uso de la PrEP en parejas serodiscordantes de hombres y mujeres cisgénero, y en 2015 exhortó su aplicación como una opción adicional de prevención para las personas en riesgo considerable de infección por VIH.

En el marco de los esfuerzos globales enfocados en poner fin a la epidemia de VIH, México incluye dentro de las estrategias de Prevención Combinada a VIH la PrEP como una opción efectiva de prevención para poblaciones con mayor exposición y riesgo de adquirir este virus.

La presente *Guía de atención para otorgar Profilaxis Pre-Exposición en México* tiene por objetivo definir los lineamientos esenciales para la implementación de la PrEP dentro de los Programas de Prevención Combinada del Sistema Nacional de Salud. Su contenido es concordante con la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, y parte de un enfoque de salud pública basado en los derechos humanos y centrado en la persona y las comunidades en riesgo significativo de contraer la infección por el VIH.

La guía se divide en cuatro módulos que tienen por finalidad facilitar la consulta y otorgar de manera concreta información para la implementación de la PrEP en diferentes grupos poblacionales en distintos contextos.

Módulo de consejería

Objetivo: establecer los lineamientos a seguir el personal de salud que será responsable de proveer la consejería que requieren las personas interesadas, ya sea que necesiten iniciar, contar con seguimiento o ser vinculadas a servicios complementarios dentro de la provisión de la PrEP.

Dirigido a: personal de salud y profesionales de salud mental asignadas a proveer consejería en los servicios de Prevención Combinada que incluye la PrEP, independientemente de su formación o institución de salud.

Módulo de atención

Objetivo: definir los criterios y proceso clínicos que guíen al personal de salud que tiene la responsabilidad de proporcionar la PrEP de manera segura y efectiva con enfoque de reducción de daños y la Prevención Combinada del VIH y otras ITS.

Dirigido a: personal médico, paramédico, enfermería, laboratorio, farmacia y de consejería que provee la PrEP desde un abordaje clínico.

Módulo de recursos y monitoreo

Objetivo: proporcionar información necesaria a las personas responsables de la planeación, establecimiento y el seguimiento de los servicios de la PrEP en el Sistema Nacional de Salud.

Dirigido a: personas responsables de planear, adquirir los recursos, organizar, asegurar la infraestructura, dar seguimiento y evaluar los servicios de la PrEP en los Programas de Prevención Combinada de VIH e ITS.

Módulo de divulgación y comunicación

Objetivo: orientar sobre las estrategias de comunicación y promoción de la salud en las diferentes instituciones y centros de atención que proveen la PrEP.

Dirigido a: personal de promoción de la salud, comunicación y demás personas involucradas en el desarrollo de campañas, desarrollo de materiales de comunicación y administración de redes sociales en los servicios de Prevención Combinada que incluyen la PrEP.

ÍNDICE

MÓDULO DE CONSEJERÍA PARA LOS SERVICIOS DE LA PREP	16
MÓDULO DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN	53
MÓDULO DE RECURSOS Y MONITOREO PARA OPERAR SERVICIOS DE LA PREP	132
MÓDULO DE DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN COMBINADA LA PREP	176
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	189



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

MÓDULO DE CONSEJERÍA

GRUPO DE TRABAJO

MÓDULO DE CONSEJERÍA

Coordinación

Dra. Ana María Guadalupe Amuchástegui Herrera

Investigadora de la
Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco

Mtro. David Alberto López Salas

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
Dirección General de (CENSIDA)

Integrantes

Dr. Juan Carlos Mendoza Pérez

Profesor asociado del Departamento de Salud Pública
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Ana Rivera Castro

Psicóloga Clínica. Programa de VIH, ITS y VHC
Programa de VIH, ITS y VHC del Estado de Tabasco

Dra. Dulce Díaz Sosa

Investigadora del Centro de Investigación en Salud Mental Global
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dr. Hamid Vega

Investigador del Centro de Investigación en Salud Mental Global
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Williams Acosta Ordóñez

Técnico en programas de salud
Programa de VIH, ITS y VHC del Estado de Tabasco

CONTENIDO

ALCANCES DE LA CONSEJERÍA EN LA PREP	21
OBJETIVOS DE LA CONSEJERÍA EN LA PREP	21
CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DEL VIH, REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS	22
CONSEJERÍA PRIMERA ETAPA. EXPLORACIÓN DE LAS PUERTAS DE ENTRADA AL SERVICIO Y LAS MOTIVACIONES PARA EL USO DE LA PREP	23
CONSEJERÍA SEGUNDA ETAPA. EVALUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD E INICIO DEL USO DE LA PREP	25
CONSEJERÍA TERCERA ETAPA: SEGUIMIENTO A PERSONAS USUARIAS DE LA PREP	28
CONSEJERÍA A DEMANDA DE LAS PERSONAS EN LA PREP	33
CONSEJERÍA EN CASOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y USO DE LA PREP	39
ANEXOS	43

MÓDULO DE CONSEJERÍA PARA LOS SERVICIOS DE LA PrEP

La consejería es un proceso dinámico y estrecho de comunicación interpersonal entre una persona paciente o usuaria y una persona consejera experimentada (comprometida, empática, de acuerdo a un código ético y de buenas prácticas) que intenta facilitar los procesos para el ingreso a un servicio, detectar y aminorar las barreras que puedan entorpecer el proceso, así como resolver problemas y dificultades en el terreno personal, social o psicológico.

La consejería es un elemento de suma importancia que debe formar parte del proceso de implementación de la PrEP, ya que es un mecanismo para establecer una relación de participación, contención emocional y apoyo. De esta manera, promover la percepción del riesgo, consciencia de los actos, la reducción de prácticas de riesgo, la importancia de la adherencia al tratamiento y de promover prácticas de autocuidado en las personas. Se trata de un proceso esencial del que depende la efectividad de la PrEP como método de prevención combinada ante el VIH.

Se trata de uno de los recursos más útiles en la respuesta de la *pandemia* del VIH y el Sida a nivel nacional pues facilita el brindar servicios de manera oportuna, de calidad en un marco de respeto a los derechos humanos, libres de estigma y discriminación (OMS, 2012).

El proceso de consejería permite aplicar procedimientos técnicos para facilitar la aplicación y valoración de personas usuarias candidatas a recibir la PrEP y vincularlas a la atención médica y seguimiento clínico; así como dar seguimiento durante las visitas programadas y por demanda. Paralelamente, las funciones de consejería permiten implementar técnicas psicoeducativas centradas en la persona con la finalidad de orientarlas y favorecer la adherencia terapéutica a la PrEP. De esta manera, apoyar en el manejo y reducción de comportamientos de riesgo en personas usuarias (Proyecto ImPrEP México, 2018 – 2020).

Es recomendable que las personas consejeras se encuentren capacitadas y sensibilizadas con conocimientos básicos y fundamentales en salud, VIH, prevención combinada, entre otros temas que atañen a las poblaciones claves vulnerables ante el VIH (en esta guía se proponen en el Modelo de Recursos las herramientas disponibles para este propósito). Asimismo, deben encontrarse estables, dispuestas y en óptimas condiciones físicas, sociales y psicoemocionales para poder lograr el objetivo de la consejería.

1. Alcances de la consejería en la PrEP

- Brindar información basada en evidencia científica sobre VIH y otras ITS, prevención y autocuidado, con principal enfoque en la PrEP.
- Aplicar criterios de elegibilidad a las potenciales personas usuarias.
- Implementar técnicas psicoeducativas centradas en la persona para favorecer la adherencia a la PrEP.
- Proporcionar educación para la salud en materia de prevención del VIH y de otras ITS. El enfoque será de brindar elementos para que la persona decida las herramientas preventivas indicadas acorde a su estilo de vida y no la imposición de medidas que la persona consejera considera las más adecuadas.
- Realizar entrevistas basadas en preguntas claves para la detección de Infección Aguda por VIH (IAV) e ITS, para vincular de manera oportuna a servicios médicos especializados a las personas que así lo requieran.
- Identificar problemáticas de las personas usuarias de la PrEP relacionadas a la salud mental para vincular de manera oportuna a servicios psicológicos cuando sea necesario.
- Dar seguimiento a las personas usuarias de la PrEP en temas de manejo de efectos adversos, adherencia, socialización de la PrEP con los demás, identificación de cambios de conductas sexuales, así como de conductas de riesgos y reducción de daños.
- Identificar en el seguimiento de la PrEP datos de violencia, falta de adherencia, barreras en el proceso de la atención a la PrEP, en caso necesario calizar a los servicios que así requiera de acuerdo a cada situación.

2. Objetivos de la consejería en la PrEP

Es relevante conocer si el candidato a la PrEP es nuevo o ya es un usuario. La consejería en la PrEP explora el estado de salud sexual, el uso de drogas, conductas de riesgo para adquirir el VIH y otras ITS. Así también se implementará en los usuarios estrategias de sensibilización para el uso la PrEP y reducción de daño en el uso de drogas y del riesgo para adquirir el VIH, se combinará con la educación en salud sexual centradas en las necesidades y estilo de vida de la persona usuaria y sus planes a futuro en donde se prevengan otras ITS.

La consejería en personas que iniciarán la PrEP se debe centrar en reforzar la sensibilización sobre el tratamiento como una opción de prevención y ayudar a las personas a decidir si la PrEP es conveniente en sus necesidades y estilo de vida. A las personas que eligen tomar la PrEP como método de prevención, la consejería le servirá de preparación para iniciar el tratamiento, informar de su funcionamiento, resolver dudas y elaborar el plan específico de utilización médico y psicoemocional.

También se informará acerca de los siguientes aspectos:

- Valoración de la elegibilidad de las personas basadas en (*Tabla 2*):
 - Edad
 - Población clave de pertenencia
 - Comportamientos de riesgo a VIH, en un periodo de 6 meses previos
 - Comportamientos riesgo a VIH actuales
 - Comportamientos de riesgo a VIH a futuro inmediato
- Estrategias habituales para favorecer la adherencia
- Otras estrategias de protección de la salud sexual además de la PrEP
- La reducción de daños en las personas que consumen drogas
- La planificación integral de la prevención de la infección por el VIH
- La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS
- Identificar problemáticas de salud mental asociadas al contexto de la PrEP
- Los comportamientos actuales de salud sexual o de consumo de drogas
- La intención de continuar la PrEP
- Los factores que pueden facilitar u obstaculizar su utilización
- La resolución de problemas, por ejemplo:
 - Problemas de adherencia
 - Dificultades para comunicar la situación a la pareja o parejas
 - Posible rechazo social por ser una persona usuaria de la PrEP
- Modificación de prácticas de riesgo para la infección del VIH, VHC o de otras ITS.
- Las dosis que se deben tomar a fin de lograr la mayor protección:
 - Modalidad de la PrEP diaria
 - PrEP a demanda o por evento o 2-1-1
- Qué hacer cuando se omite una dosis
- Los efectos secundarios y/o adversos y su manejo
- Cómo interrumpir y reanudar la PrEP sin riesgo.

3. Consejería en prevención del VIH, reducción de riesgos y daños

Las funciones de consejería que se sugiere realizar dependiendo de la etapa de atención y seguimiento a las personas usuarias de la PrEP, se sintetizan en la siguiente tabla:

Actividad	Primera consulta	Consultas de seguimiento
Explorar puertas de entrada al servicio	X	
Sondear sobre prácticas de riesgo	X	
Reforzar la consejería en la PrEP	X	X

Consejería para personas que cumplen con criterios de elegibilidad	X	
Exploración sobre efectos adversos de la PrEP		X
Evaluar y generar estrategias para la adherencia de la PrEP	X	X
Identificar cambios en las prácticas de riesgo posteriores al uso de la PrEP		X
Generar estrategias para la identificación de signos y síntomas de ITS	X	X
Fortalecer mensajes para la prevención integral y la reducción de daños y riesgos	X	X
Dispensación de la PrEP	X	X

4. Consejería primera etapa. Exploración de las puertas de entrada al servicio y las motivaciones para el uso de la PrEP

Corresponde a la visita de identificación de las personas potenciales usuarias, y en la cual, los servicios de consejería se centran en la exploración de las puertas de entrada al servicio, en la realización de la evaluación de los criterios de elegibilidad y en la provisión de información sobre generalidades de la medida profiláctica.

Exploración del ingreso a los servicios de prevención y la valoración de las motivaciones del uso de la PrEP.

Pueden presentar dos escenarios:

- I. El primero, una vez que la persona ha evaluado sus necesidades y alternativas preventivas y detectadas que la PrEP es una estrategia viable. Esta valoración parte de los conocimientos previos de la persona potencialmente usuaria sobre la PrEP.
- II. El segundo, es aquél que se genera cuando en el marco de las actividades de consejería, el personal de salud identifica que la persona usuaria podría verse beneficiado de la PrEP como herramienta para la prevención del VIH. La identificación se realiza con base en una evaluación del riesgo de la persona, en cuyo caso se ofertará la PrEP como una opción preventiva. La persona usuaria será siempre quien decida si esta opción se adapta a sus necesidades preventivas.

Temas para abordar en la consulta inicial:

- Evaluación de conductas e ideologías de la persona sobre la PrEP:
 - Su finalidad por la cual cree que requiere de la PrEP
 - Los intereses, motivaciones y necesidades que lo pueden llevar a solicitarla
- Prácticas sexuales de la persona usuaria potencial, con la finalidad de explorar si estas la colocan en un riesgo significativo y constante ante el VIH:

- Comportamientos pasados en un periodo de 6 meses
 - Comportamientos actuales
 - Comportamientos a futuro
- Consumo de drogas:
 - Periodos de consumo
 - Sustancias de consumo
 - Frecuencia del consumo
 - Dosis del consumo
 - Percepción del riesgo y daños del consumo
 - Consciencia del consumo
 - Perspectiva a futuro del consumo
- Prácticas de protección y autocuidado ante el VIH y otras ITS:
 - Uso de métodos de prevención combinada
 - Percepción de riesgos antes el VIH y otras ITS
 - Conciencia de prácticas de riesgo
 - Sexo seguro y protegido
- Pruebas de detección VIH y otras ITS:
 - Pruebas realizadas con anterioridad y sus resultados
 - Periodicidad de la aplicación entre prueba y prueba
 - Consciencia sobre la importancia del tamizaje periódico
 - ITS detectadas con anterioridad
- Comprensión de los alcances y funcionamiento de la PrEP
- Valoración de salud mental, trastornos mentales y su tratamiento
- Indicadores de violencia
- Preparación para la utilización efectiva de la PrEP
- Determinar si la persona es candidata o no a la PrEP
- Ofertar métodos adicionales y alternativos de prevención combinada

4.1 Factores de elegibilidad de la PrEP

- Imposibilidad para negociar el uso del condón con su o sus parejas sexuales
- La persona es víctima de violencia de género y/o sexual
- La persona ejerce trabajo sexual y se encuentra en riesgo constante ante el VIH
- Tiene una pareja que vive con VIH, cuya carga viral aún no es indetectable o se desconoce su estado serológico.
- No hay uso consistente de condón
- Tiene una o varias parejas sexuales con las que no usa condón
- Desea incorporar una estrategia de prevención adicional debido a sus prácticas constantes de riesgo, siempre y cuando, la PrEP sea un elemento que cubra un posible riesgo ante el VIH.

5. Consejería segunda etapa. Evaluación de la elegibilidad e inicio del uso de la PrEP

La evaluación de la incorporación a los servicios de prevención e inicio del uso de la PrEP es tarea del personal de consejería percatarse si la PrEP se adapta a las necesidades de prevención de la persona que la solicita, lo cual deriva en la valoración de criterios básicos para incorporarse al servicio.

Si bien la consejería es central para la evaluación de la elegibilidad de las personas usuarias para el uso de la PrEP, la realización de las pruebas clínicas (basales, de seguimiento, de creatinina sérica e ITS) corresponde al área de atención médica.

5.1 Criterios básicos de incorporación a la PrEP

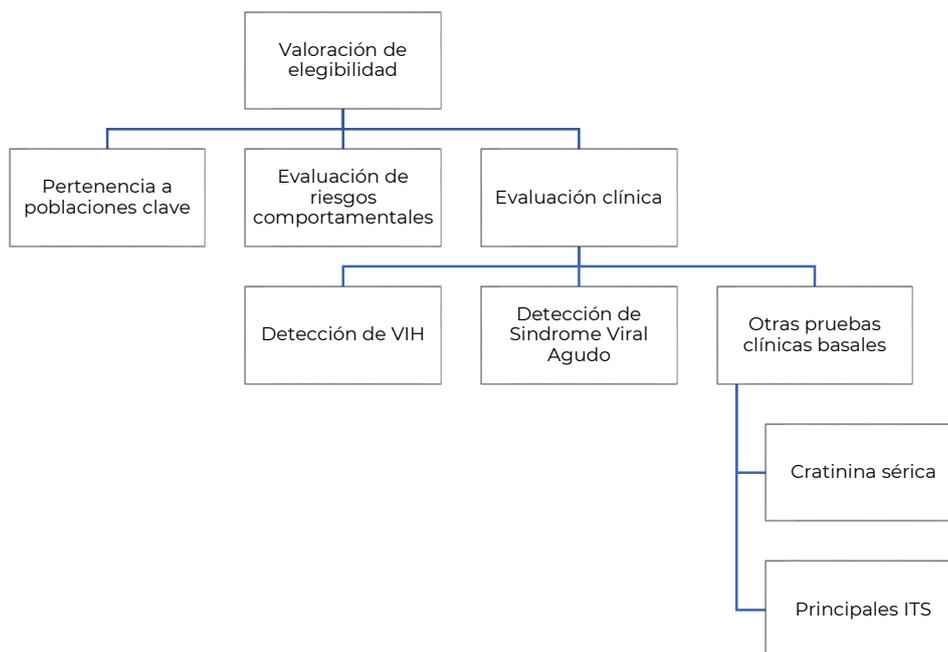
1. Comprobar que la persona no tiene VIH:
 - Realizar prueba de detección de VIH a las personas interesadas en tomar la PrEP, así como hacer hincapié en la importancia de ser negativo a VIH antes y durante la toma de la PrEP, para evitar la resistencia del virus ante el medicamento

2. Pertener a una población clave en el contexto del VIH:
 - Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) mayores de 15 años, con alta exposición al VIH
 - Mujeres trans mayores de 15 años
 - Adolescentes entre 15 y 19 años con alta exposición al VIH
 - Mujeres y hombres con pareja serodiscordante sin control virológico
 - Personas consumidoras y poli consumidoras de sustancias psicoactivas
 - Personas que consumen drogas durante las prácticas sexuales (Chemsex)

3. Estar altamente expuesta al VIH:
 - Realizar valoración para identificar los riesgos a los cuales se encuentra expuesta la persona usuaria:
 - Prácticas y conductas sexuales de riesgo
 - Consciencia del riesgo de dichas prácticas y conductas
 - Frecuencia con la cual se expone al VIH
 - Valoración de la salud mental actual
 - Violencia sexual por su o sus parejas

4. Descartar contraindicaciones clínicas para iniciar con la PrEP:
 - Es importante una evaluación de las posibles interacciones con medicamentos o posibles enfermedades contraindicadas con el uso de la PrEP

- o Como lo son aquellas relacionadas al hígado, riñones y sistema óseo.



5.2 Consejería sobre los esquemas de uso de la PrEP

Esta consejería se basa en asesorar a las personas potenciales a tomar la PrEP en los dos esquemas disponibles. Se explica la manera en que deben tomarse, dosis, consideraciones, características y la finalidad de cada uno. El objetivo de esta consejería es para determinar el esquema que mejor se adapte a la persona, basado en las necesidades y prácticas de cada persona usuaria.

5.3 Esquema diario

El primer esquema, como su nombre lo indica, es aquel en el que la PrEP se toma diariamente cada 24 horas. Es ideal para las personas que se encuentran en exposición constante al VIH, ya sea por sus prácticas sexuales, por su oficio y/o profesión que ejercen o ante la imposibilidad de negociar el uso del condón con la o las parejas sexuales, así como ante la detección de indicadores de violencia.

5.4 ESQUEMA A DEMANDA, “POR EVENTO” O 2-1-1

El segundo, es el conocido como “por evento” o PrEP “a demanda”. Consiste en la toma de dos píldoras entre 2 a 24 horas antes de tener relaciones sexuales, la tercera píldora 24 horas después de la primera toma, y la cuarta, 48 horas después de la primera toma.

Este régimen es recomendado por la OMS solo para HSH que tienen encuentros sexuales menos de dos veces por semana y que puedan posponer el inicio de una relación sexual no planificada por lo menos 2 horas. Las personas usuarias tienen una relación sexual en el segundo o tercer día del esquema, es

preferible que cambie a esquema diario por lo menos hasta 72 horas después de la relación. En caso de duda sobre la toma u omisión de la misma, contactar a la persona especialista o consejera tratante.

5.5 Consideraciones importantes para tomar en cuenta en la consejería ante el uso de la PrEP

El uso constante y adecuado de la PrEP es altamente seguro y su efectividad es del 90% para la prevención de adquirir VIH. Sin embargo, hay que tener ciertas consideraciones en su consumo:

- ✓ No debe ser consumida con otros medicamentos nefrotóxicos, es decir que sean agresivos o dañinos para los riñones.
- ✓ La PrEP en forma de TDS/FTC actúa contra la hepatitis B, es necesario realizar un monitoreo médico constante.
- ✓ No existen restricciones alimentarias asociadas al uso de la PrEP.
- ✓ No existen contraindicaciones con el consumo de alcohol y/o drogas recreativas. Sin embargo, el consumo excesivo de estas sustancias puede tener importantes efectos en la salud.
- ✓ La PrEP no es un tratamiento para calmar la ansiedad o el miedo al VIH, la educación en salud sexual es la alternativa para este tipo de situaciones. Cuando se requiera, es importante canalizar a servicios de salud mental.

5.6 Criterios clínicos de ITS

La PrEP está indicada únicamente para prevenir la infección por VIH. Por lo cual es necesario detectar, tratar y hacer intervenciones psicoeducativas para la prevención de las ITS, ya que la evidencia señala que hay incidencia y prevalencia de estas infecciones es mayor en personas interesadas en la PrEP o que ya son usuarias de la PrEP, en comparación con otras poblaciones.

En esta etapa se sugiere realizar una exploración inicial para la detección de signos y síntomas asociados a otras ITS, para la oportuna vinculación de la persona usuaria a atención médica. Para ello, la persona consejera vinculará a la persona potencialmente usuaria a la atención médica y/o laboratorio para la exploración o realización de pruebas de detección de sífilis, hepatitis B y C de acuerdo con la capacidad instalada disponible en el sitio.

5.7 Identificación de riesgos comportamentales para adquirir el VIH

Una de las acciones fundamentales para evaluar la elegibilidad de las personas usuarias para el uso de la PrEP tiene que ver con el riesgo de adquirir el VIH por diversas situaciones. De acuerdo con el estudio ImPrEP, los principales comportamientos de riesgo a tomar en cuenta para adquirir el VIH son:

- La pareja sexual tiene otras parejas sexuales o alto riesgo de adquirir VIH.
- Uso de drogas inyectables.

- La pareja sexual desconoce su estado serológico o no se conoce el estado serológico de la pareja (sucede principalmente con parejas casuales).
- Prácticas de sexo transaccional o ejerce el trabajo sexual.
- Tiene sexo sin condón con una persona que vive con VIH sin tratamiento ARV o con carga viral detectable.
- Uso de PPE en los últimos 6 meses.
- Tiene prácticas sexuales mientras bebe alcohol o usa drogas.
- Historial reciente de ITS.
- Tiene sexo sin condón con personas que se inyectan drogas (PID).
- Uso inconsistente de condón.
- Más de una pareja sexual en seis meses y sin uso constante del condón en sus relaciones.

Es importante tener en cuenta que el comportamiento tendrá variaciones de acuerdo con la población clave al cual se pertenezca; sin embargo, la PrEP se ofrecerá a las personas que cumplan con alguna de las características anteriores.

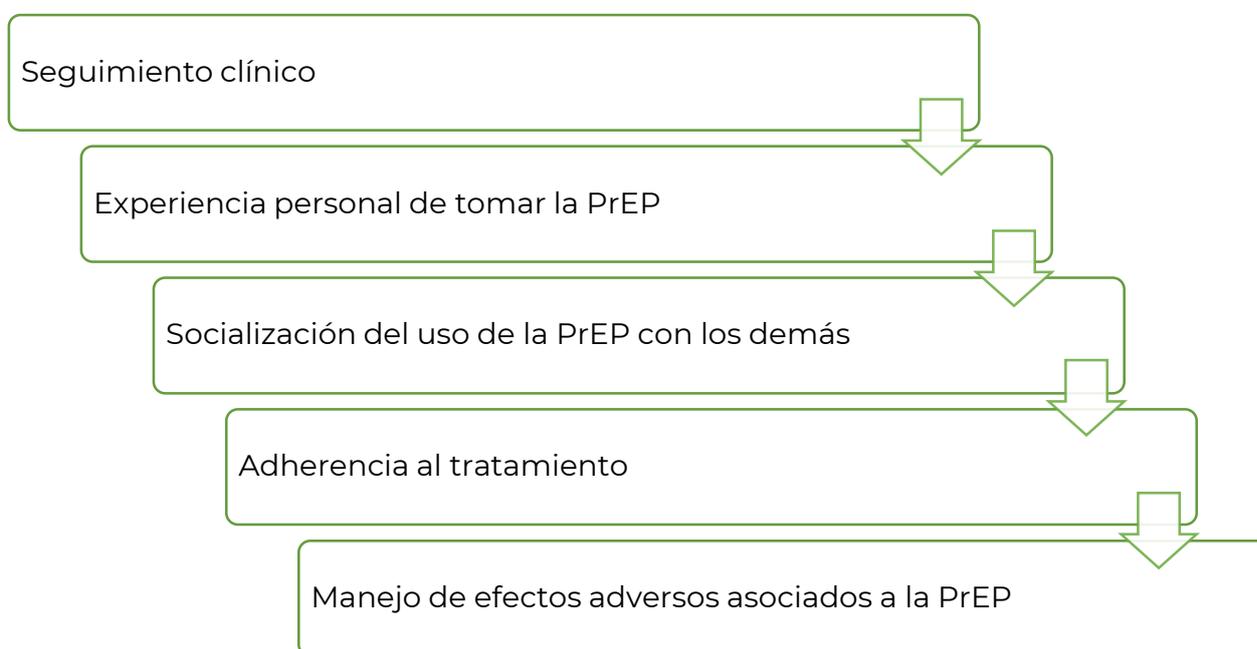
Para indagar sobre las prácticas de riesgo entre las personas potencialmente usuarias que pudieran beneficiarse del uso de la PrEP, se sugiere que el personal profesional de la salud que realice la consejería para la provisión tome como guía las siguientes preguntas:

En los últimos 6 meses:	¿Has tenido sexo con más de una persona?
	¿Has tenido sexo sin condón?
	¿Has tenido sexo sin condón con alguna persona cuyo estatus serológico desconozcas?
	¿Has usado drogas inyectables o compartido equipo de inyección (jeringas)?
	¿Algunas de tus parejas ha estado en riesgo de adquirir VIH, por su hábito de consumo de drogas y/o comportamiento sexual?
Para parejas serodiscordantes:	¿Tu pareja está en tratamiento antirretroviral?
	¿Tú pareja ha estado en tratamiento antirretroviral por más de 6 meses?
	Al menos una vez al mes, ¿hablas con tu pareja sobre la toma diaria de su tratamiento antirretroviral?
	¿Sabes cuál fue el resultado de la última carga viral de tu pareja?

6. Consejería tercera etapa: seguimiento a personas usuarias de la PrEP

La consejería para el manejo de la PrEP será la encargada de dar vigilancia mensual y trimestral a las personas usuarias desde una perspectiva de prevención y atención integral.

Una vez que la persona usuaria ha iniciado el uso de la PrEP, se sugiere realizar el seguimiento estrecho para evaluar la aceptabilidad de la medida profiláctica, conocer cómo ha adaptado su uso en la cotidianidad y qué tan efectiva ha sido de acuerdo con sus necesidades preventivas. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS (WHO, 2017), el seguimiento a las personas usuarias de la PrEP se debe realizar con una periodicidad trimestral, aunque se sugiere que la primera visita sea un mes posterior al inicio de la PrEP, para evaluar la experiencia inicial de la persona con esta estrategia preventiva, pero dejar la cita abierta para que en caso de dudas o alguna situación aclaratoria la pueda realizar y no esperarse. A continuación, se resumen las actividades a realizar en estas visitas:



La consejería contribuye a las actividades de seguimiento a las personas con tratamiento de la PrEP. Particularmente, en las visitas de seguimiento se realizan cinco actividades:

- La consejería (pre y post) prueba de detección de VIH
- Interrogar sobre efectos adversos de la PrEP
- La exploración sobre la presencia de signos y síntomas asociados a ITS
- Sugerir la autoexploración y cualquier situación que se presente en los genitales
- La generación de estrategias que favorezcan la adherencia terapéutica a la PrEP
- Estrategias para la prevención y la reducción de daños

6.1 Pruebas de seguimiento clínico

Durante el período de uso de la PrEP, es de gran relevancia que a la persona usuaria se le realicen pruebas periódicas de VIH; se monitoreen posibles efectos adversos graves a partir de la realización de pruebas de creatinina semestrales y se explore la presencia de ITS (CENSIDA Y SSA, 2019).

6.2 Detección de VIH

- Debe realizarse como mínimo cada 3 o 4 meses en casos de adherencia adecuada.
- Recordarles a las personas en el uso de los condones de manera regular y sistemática como parte de una estrategia de prevención combinada, independientemente del rol sexual

Como se ha señalado, la PrEP es únicamente para personas negativas a VIH. Por ello y de acuerdo a la capacidad instalada de la institución, en cada visita de seguimiento se recomienda aplicar la prueba de detección de VIH, así como valorar señales de IAV. Si existe sospecha de la infección es recomendable referir a la persona usuaria al área médica correspondiente.

6.3 Identificación de signos y síntomas asociados a ITS

Es de gran relevancia señalar que, durante la consejería de seguimiento a personas usuarias de la PrEP, conversar con las personas con la finalidad de identificar signos y síntomas que puedan asociarse a una infección de transmisión sexual, para su vinculación oportuna a valoración médica y tratamiento oportuno (CENSIDA Y SSA, 2019).

6.4 Evaluación de la adherencia al uso de la PrEP y generación de estrategias conjuntas

La adherencia a la PrEP es fundamental para garantizar su eficacia. Durante el seguimiento, el personal de la salud que esté al frente de la consejería la PrEP deberá realizar la indagatoria sobre la adherencia de acuerdo con la experiencia de la persona y, de ser necesario, generar estrategias conjuntas para fortalecerla.

La evaluación de la adherencia depende del autoinforme de la persona usuaria, para lo cual se recomienda realizar un interrogatorio que permita obtener datos sobre la toma de la PrEP y su inclusión dentro de las actividades cotidianas de la persona usuaria e insistir en la eficacia dependerá de su uso efectivo, esto como para la responsabilizarían de tomarlo adecuadamente. Para ello, se recomienda el uso del *Cuestionario de adherencia a la PrEP y comportamiento sexual (Anexo B)*.

En función de las respuestas de la persona usuaria, es importante generar una estrategia conjunta, de acuerdo con sus necesidades y actividades cotidianas,

que permita optimizar la toma diaria de la PrEP en un horario habitual, y se fortalezca el compromiso con el seguimiento clínico de la estrategia, para asegurar la asistencia regular a los servicios del sitio. Para ello, se recomienda tomar en cuenta la siguiente información:

- La adherencia significa tomar el fármaco en la dosis correcta, a una frecuencia constante y a una hora regular del día, de acuerdo con el esquema seleccionado, además de acudir puntualmente a las visitas de seguimiento.
- La persona vive una experiencia única de la PrEP, por lo cual el tratamiento debe adherirse a sus actividades cotidianas de manera diferencial, existen estrategias que puede ayudar y facilitar el proceso de adherencia.

Estrategias para favorecer la adherencia a la PrEP (ImPrEP México):

- Asociar la toma a alguna actividad cotidiana.
- Siempre contar con suficientes pastillas y mantenerlas accesibles.
- Establecer recordatorios.
- Llevar a la mano las dosis que pueda necesitar, en caso de cambio de rutina.
- Tomar la PrEP en un horario constante y adecuado a su vida cotidiana.
- Solicitar apoyo para el recordatorio a una persona de confianza.
- Tomarse inmediatamente al haberse detectado un olvido.
- No recurrir a comportamientos compensatorios (como tomar más pastillas).
- Es seguro tomar dos pastillas al día, pero esta práctica debe ser excepcional.
- Si los olvidos son comunes, es necesario reforzar las estrategias para la adherencia (evaluar síntomas de depresivos y ansiosos).
- Si se detecta una inadecuada adherencia, es recomendable sugerir al usuario otros métodos preventivos distintos a la PrEP que se adapten mejor al estilo de vida.

6.5 Manejo de efectos adversos asociados al uso de la PrEP

El uso de la PrEP es seguro, los estudios no han demostrado interacciones adversas de la PrEP con la gran mayoría de los medicamentos, anticonceptivos o tratamiento hormonal, así que puede ser tomada al mismo tiempo que cualquier otro medicamento de esta índole. Sólo un 10% de las personas usuarias de esta estrategia podría presentar efectos secundarios.

Efectos adversos leves: Se relacionan a la primera toma; alcanzan un punto máximo durante el primer mes, disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer totalmente al 3er mes; se denomina “síndrome de inicio”, el cual es transitorio.

- Malestares gastrointestinales: diarrea, náusea, disminución del apetito, dolor abdominal o flatulencias
- Mareos
- Dolores de cabeza leves
- Prurito o picazón en la piel, principalmente en el área del abdomen bajo, la espalda y los brazos

Efectos adversos graves: Se detectan con las pruebas de seguimiento durante el uso de la PrEP. Desaparecen una vez discontinuado el uso de la PrEP; son poco frecuentes.

- Fallas en la función renal (que puede presentarse en 1 de cada 200 usuarios)
- Disminución en la densidad ósea, que puede presentarse entre el 0.5 al 1.5% de los usuarios

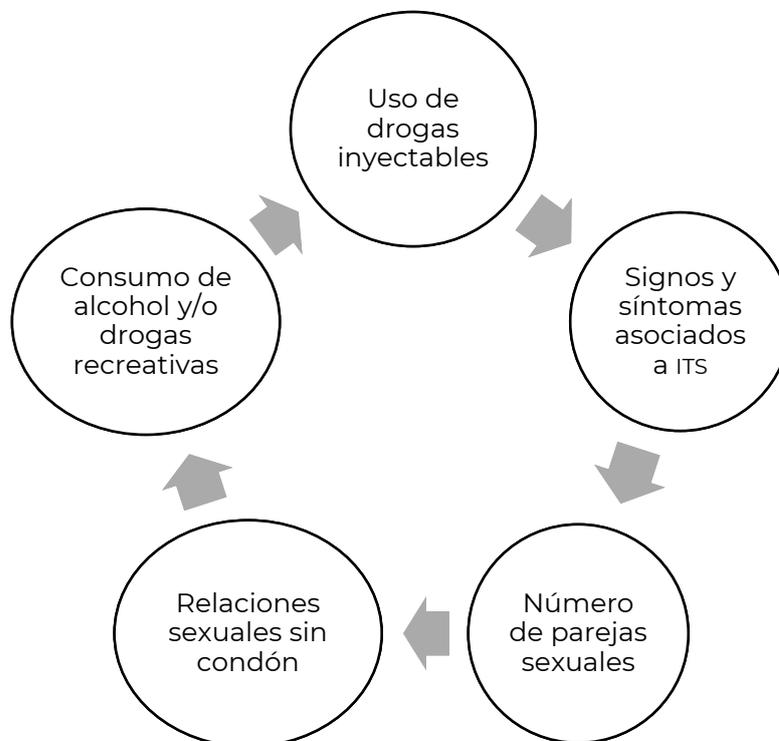
Esto con la finalidad de que tenga la información e insistir que cualquier medicamento puede producir efectos adversos no solo la PrEP

6.6 Identificación de cambios comportamentales

Al incorporar la PrEP a la vida cotidiana, es posible que existan cambios en el ejercicio de la vida sexual de las personas usuarias. Por ello, desde la consejería se puede motivar una exploración conjunta sobre los posibles cambios de comportamiento asociados al uso de la PrEP. Este espacio de comunicación permite brindar reforzar información relevante sobre la prevención de ITS, y generar estrategias de reducción de riesgo conjuntas.

Las personas que usan la PrEP pueden generar una disminución en la percepción del riesgo y potenciar los comportamientos que aumenten la posibilidad de adquirir otras ITS.

Es fundamental monitorear los siguientes aspectos en la consejería de seguimiento:



Debe reforzarse el conocimiento de que la PrEP sólo previene el VIH y no otras ITS. A partir de la identificación de estos comportamientos, es fundamental del uso de otros recursos adicionales de prevención combinada.

7. Consejería a demanda de las personas en la PrEP

La consejería a demanda por las personas usuarias se da a partir de sus necesidades, inquietudes, dudas particulares y pueden variar dependiendo de cada persona. Esto significa que se utilizan estrategias centradas en la persona en donde se reconoce su experiencia de vida, deseos y metas. El personal de consejería actúa como un guía que puede ayudarlo a cumplir sus metas o a fijarse nuevos objetivos. Muchos de los métodos de asesoramiento empleados para respaldar la utilización de la PrEP recurren a las estrategias de la entrevista motivacional.

Estos enfoques se centran en el refuerzo de la motivación para una correcta utilización de la PrEP mediante la vinculación de la persona usuaria en conversaciones que abarcan todos los aspectos de la experiencia de la PrEP, incluidas las consecuencias percibidas, no solo de falta de adherencia, sino también de los esfuerzos del cumplimiento. La autonomía y el respeto de las decisiones de la persona son imprescindibles en este enfoque.

La persona consejera permite que la persona usuaria dirija la charla y ofrece comentarios reflexivos. El asesoramiento centrado en la persona usuaria hace hincapié en los siguientes aspectos:

- El intercambio de conocimientos
- El respeto de las experiencias de la persona en el contexto de su realidad social
- El reconocimiento y, según corresponda, la participación de la familia y otras personas que influyen en la vida de la persona usuaria
- La creación de oportunidades que fomenten la autonomía y el éxito

El contenido de las conversaciones de asesoramiento debe abordar las necesidades específicas de la persona usuaria. Los enfoques centrados en la persona adaptan los servicios a sus necesidades y deseos. Según la persona usuaria, la orientación puede abordar cualquiera de los siguientes temas y servicios:

- Las pruebas de detección del VIH
- Los aspectos que se deben tener en cuenta en la PrEP o la PEP
- Las pruebas de detección del VIH y el tratamiento de la pareja o parejas
- El tamizaje y el tratamiento de las ITS
- Las metas reproductivas, la concepción, el embarazo y la anticoncepción sin riesgos
- La prevención, las pruebas diagnósticas y el tratamiento de la hepatitis B y C
- El suministro de condones y lubricantes a base de agua
- La detección de trastornos de salud mental y su tratamiento (en especial la depresión)
- El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
- El tamizaje, las pruebas diagnósticas y el tratamiento de la tuberculosis
- El asesoramiento acerca de la violencia de pareja

7.1 Consejería diferenciada en grupos de población específicos

Es el proceso en el cual el personal de consejería interactúa de manera directa con las personas pertenecientes a grupos clave ante el VIH. El personal de consejería debe indagar e identificar la información pertinente sobre las prácticas sexuales, ideologías, necesidades y contextos específicos de la persona, quienes pueden colocarle en una situación de riesgo y vulnerabilidad ante el VIH.

Basado en la información recabada, el consejero debe brindar los conocimientos y las herramientas necesarias para la que la persona pueda desarrollar un plan que facilite la adherencia a la PrEP, a su autocuidado y al seguimiento continuo del tratamiento.

7.2 Uso de la PrEP en población adolescente

En el asesoramiento de adolescentes, los temas de interés pueden incluir las necesidades del desarrollo como el hecho de afianzar su autonomía, la privacidad acerca de las decisiones médicas y el consentimiento a la prueba diagnóstica del VIH y los servicios afines.

Se ha comprobado desde el 2018 que el uso de la PrEP es seguro en poblaciones adolescentes con pesos mayores de 35 kg. Se recomienda que el inicio de la PrEP sea a partir de los 15 años preferentemente. Es importante evaluar si se puede obtener la autorización de padres o tutores en menores de edad para el tratamiento.

Es necesario el implementar estrategias de prevención y reducción de riesgos en la población adolescente, incluyendo la PrEP. Sustentado en la evidencia de que las personas adolescentes que viven con VIH pueden mostrar dificultades en la adherencia al tratamiento, complicaciones para llegar al control virológico óptimo, interrupción del continuo de la atención y pérdida del seguimiento en comparación con las personas adultas.

Se requiere conocer las implicaciones específicas que rodean a esta población para llevar un adecuado seguimiento, como lo son:

- Normativas respecto al consentimiento informado
- Datos de bioseguridad de los medicamentos empleados

7.3 Uso de la PrEP en Mujeres trans

Las mujeres trans son una población clave con mayor riesgo de adquirir VIH en comparación a los hombres trans, dadas las características y prácticas sexuales de ambos grupos.

La PrEP es eficaz en las mujeres transgénero cuando se utiliza de manera sistemática. Sin embargo, según el estudio iPrEx, la adherencia al tratamiento es inferior en las mujeres transgénero que en los hombres que tienen sexo con otros hombres, sobre todo durante los periodos de mayor posibilidad de exposición al VIH. Entre los métodos que fomentan la utilización eficaz de la PrEP en las mujeres transgénero se puede incluir las intervenciones de la identidad de género como el tratamiento hormonal feminizante.

- No existe interferencia entre la PrEP y el tratamiento hormonal. El cuerpo procesa las hormonas de género en el hígado y los fármacos de la PrEP se procesan en los riñones

7.4 Uso de la PrEP en Personas trabajadoras sexuales

Las personas trabajadoras sexuales tienen mayor capacidad de protegerse ante el riesgo de contraer VIH mediante el uso sistemático de los métodos de prevención combinada. En esta población clave el uso de condones

constituye la piedra angular de la protección de la salud sexual. Se pueden beneficiar con el asesoramiento sobre la forma de integrar la toma la PrEP con regularidad, en un modo de vida con horas de trabajo variables.

Algunos casos de personas trabajadoras sexuales no utilizan condones con sus parejas sentimentales. De manera análoga, algunas no pueden negociar el uso de condones con las personas que contratan sus servicios en todas las ocasiones. La PrEP puede aportar una protección adicional.

Al igual que en otras poblaciones, las personas trabajadoras sexuales deben considerar si el uso de la PrEP se adapta a sus necesidades, motivaciones y prácticas sexuales y conductuales.

- El personal de consejería debe reforzar el uso recurrente del condón y lubricante en todas las prácticas sexuales, como método de protección atente el VIH e ITS

7.5 Uso de la PrEP en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

En la actualidad es la población clave más vulnerable ante el VIH, a pesar de que un gran número de HSH es conscientes de su salud sexual y de los beneficios de la PrEP. Sin embargo, es importante realizar una consejería que fortalezca las conductas de autocuidado, el uso correcto de los recursos de prevención combinada, así como de la misma PrEP.

Es importante tener en cuenta que una parte de la población de HSH pueden utilizar sustancias psicoactivas de manera recreativa y durante las relaciones sexuales de manera intencional (Chemsex) lo cual puede ponerles en mayor vulnerabilidad ante el VIH al no ser conscientes de los riesgos, así como los daños a largo plazo por el consumo constante de las sustancias. Por lo cual, es necesaria una consejería con enfoque de reducción de daños (ver adelante el apartado de *Consejería en casos de consumo de sustancias y uso de la PrEP*).

7.6 Uso de la PrEP en personas que se inyectan y consumen drogas

Las personas pertenecientes a estas poblaciones claves tienen un riesgo significativo de adquirir VIH. Es indispensable equipar a las personas con los recursos de prevención y reducción de daños necesarios, así como una consejería basada en sus necesidades específicas en la cual se les pueda ayudar en la concientización de las prácticas de riesgos, reducción de daños y riesgos y de ser necesario vincular a los CAPAS y Centros de Rehabilitación Juvenil. Para más información, consultar el apartado de *Consejería en casos de consumo de sustancias y uso de la PrEP*.

En algunos casos puede existir la relación entre el trabajo sexual y el consumo de sustancias, en donde puede presentarse una falta de empoderamiento por

parte de la persona para utilizar condón de manera sistematizada y recurrente con las personas que recurren a sus servicios y a la o las parejas sentimentales.

El brindar servicios de reducción de daños es la piedra angular en estas poblaciones para la prevención del VIH de la mano de la PrEP.

7.7 Uso de la PrEP durante el embarazo y la lactancia materna

En esta población es necesario el poder brindar información acerca de la PrEP y el proceso de embarazo, maternidad y lactancia. De tal manera, la persona pueda decidir libremente y de manera informada si la PrEP es la mejor estrategia de prevención de acuerdo con sus necesidades, motivaciones e ideologías, así como de continuar o terminar el uso de la PrEP después del parto y/o la lactancia.

La infección por VIH puede ocurrir durante el embarazo y la lactancia, el riesgo es mayor cuando la madre adquiere VIH durante el embarazo. Los datos actuales respaldan que el uso de la PrEP en casos donde hay un riesgo significativo ante el VIH durante el embarazo y la lactancia.

7.8 Consejería para personas que deben suspender la PrEP

El uso de la PrEP puede interrumpirse en cualquier momento del curso de vida. La PrEP puede dejar de tomarse cuando la persona lo decide o cuando existen factores que llevan al personal encargado de realizar la consejería sugerir la detención del uso o por indicación médica, pero si decide dejar de utilizarla, sugerir informar inmediatamente.

Si una persona deja de tomar la PrEP se sugiere que, en el marco de la consejería, se informe que puede volver a hacer uso de esta estrategia preventiva cuando lo desee, siempre y cuando cumpla con los criterios de elegibilidad establecidos para las personas usuarias. Además, se aconseja que el personal encargado de hacer la consejería refuerce los mensajes de prevención a la persona usuaria que toma esta decisión.

Se debe recordar que la PrEP puede detenerse por varios factores:

Detectados por la persona usuaria:

Considera que no se encuentra en riesgo sustancial de adquirir VIH (incumplimiento de los criterios de elegibilidad)

Deja de ser una estrategia de prevención adecuada para sus necesidades y no se adapta a su estilo de vida

Desea dejar de consumir la PrEP

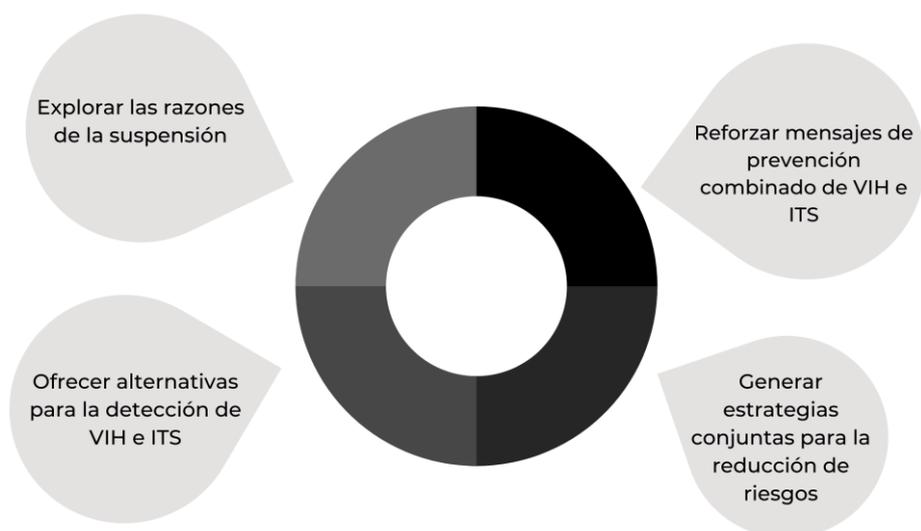
Detectados por la consejería:

No hay una adecuada adherencia

Existe abandono en el seguimiento

Presencia de efectos adversos significativos y/o de gravedad

En caso de suspensión de la PrEP, la persona que otorgue consejería debe:



7.9 Consejería en casos con diagnóstico de VIH y referencia

En caso de existir seroconversión, la PrEP debe suspenderse definitivamente, es importante recordarle a la persona usuaria que la PrEP es únicamente para personas negativas a VIH.

Se recomienda la vinculación a los servicios de atención de VIH, para seguir los protocolos establecidos hasta que se esté en tratamiento antirretroviral con el objetivo de alcanzar la supresión viral.

8. Consejería en casos de consumo de sustancias y uso de la PrEP

La lógica de esta estrategia se centra en la des patologización y descriminalización del consumo de sustancias, evitando la visión prohibitiva y la perspectiva de la abstinencia del consumo como única manera de prevención. Este modelo se sustenta en apego al respeto de los Derechos Humanos y a los principios de salud pública, con lo cual se coloca a las personas en libertad de autonomía y derecho para el consumo de sustancias. Sustentado en lo anterior, se puede colocar a la PrEP como un método de prevención ante el VIH y la hepatitis B en personas usuarias de drogas inyectables, asimismo para aquellas que hacen uso de sustancias psicoactivas de manera recreativa y en el chemsex.

El consumo de sustancias requiere abordarse por parte del personal de salud desde la seguridad, placer y reducir riesgo en la persona usuaria. La criminalización y la patologización del consumo de sustancias son factores que afectan de manera negativa y directa, lo cual se convierte en una barrera en el acceso a servicios de salud para las personas consumidoras; colocándoles en un riesgo inminente ante la adquisición de infecciones virales e ITS.

Esta estrategia de consejería brinda la información basada en evidencia científica, conocimientos y herramientas necesarias para que las personas usuarias puedan mejorar su calidad de vida y aumentar sus prácticas de autocuidado. Siempre basándose en las necesidades y motivaciones específicas de esta población clave.

8.1 Enfoque de reducción de riesgos y daños, prevención combinada y la PrEP

Para lograr un mayor alcance de las poblaciones clave se requiere de un proceso incluyente y no prohibitivo, así como desestigmatizar el consumo de sustancias psicotrópicas y abandonar ideas preconcebidas sobre la abstinencia como única manera de prevención. Por esto, el modelo de riesgos y daños ofrece un marco de referencia basado en los principios de salud pública y los derechos humanos, considerando a las personas usuarias con

libre derecho a su consumo, con capacidad de gestionar su placer y riesgo y buscando inferir en la consciencia y responsabilidad de ésta misma.

La criminalización del consumo de sustancias limita el acceso a los servicios de atención y prevención, lo cual aumenta la vulnerabilidad de las personas pertenecientes a esta población clave.

La PrEP es considerada como el mecanismo idóneo de prevención del VIH y de la hepatitis B en personas usuarias de drogas. Por lo cual, es de suma importancia la aplicación de un programa o enfoque de Reducción de Riesgos y Daños.

El objetivo de este es minimizar las repercusiones en la salud asociadas al uso de sustancias psicoactivas, al mismo tiempo posiciona el uso de la PrEP como un elemento de sustancial en la reducción de daños a la salud, a través de cambios y acciones positivas en favor de las personas usuarias. Cabe recordar que, dependiendo la capacidad operativa y de infraestructura de las instituciones, en caso de ser necesario referir a los CAPAS's o a los Centros de Integración Juvenil, los cuales se pueden consultar en el [Directorio de Unidades de Especialidad Médica CAPA's cuarto Trimestre 2020](#).

8.2 Componentes clave de la consejería de reducción de daños

1. Establecimiento de comunicación bilateral efectiva:

- Instaurar canales de comunicación efectivos basados en la empatía, confianza y respeto.
- Escuchar de forma activa y abierta, colocando a la persona como experta en su vida.

2. Identificación de factores de riesgo:

- Identificación de los factores que faciliten el autocuidado de la persona.
- Identificar las barreras que se presenten en las prácticas de autocuidado.

3. Asesoría para la gestión de prácticas sexuales placenteras, seguras y protegidas:

- Favoreciendo el ejercicio de una sexualidad libre
- Promocionar el uso de anticonceptivos
- Uso correcto del condón externo e interno y lubricante a base de agua y otros lubricantes según la práctica sexual traumática.
- Orientación en la prevención de lesiones y riesgos durante prácticas sexuales traumáticas (Fisting*, slamming**, chemsex***, etc.)
- Manejo del umbral del dolor durante el consumos de sustancias con el fin de evitar riesgos y daños.
- Uso correcto de parafernalia del consumo de sustancias durante las prácticas sexuales.

4. Reducción del policonsumo y mezclas de riesgo:

- Capacitar a la persona usuaria para identificar interacciones de riesgo entre sustancias psicoactivas
- Capacitar a la persona para que sea capaz de gestionar su placer estableciendo de antemano la cantidad de sustancia que usara durante su sesión de chemsex.

5. *Kits* de reducción de riesgos y daños:

- Ofrecer capacitación y herramientas para contrarrestar algunas de las consecuencias a corto y mediano plazo derivadas del consumo de sustancias
- Distribución de *kit* de prevención con materiales específicos, dependiendo la vía de administración: intranasal, intravenosa, fumada y anal (dependiendo la capacidad de la institución)

6. Vacunación para personas usuarias de sustancias:

- Fomentar la vacunación oportuna de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, encaminadas a la prevención y reducción de la transmisión de la hepatitis B y VPH
- En personas con consumo de sustancias por vía intranasal y fumadas, fomentar la vacunación para Influenza y Neumococo

7. Creación y refuerzo de conductas de protección y autocuidado

- Capacitación para las personas usuarias, encaminada a identificar el impacto de las sustancias en el organismo, así como identificar las dosis máximas en la sustancia de impacto
- Apoyar a la persona para la identificación de acciones factibles y aceptables para la reducción de riesgos
- Identificar y atender barreras en el cumplimiento de las acciones planeadas para la reducción de riesgos
- Generar ambivalencia en la erotización del riesgo en las prácticas sexuales con el fin de que la persona gestione sus propias estrategias de reducción de daños y riesgo.

8. Monitoreo y seguimiento de las acciones de reducción de riesgos y daños.

- Reconocimiento y refuerzo de las acciones y esfuerzos empleados por la persona
- Destacar las acciones preventivas adoptadas
- Identificación de los factores y barreras que impiden el cumplimiento de estrategias planeadas para la reducción de riesgos y daños y el aumento del autocuidado

9. Aplicación de pruebas rápidas para detección oportuna:

- Fomentar el monitoreo sistemático del estado serológico de las personas usuarias
- Garantizar el acceso a pruebas de detección para VIH, VHC, sífilis y embarazo

10. Deshabitación y sustitución de sustancias por solicitud de la persona usuaria:

- Brindar asesoría y acompañamiento en procesos de cambio de vía de administración y/o reducción gradual de la dosis de la sustancia psicoactiva consumida

- Brindar opciones de sustitución de la sustancia que promuevan un menor daño en la persona usuaria

*Fisting: Conducta sexual traumática (extrema) que consiste en la introducción de la mano o parte del brazo en el ano/recto o en la vagina.



Establecimiento de comunicación bilateral efectiva



Identificación de factores de riesgo



Asesoría para prácticas sexuales seguras y protegidas



Reducción del policonsumo y mezclas de riesgo



Kits de reducción de riesgos y daños



Vacunación para personas usuarias de sustancias



Creación y refuerzo de conductas de protección y autocuidado



Monitoreo y seguimiento de las acciones de reducción de riesgos y daños



Aplicación de pruebas rápidas para detección oportuna



Deshabitación y sustitución de sustancias

**Slamming: Uso de drogas por vía intravenosa durante las relaciones sexuales

***Chemsex: Uso intencionado de drogas para permitir, mejorar o prolongar (varias horas o días) las relaciones sexuales, usualmente entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), independientemente de su orientación sexual.

****Poppers: Nitritos de amilo o nitrito de isobutilo, es una droga de uso extendido entre los homosexuales que al inhalarse provoca sensación de euforia, vasodilatación y aumento del deseo sexual.

ANEXO A. ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES (ENDIREH). VIOLENCIA

Desde que inició la relación con su pareja...	El que la haya ocurrido esto, ¿qué le parece?	En el último año ¿esto ha ocurrido?
Muchas veces ----- (1) Pocas veces -----(2) Una vez ----- (3) No ocurrió ----- (4)	Muy grave ---(1) Grave ---(2) Sin importancia ---(3)	Muchas veces --- (1) Pocas veces --- (2) Una vez --- (3) No ocurrió --- (4)
1. ¿Le ha dejado de hablar? ()	()	()
2. ¿La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres? ()	()	()
3. Cuando se enoja, ¿destruye, tira o esconde lo que encuentra a su alcance? ()	()	()
4. ¿La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla? ()	()	()
5. ¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones? ()	()	()
6. ¿La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten (sin forzarla físicamente)? ()	()	()
7. ¿Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos? ()	()	()
8. ¿Le ha dicho que lo engaña? ()	()	()
9. ¿Le ha hecho sentir miedo? ()	()	()
10. ¿Ha hecho que sus parientes se pongan contra usted? ()	()	()
11. ¿La ignora, no la toma en cuenta, no le brinda cariño? ()	()	()
12. ¿La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle, etc.), sin llegar a hacerle daño físico? ()	()	()
13. ¿La ha amenazado (sin llegar a hacerle daño físico) con matarla, matarse él o matar a los niños? ()	()	()
14. ¿Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero? ()	()	()
15. ¿Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa? ()	()	()
16. ¿Le ha amenazado que no le va a dar gasto	()	()

o no le da? ()		
17. ¿Se ha gastado todo el dinero que se necesita para la casa? ()	()	()
18. ¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, Animales, etc.)? ()	()	()
19. ¿Le ha prohibido trabajar o estudiar, para evitar que usted sea económicamente independiente de él? ()	()	()
20. ¿La ha empujado o jalado el pelo? ()	()	()
21. ¿La ha amarrado? ()	()	()
22. ¿La ha pateado? ()	()	()
23. ¿Le ha aventado algún objeto? ()	()	()
24. ¿La ha golpeado con las manos o con algún objeto? ()	()	()
25. ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar? ()	()	()
26. ¿La ha agredido con cuchillo o navaja? ()	()	()
27. ¿Le ha disparado con un arma? ()	()	()
28. ¿Le ha exigido tener relaciones? ()	()	()
29. ¿La ha obligado a realizar actividades sexuales? ()	()	()
30. ¿Ha usado la fuerza para tener relaciones? ()	()	()

ANEXO B. Cuestionario de adherencia a la PrEP y comportamiento sexual

Folio:
PID:
Fecha de nacimiento:
Fecha del día en que estás contestando el cuestionario:
Fecha en que iniciaste la PrEP:

Comportamiento sexual

En esta sección se valora en general tu comportamiento sexual **en los últimos 30 días**. A menos que se especifique lo contrario, "sexo" hace referencia a coito anal (incluye penetración incompleta o breve) ya sea como activo (insertivo) o pasivo (receptivo). Respuestas inexactas también están bien.

1. **¿Con cuántos hombres diferentes has tenido sexo en los últimos 30 días?** _____ (si tu respuesta es 'cero' o 'ninguno' avanza a la pregunta 11.)
2. **¿Con cuántos hombres diferentes has tenido sexo anal como activo (insertivo) sin condón en los últimos 30 días?** _____
3. **¿Con cuántos hombres diferentes has tenido sexo anal como pasivo (receptivo) sin condón en los últimos 30 días?** _____ (si tu respuesta es 'cero' o 'ninguno' avanza a la pregunta 6).
4. **De los hombres en la pregunta 3, ¿de cuántos NO conocías su estatus de VIH?** _____
5. **De los hombres en la pregunta 3, ¿cuántos consideras que podrían tener VIH y NO están en tratamiento actualmente?** _____

Historia sexual reciente

Esta sección es sobre tu historia sexual reciente.

Piensa en la última vez que tuviste sexo anal en los últimos 30 días. Elige una de las opciones por cada pregunta y marca con una 'X' tu respuesta.

6. En los últimos 30 días, fui activo (insertivo) durante el sexo anal.

No

Sí, con condón

Sí, sin condón

a) *¿Hace cuántos días fue?* _____ días

7. En los últimos 30 días, fui pasivo (receptivo) durante el sexo anal.

No

Sí, con condón

Sí, sin condón

a) *¿Hace cuántos días fue?* _____ días

8. **¿Cuál era el estatus de VIH de tu última pareja?**

- No lo sé con certeza
- VIH negativo
- VIH positivo y en tratamiento
- VIH positivo y sin tratamiento
- Otro: _____

Si estás tomando PrEP, pero **SIEMPRE** has tenido sexo **con condón** en los **últimos 30 días** ve a la pregunta 12

9. En los 7 días **PREVIOS (antes) a que tuvieras sexo sin condón**, ¿cuántos días no tomaste la PrEP? _____

10. En los 7 días **POSTERIORES (después) a que tuvieras sexo sin condón**, ¿cuántos días no tomaste la PrEP? *Si no han pasado los 7 días desde que tuviste sexo sin condón responde cuantas pastillas no has tomado.* _____

Tu experiencia tomando la PrEP

11. **Aproximadamente**, ¿cuántas pastillas de la PrEP **NO** tomaste en **los últimos 30 días**? _____ pastillas

12. Muchas personas no toman las pastillas por varias razones. Estos son algunos motivos por los que otras personas han omitido la toma de pastillas de la PrEP. Para cada una, por favor indica qué tan frecuente se aplicarían a tu caso eligiendo una de las opciones de la derecha.

Razones para omitir la toma de la PrEP:	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a) Lo olvidé					
b) No estoy convencido de necesitar la PrEP					
c) Decidí dejarlo					
d) Estoy usando otro método de prevención					
e) Tuve un efecto secundario negativo (muy molesto o grave) a la PrEP					
f) Perdí mis pastillas de la PrEP					
g) Decidí descansar un tiempo de la PrEP					
h) No tenía las pastillas conmigo					
i) No estoy teniendo sexo actualmente					
j) Me preocupaba que la PrEP pueda dañar mi organismo					
k) No me gusta la idea de tomar la PrEP todo el tiempo.					
Otro (especifica): _____					

ANEXO C. Cuestionario de violencia doméstica para hombres gay. VIOLENCIA

Muchas parejas experimentan diferentes tipos de problemas en sus relaciones. Las preguntas que les hacemos a continuación exploran la frecuencia con que SU PAREJA (actual/pasada de tres meses o más de duración) ha realizado alguna de las conductas que se mencionan. Por favor marque con una X el recuadro que corresponde a su respuesta.

CONDUCTAS	0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 Frecuentemente
Negarse a hablarle, negar cariño o sexo para controlar o castigar				
Usar insultos o comentarios degradantes				
Expresar celos intensos/exagerados				
Evitar que usted se vaya o vea a otras personas/amistades				
Interrumpir intencionalmente su sueño, trabajo o alimentación				
Amenazar con pegar o tirar algo				
Amenazar con infectarlo a usted con VIH				
Amenazar con suicidarse				
Amenazar con matarlo a usted				
Arrojar o tirarle cosas a usted				
Empujarlo a usted				
Amarrarlo a usted				
Pelear/luchar violentamente con usted				
Intentar estrangularlo a usted				
Dar puñetazos a usted con un arma (cuchillo o pistola)				
¿Fue usted penetrado sin condón porque él amenazó con terminar la relación si no accedía?				
¿Fue usted penetrado sin condón porque se sintió presionado por la insistencia de su pareja?				
¿Su pareja le mintió para penetrarlo sin condón?				
¿Lo forzó a usted físicamente a besarlo, acariciarlo, hacerle sexo oral o masturbarse mutuamente?				
¿Lo forzaron a usted físicamente para tener sexo anal sin condón?				
¿Lo penetraron a usted analmente sin condón porque le amenazaron físicamente de no hacerlo?				
¿Lo penetraron a usted sin condón porque sintió la necesidad de complacer a su pareja?				

ANEXO D. Instrumento de valoración de la salud mental

Instrumento	Validación México	Características
SF-36	Autores: Sánchez-Aragón, García, Martínez (2017) Población: Población general	Áreas: Funcionamiento físico (PF) Limitaciones de funciones como resultado de la salud física (PR) Dolor corporal (BP) Percepciones generales de salud (GH) Vitalidad (VT) Funcionamiento social (SF) Limitaciones de funciones como resultado de problemas emocionales (RE) <u>Salud mental (MH): Son 5 ítems</u> Temporalidad: último mes
Escala de Malestar Psicológico Kessler 10 (K10)	Autores: Vargas et al. (2011) Población: usuarios que acuden a consulta externa de centro de salud de primer nivel de atención.	Son 10 preguntas. Temporalidad: Pregunta referente al último mes Solo encontré la versión en castellano (España)
PHQ 2	Autores: Itziar Familiar, Eduardo Ortiz - Panozo, Brian Hall, Isabel Vieitez, Isabelle Romieu, Ruy Lopez - Ridaura y Martin Lajous (2014) Población: Población general	El PHQ-2 pregunta sobre la frecuencia del estado de ánimo depresivo y la anhedonia durante las últimas dos semanas. El PHQ-2 incluye los dos primeros elementos del PHQ-9. Áreas: Depresión <u>Salud mental (MH): Son 2 ítems</u> Temporalidad: últimas 2 semanas

Preguntas del SF-36 sobre salud mental:

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER (K10)

Código de respuesta: Nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Siempre (5).

En el último mes...

1. ¿Con qué frecuencia te ha sentido cansado, sin alguna buena razón?
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada de podía calmar?
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?
10. ¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?

Preguntas del PHQ 2 sobre salud mental:

Durante las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas

- a. Ningún día
- b. Varios días
- c. Más de la mitad de los días
- d. Casi todos los días

2. Sentirse deprimido o sin esperanza

- a. Ningún día
- b. Varios días
- c. Más de la mitad de los días
- d. Casi todos los días

Referencias

Vargas, T. B. E., Villamil, V. S., Rodríguez, E. C., Pérez, R. J., y Cortés, S. J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Mental*, 34(3), 323-331

Sánchez, A., R., García, M. M., y Martínez, T. B. (2017). Encuesta de Salud SF-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(3), 5-16.

Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., & Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *International journal of methods in psychiatric research*, 24(1), 74–82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

MÓDULO DE ATENCIÓN

GRUPO DE TRABAJO

MÓDULO DE ATENCIÓN

Coordinación

Dr. Ariel Eduardo Campos Loza

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
Dirección General de (CENSIDA)

Integrantes

Dr. Alfonso Vega Yáñez

Coordinador Institucional del Programa de VIH
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Elizabeth Andrea Durán Piña

Coordinadora del Programa de VIH
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
(ISSSTE)

Prof. Luis Adrián Quiroz

Presidente
Salud Derechos y Justicia A. C.

Mtro. Héctor Miguel Corral

Asesor de Medición de Impacto
Fronteras Unidas Pro Salud A. C.

Mtro. Sergio Bautista Arredondo

Dirección de Economía de la Salud y Evaluación de Sistemas de Salud.
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Dr. Juan Carlos Mendoza Pérez

Profesor asociado del departamento de Salud Pública.
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Dr. Hamid Vega

Investigador del Centro de Investigación en Salud Mental Global
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Izack Alberto Zacarías Najar

Impulso Trans A. C.

Personas consultadas en el Modelo de Atención

Dra. Andrea González Rodríguez

Directora Ejecutiva del Centro para la Prevención y Atención Integral en
VIH/Sida de la CDMX

Steven Díaz

Coordinador del Proyecto ImPrEP
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA México)

Dra. Verónica Ruíz González

Laboratorio Especializado
Clínica Especializada Condesa

Erika Ivonne Villegas Hernández

Presidenta
Agenda Nacional Política Trans de México, A. C.

Mayra Mahogany Torres Chaires

Subdirectora de Salud Sexual y Reproductiva
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)

CONTENIDO

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL VIH Y REDUCCIÓN DE DAÑOS..	57
MODELO DE PROVISIÓN DE LA PREP	58
PRIMERA ETAPA. EXPLORACIÓN DE LAS PUERTAS DE ENTRADA AL SERVICIO Y LAS MOTIVACIONES PARA EL USO DE LA PREP	60
SEGUNDA ETAPA. EVALUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD E INICIO DEL USO DE LA PREP	61
TERCERA ETAPA: SEGUIMIENTO A PERSONAS USUARIAS DE LA PREP	85
ANEXOS	99

MÓDULO DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN

La presente guía propone un modelo de atención para otorgar la PrEP centrada en la reducción de daños y la prevención del VIH, la cual contempla tres etapas centrales: la exploración de las puertas de entrada al servicio y las motivaciones para el uso de la PrEP; Evaluación de la elegibilidad e inicio del uso de la PrEP; y seguimiento a personas usuarias de la PrEP.

1. Estrategias de prevención integral del VIH y reducción de daños

La reducción del número de nuevas infecciones de VIH en el mundo es uno de los principales logros de la lucha contra la epidemia, y refleja el éxito tanto de la implementación de la prevención combinada (el uso estratégico y simultáneo de actividades biomédicas) como de estrategias conductuales y estructurales (que operan en los niveles individual, de pareja, de redes comunitarias y sociales). El objetivo de las estrategias de prevención combinada consiste en reducir la transmisión del VIH a través de varios ejes de acción:

- Incorporar la variedad de métodos de prevención disponibles.
- Responder a las necesidades específicas de cada población en particular.
- Tratar cada una de las formas predominantes de transmisión del VIH.
- Dar prioridad a la colaboración y participación de las comunidades más afectadas.
- Dar un uso más eficiente a los recursos disponibles.

La Profilaxis Pre-Exposición es una estrategia biomédica altamente efectiva y aceptable entre la población para reducir la susceptibilidad a la infección por VIH y representa una oportunidad para potenciar servicios de prevención combinada de alta calidad en las diferentes instancias que incluyen instituciones de salud del sector público y organizaciones de la sociedad civil. Las características constantes de las personas que son diagnosticadas con la infección por VIH en México reflejan que la mayoría pertenecen a poblaciones clave como lo son jóvenes, particularmente hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que desconocen su estatus de VIH (positivo o negativo), con elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y sin contacto previo a servicios preventivos adicionales. Esto orienta a la necesidad de crear, facilitar, expandir e innovar el acceso efectivo a servicios de prevención combinada a estas poblaciones clave en un contexto de vulnerabilidad. La generación de demanda a la PrEP debe tomar en cuenta las necesidades de cada población clave, e incorporar los servicios integrales que satisfagan sus

necesidades con el objetivo de disminuir los casos nuevos de la infección por el VIH.

Al tratarse de una estrategia preventiva que requiere demostrar que las personas no tengan VIH, es necesario que la información sobre la PrEP se incluya dentro de la consejería otorgada en el contexto de la prueba de VIH.

Con el objetivo de facilitar un alcance rápido y amplio en las áreas geográficas con las mayores transmisiones del VIH en México, se debe considerar prioritaria la incorporación del programa de la PrEP dentro de las unidades de primer nivel de atención especializadas en ITS y VIH, tales como los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y los Servicios de Atención Integral (SAI). En adición y para potenciar el alcance comunitario del programa, se reconoce la importancia de la colaboración de las organizaciones de la sociedad civil con capacidad instalada y con experiencia en aplicar pruebas de VIH y otras ITS, en la implementación de la estrategia en sus centros comunitarios, incluyendo preferentemente a aquellos integrados por poblaciones clave.

La promoción de la PrEP debe:

- a) Enfocarse en sus beneficios (como prevención del VIH y bienestar).
- b) Dirigirse a cualquier persona que lo necesite tras una evaluación de sus riesgos.
- c) Enmarcarse en integración con otros servicios de salud.

Así mismo, resulta indispensable que las instancias de salud del sector público en donde se realizan pruebas de VIH aseguren tener la información disponible sobre la PrEP y que el personal que ofrece la consejería se encuentre apropiadamente capacitado con los elementos mínimos indispensables para evaluar la elegibilidad de cada persona, otorgar los servicios de prevención combinada que correspondan incluyendo el comienzo de los procedimientos operativos necesarios para iniciar y continuar el seguimiento de las personas candidatas a recibir la PrEP o los mecanismos de referencia para tal fin.

Resulta indispensable la participación de organizaciones de la sociedad civil sin capacidad instalada para otorgar la PrEP, así como aquellas del sector público, en las actividades de generación de demanda que refieran personas usuarias a los sitios que otorgan la PrEP.

2. Modelo de Provisión de la PrEP

El manual de consejería para la provisión de la PrEP en México elaborado por el INSP/INP/CEC identifica un proceso dividido en tres etapas en donde se incorporan en cada una, los servicios preventivos en paquete de probada eficacia, mismos que son seleccionados minuciosamente y adaptados a la población y al entorno de la epidemia. *Figura 1.*

La primera etapa corresponde a la identificación de las potenciales personas usuarias que acuden a los servicios de pruebas de VIH y en la cual, la consejería otorgada en ese contexto se debe centrar en la exploración de las razones por

las que la persona solicita o se le ofrece la prueba de VIH, además de sondear los criterios de elegibilidad y otorgar información sobre generalidades de la PrEP; en esta etapa una proporción de potenciales personas candidatas se identificarán con una infección por VIH previamente inadvertida y deberán incorporarse a los servicios de salud relacionados al VIH para iniciar tratamiento antirretroviral (TARV) y demás servicios de prevención positiva que incluyen la consejería para facilitar el acceso de las parejas sexuales y/o personas con los que se compartieron drogas inyectables a los servicios de diagnóstico y prevención que correspondan. Para optimizar el impacto epidemiológico de un programa de PrEP, resulta crucial que todas las personas recientemente diagnosticadas con la infección por VIH inicien rápidamente TARV (de preferencia antes de los 90 días) con el objetivo de eliminar la transmisibilidad del virus. Este beneficio epidemiológico es especialmente importante en personas con infecciones menores a un año de duración tras la infección.

La segunda etapa corresponde a la inclusión de la persona VIH negativa a la estrategia de la PrEP, a través de una evaluación minuciosa e individualizada del riesgo por parte del personal de consejería en base a los criterios de elegibilidad vigentes. Al igual que las personas que iniciarán la PrEP, aquellas personas VIH negativas que no resultan elegibles a la PrEP presentan toda una serie de necesidades de prevención del VIH y deben ser conscientes de sus comportamientos de riesgo, aprender a protegerse y contar con los medios para hacerlo. Así mismo, deben contar con la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre las diversas opciones de prevención y recibir apoyo y servicios acordes a su elección. Estos, siempre adaptados a distintos entornos entre los que incluyen la Profilaxis Post-Exposición (PPE), seguimiento con examen regular para VIH e ITS, consejería para el cambio de comportamiento, suministro regular de condones, lubricantes a base de agua y servicios de reducción de daños (intercambio de jeringas, terapia de sustitución de opiáceos). De igual manera, se es indispensable atender la salud mental, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento efectivo de ITS y otorgar reevaluación regular de la elegibilidad para la PrEP, en virtud de que los periodos de riesgo sustancial se pueden modificar constantemente.

La oferta de servicios en paquete orientados a necesidades individuales y otorgadas por pares, en servicios percibidos como amigables y con enfoque a derechos humanos facilita el uso continuado de los servicios preventivos y mantienen a las personas libres del VIH. Aquellas personas elegibles para la PrEP deben tener una evaluación mínima indispensable que se desarrolla a detalle en este documento, para un inicio y continuación segura del tenofovir/emtricitabina.

La tercera etapa corresponde al seguimiento regular de las y los usuarios de la PrEP en las que se refuerza la consejería desde una perspectiva de prevención y atención integral, la cual tiene por objetivo facilitar la retención en el programa y contar con elevados niveles de adherencia. Las personas pueden entrar y salir de la PrEP las veces que sean necesarias en función de su riesgo para adquirir la infección por VIH, misma que es evaluada

regularmente y en el contexto de la prueba voluntaria para VIH con consejería y que en caso de adquirir la infección por VIH, permite su rápida detección e inicio de TARV.

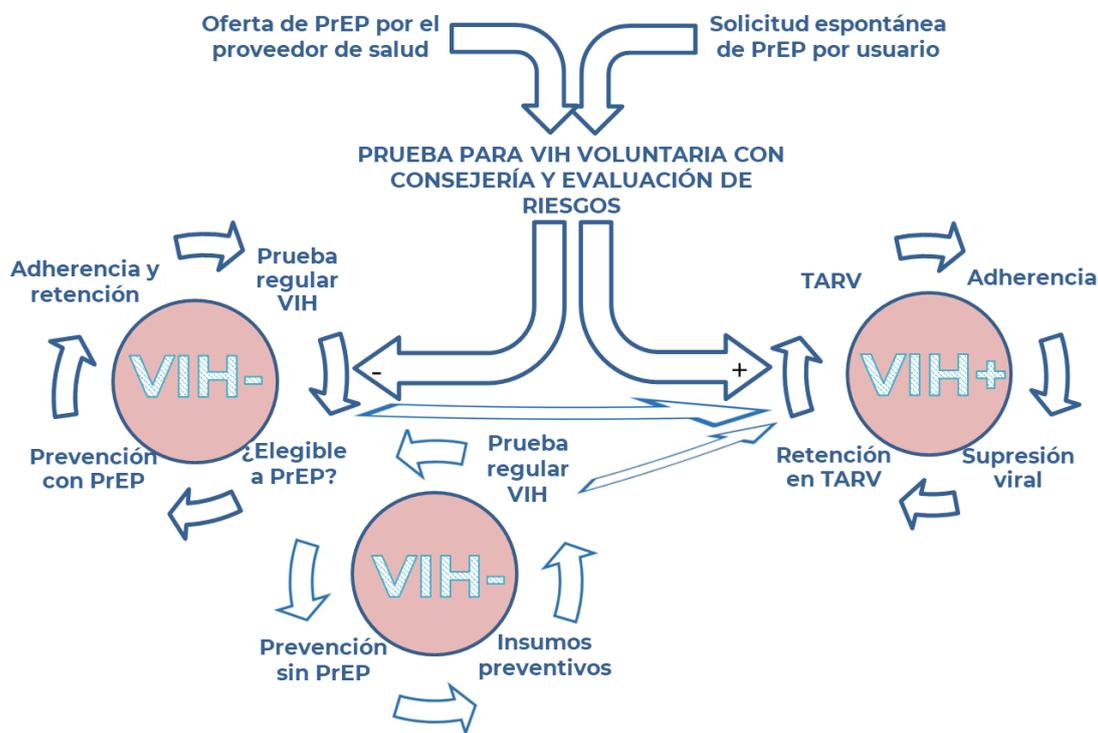


Figura 1. Modelo general para la provisión de la PrEP

3. Primera etapa. Exploración de las puertas de entrada al servicio y las motivaciones para el uso de la PrEP

Se identifican dos vías para que una persona usuaria acceda a PrEP. La primera, es la solicitud espontánea por parte de la persona, en la que una vez que ha evaluado sus necesidades preventivas, ha detectado que la PrEP puede ser una estrategia viable para sí. La valoración parte de los conocimientos previos de la persona usuaria y sus potencialidades.

El segundo se genera cuando, en el marco de las actividades de consejería, el profesional de salud identifica que la persona podría verse beneficiada de la PrEP como herramienta para la prevención. La identificación de potenciales personas candidatas a la PrEP se realiza con base en una evaluación del riesgo por parte del personal que otorga la consejería, en cuyo caso se ofertará la PrEP como una opción preventiva. La persona usuaria será siempre quien decida si esta opción se adapta a sus necesidades preventivas. Se enfatiza que desde la consejería se deben explorar las necesidades y motivaciones de la persona usuaria para poder brindar un servicio personalizado que incluya la oferta de otros servicios de prevención combinada en paquete adicionales a la PrEP. Existen diferentes documentos oficiales relacionados a la prevención combinada que han sido publicados a la fecha y que sirven como guías para los proveedores de salud. La *Tabla 1* destaca los documentos nacionales

recomendados para su consulta durante la provisión de servicios de prevención combinada que incluyan a la PrEP.

Tabla 1. Documentos nacionales sobre prevención combinada recomendados para su consulta durante la provisión de servicios que incluyen a la profilaxis Pre-Exposición en México

Nombre del documento	Liga
Guía Nacional para la Prevención del VIH y el Sida	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-nacional-para-la-prevencion-del-vih-y-el-sida-196522
Manual para la Prevención del VIH /Sida en UDIS	https://www.gob.mx/censida/documentos/manual-para-la-prevencion-del-vih-sida-en-udis
Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-para-el-uso-de-metadona-en-usuarios-adultos-con-vih-dependientes-de-la-heroina-intravenosa
Guía para la detección, orientación y referencia del VIH y otras ITS en centros para la atención de adicciones	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-para-la-deteccion-orientacion-y-referencias-del-vih-y-otras-its-en-centros-para-la-atencion-de-adicciones?idiom=es
Guía rápida para la atención de personas con virus de la hepatitis C	https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/584278/Gui_a_VHC.pdf
Prevención y manejo de la infección por Virus de Papiloma Humano en población que vive con VIH	https://www.gob.mx/censida/documentos/prevencion-y-manejo-de-la-infeccion-por-virus-de-papiloma-humano-en-poblacion-que-vive-con-vih?idiom=es
Detección del VIH e ITS en centros para la atención de adicciones.	https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286892/Gu_a_de_detecci_n_de_VIH_Censida_2018_VF.pdf
Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH.	https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/670762/Guia_ARV_2021.pdf
Guía de consejería especializada en estrategias de prevención integral del VIH y otras ITS	http://condesadf.mx/pdf/Guia_Consejeria_Especializada_vFinal_120721.pdf
Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-integral-para-personas-recien-diagnosticadas-con-vih
Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-its
Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-para-la-deteccion-del-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih?idiom=es
Guía Nacional para la Prevención del VIH y el Sida	https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-nacional-para-la-prevencion-del-vih-y-el-sida-196522
Modelo para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISRRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf
Abreviaturas: VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; ITS, infecciones de transmisión sexual; UDIS, personas usuarias de drogas inyectables	

Las estrategias de prevención combinada señaladas en la *Tabla 1* se recomiendan en función de las necesidades individuales y la capacidad instalada del sitio de provisión. Es ideal que las instalaciones de salud que ofrecen servicios relacionados al VIH, incluyendo la aplicación de pruebas de VIH (rápidas o de laboratorio), establezcan mecanismos de colaboración con otros servicios públicos de salud y/o organizaciones de la sociedad civil involucradas en la prevención de VIH, para ampliar e integrar la prestación de servicios comunitarios y la derivación eficaz de personas.

4. Segunda etapa. Evaluación de la elegibilidad e inicio del uso de la PrEP

El siguiente paso, es indagar la elegibilidad de las personas potencialmente usuarias que solicitan PrEP y la adaptabilidad de la estrategia a sus necesidades preventivas. Así, valorar que la persona cumple con los criterios indispensables para iniciar la PrEP. La valoración de la elegibilidad es un proceso que requiere de una comunicación efectiva y destaca el papel central que tiene la persona que otorga la consejería en la provisión efectiva de la PrEP e incluye:

1. La evaluación que determine si la persona pertenece a poblaciones clave con elevada incidencia de VIH y tiene condiciones adicionales que le expongan a adquirir la infección por VIH.
2. Sus riesgos comportamentales pasados, presentes y futuros.
3. La evaluación del estado de salud.

4.1 Evaluación de vulnerabilidad y riesgos comportamentales

Cualquier persona que acuda a un sitio implementador a solicitar cualquier servicio preventivo deberá ser evaluada para la PrEP. No obstante, el programa se enfoca en sitios, grupos de poblaciones clave y edades con las más elevadas tasas de incidencia y nuevas infecciones por el VIH que incurren en la mayoría de los actos de transmisión en la comunidad. Evitar estas nuevas infecciones beneficiará indirectamente a todos los grupos de población. Toda persona que obtenga un resultado de la prueba para VIH no reactiva en cualquier algoritmo seleccionado deberá recibir información adicional sobre la PrEP. Esto, cumpliendo los procedimientos normativos que incluyen la recepción del aviso de privacidad y consentimientos correspondientes tanto para la aplicación de pruebas de VIH como para la atención de adolescentes menores de edad.

La *Tabla 2* enlista las poblaciones clave, los riesgos comportamentales y condiciones adicionales de vulnerabilidad que orientan el inicio de la PrEP. Conocer los criterios de elegibilidad y los niveles de seroprevalencia de VIH en las poblaciones clave permiten al personal de salud encargado de la consejería transmitir oportunamente esta información a la potencial persona usuaria de la PrEP, asegurando que se incluyan de manera efectiva a aquéllas que sí se podrían ver beneficiadas de su uso, además de poder brindar una razón fundamentada a quienes resulten no ser elegibles.

Tabla 2. Indicaciones de la PrEP y criterios de elegibilidad

Poblaciones clave		
Hombre cis de 15 años ¹ o más que tiene sexo con hombres cis o con personas trans ² . Persona trans de 15 años o más que tiene sexo con hombres cis o personas trans. ² Personas trabajadoras sexuales ³ y sus clientes o personas que tienen sexo a cambio de cualquier beneficio material que puede incluir pero que no está restringido a: dinero, comida, regalos, alojamiento, drogas o protección. Personas que se inyectan drogas. ⁴ Parejas serodiscordantes. ⁵		
Comportamiento pasado (6 meses previos)	Comportamiento presente al momento de la evaluación	Comportamiento futuro inmediato

<p>Sexo anal insertivo o receptivo con dos o más parejas sexuales sin uso de condón.</p> <p>Sexo vaginal con dos o más parejas sexuales sin uso de condón.</p> <p>Referir el diagnóstico de una infección de transmisión sexual.</p> <p>Haber compartido parafernalia para inyectarse drogas.⁶</p> <p>Haber usado profilaxis post-exposición.</p>	<p>Tener una pareja con condiciones que la vulnera al VIH, que desconoce su estatus de VIH y con la que tiene sexo sin condón (por ejemplo, persona usuaria drogas inyectables, HSH, trabajador sexual).</p> <p>Práctica regular de sexo en el contexto del uso de drogas o sustancias, particularmente estimulantes (alcohol, cocaína, piedra, cristal) y otras drogas consideradas recreativas.</p> <p>Autoreporte de alto riesgo de adquirir VIH.</p> <p>Quien solicita la PrEP</p> <p>Algún padecimiento mental que disminuya la capacidad de decisión o autocuidado durante las prácticas sexuales (por ejemplo, depresión, dependencia de drogas).</p> <p>Altos niveles de estigma auto percibido en las relaciones sexuales</p> <p>Uso de profilaxis post-exposición.</p> <p>Diagnóstico de una ITS</p> <p>Víctimas de violencia sexual continua o de género.</p> <p>Sexo bajo coerción.</p> <p>No hay uso consistente del condón.</p> <p>Desea incorporar una estrategia adicional de prevención.</p>	<p>Deseo de no usar condón.</p> <p>Dificultades en la negociación del uso de condón.</p> <p>Falta de acceso satisfactorio a servicios de reducción del daño en personas usuarias de drogas inyectables.</p> <p>Búsqueda nuevas parejas sexuales en las que el uso de condón no está asegurado.</p>
--	---	--

Vulnerabilidades adicionales

En adición a los riesgos comportamentales de las poblaciones clave, es importante considerar las condiciones que pueden enfrentar las siguientes personas: población adolescente y joven; mujeres cis vulnerables; población indígena; personas privadas de la libertad en centros penitenciarios y sus parejas; personas en situación de calle; poblaciones móviles; personas migrantes incluyendo inmigrantes, migrantes en tránsito transnacional o migrantes regionales (por ejemplo, jornaleros migrantes).

1. Para orientar la oferta de servicios en menores de edad (15-18 años), consultar el Anexo J de este documento. 2. Principalmente mujeres trans. 3. Principalmente hombres cis que tienen sexo con hombres cis y mujeres trans. 4. Principalmente heroína. 5. Parejas de personas que viven con VIH sin control de la replicación viral (<200 copias ARN VIH -1/ mL vigente menor a 6 meses y con óptima adherencia) o con uso activo de tratamiento antirretroviral menor a seis meses de duración. 6. Agujas, jeringas o cualquier instrumento o ingrediente para preparar la dosis. Abreviaturas: PrEP, Profilaxis Pre-Exposición; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; HSH, hombres que tienen sexo con hombres; ITS, infección de transmisión sexual.

La PrEP es una opción preventiva para personas en riesgo sustancial de adquirir la infección por VIH, definida como una incidencia igual o mayor a 3

infecciones por cada 100 personas al año. Una persona que pertenece a poblaciones clave no necesariamente tiene un riesgo sustancial en sí misma, sino que su riesgo de adquirir la infección incrementa sustancialmente si presentara ciertos indicadores de comportamiento previo, actual, así como intención futura que han sido relacionados a adquirir una infección por VIH al corto plazo (un año). Además, su riesgo de adquirir la infección por VIH también incrementa si existieran condiciones adicionales que le pueden representar mayores dificultades para resolver una amenaza a su salud (por ejemplo, el acceder a servicios preventivos, negociación del uso de condón, etc.) en comparación con aquellas personas que no tienen esas mismas condiciones. La muestra de esto son las personas adolescentes y jóvenes menores de 25 años.

Las personas que no sean elegibles a la PrEP o que no deseen usar a la PrEP como herramienta preventiva se les deben ofrecer otras estrategias integrales en paquete de acuerdo a sus necesidades, incluyendo la entrega de insumos de prevención como condones y lubricantes, información sobre profilaxis post-exposición, detección y tratamiento de ITS, síntomas de infección aguda por VIH y necesidad de acudir a evaluación médica en caso de presentarlos, consejería sobre reducción de riesgos y estrategias de reducción del daño por consumo de drogas (entrega de paquete de jeringas nuevas y vinculación a terapia de sustitución de opioides). Además, programación de una prueba de VIH en seis meses si la persona tiene condiciones que la vulneran al VIH con el objetivo de conocer su *estatus* y reevaluar su riesgo individual y elegibilidad a la PrEP.

4.2 Evaluación del estado de salud

La mayoría de las personas candidatas a la PrEP tienen un estado de salud óptimo. Sin embargo, resulta necesario buscar activamente condiciones que representen una contraindicación absoluta o relativa para el uso de la PrEP con tenofovir/emtricitabina (TFV/FTC), tales como la infección por VIH y enfermedad renal y ósea. Además, la evaluación del estado de salud debe incluir la búsqueda de ITS a través del método sindrómico y por exámenes adicionales entre los que se incluyen pruebas para sífilis, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C. Cualquier condición potencialmente presente durante la evaluación del estado de salud requiere de una apropiada referencia a evaluación médica detallada. Es importante señalar que, aunque se recomienda prueba de embarazo a las mujeres en edad reproductiva, dicha condición no representa una contraindicación en virtud que la PrEP es muy segura para su uso durante el embarazo y amamantamiento.

4.3 Determinación del estatus de VIH negativo

La ausencia de la infección por VIH es un requisito indispensable para iniciar o continuar la PrEP y la absoluta mayoría de las personas con resultados no reactivos o negativos ante cualquier prueba disponible para VIH, no padecen la infección. Sin embargo, las pruebas de VIH pueden algunas veces equivocarse al resultar falsamente negativas particularmente en personas que recientemente han adquirido la infección. La Infección Aguda por VIH (IAV) es relativamente común en sitios especializados en la atención de poblaciones

clave y pueden representar del 1-10% del total de las infecciones por VIH diagnosticadas en estos sitios. Ya que la IAV se define cuando los anticuerpos para VIH están todavía ausentes mientras que el material genético del VIH (ARN O ADN) ya está presente, se espera que las pruebas de anticuerpos muestren resultados transitoriamente negativos.

La identificación de una potencial IAV es especialmente importante en un programa de PrEP por dos razones. La primera es relacionada al riesgo de generación de resistencia a los medicamentos antirretrovirales si la persona toma la PrEP mientras curse a la vez con una infección aguda por VIH. Sin embargo, este riesgo es bajo. Un análisis de 46 proyectos de demostración de la eficacia de la PrEP que incluyeron 10,609 participantes, únicamente identificaron 64 personas que sero-convirtieron estando en PrEP (0.6%); en 49 personas en quienes se obtuvo genotipo, únicamente once mostraron resistencia a emtricitabina y uno a tenofovir. La segunda razón se relaciona a que la transmisión del VIH a través de sexo no protegido o por uso compartido de drogas inyectables, es especialmente intensa en la IAV y durante el transcurso del primer año, periodo de tiempo en el que se estima que ocurren cerca de la mitad de los contagios totales. Por lo anterior, cuando se sospeche una IAV se debe evitar el inicio de la PrEP hasta descartarla razonablemente además de realizar los procedimientos diagnósticos de IAV al alcance del sitio, y que en caso de confirmación de la infección por VIH se inicien los procedimientos para la incorporación y tratamiento antirretroviral; así mismo, ante la sospecha de IAV se deben ofrecer las intervenciones preventivas que correspondan tanto en la persona usuaria como en sus parejas sexuales y personas con uso compartido de drogas inyectables (*Figura 1*) en un marco de confidencialidad, respeto a los derechos humanos y la normativa vigente. Los beneficios comunitarios de tales intervenciones se anticipan mayúsculos tanto en el contexto de la IAV como en las infecciones tempranas (personas con infecciones confirmadas que tienen una prueba negativa para VIH documentada dentro de los 12 meses anteriores a la primera prueba positiva).

Con el objetivo de identificar una posible IAV en la persona que es evaluada para la PrEP, se debe realizar una búsqueda rutinaria de antecedentes que incluyen el registro con fecha de las exposiciones de alto riesgo sexuales o de drogas inyectables, la búsqueda de síntomas o signos físicos que indiquen el posible curso de una IAV aún si las pruebas de anticuerpos o de antígeno/anticuerpos se reportan negativas. En ese mismo sentido, el conocimiento del tiempo máximo en el que las pruebas de VIH de tamizaje pueden reportarse aún como negativas puede contribuir a la correcta interpretación de los resultados. La *Tabla 3* muestra el periodo de tiempo máximo en que alguna persona puede presentar una prueba no reactiva/negativa en plasma o suero, tras la fecha de exposición de riesgo que ha resultado en infección por VIH (ventana máxima de seroconversión); esta información puede ser muy útil para definir de manera confiable y en términos prácticos, quien no tendría una infección por VIH al haber transcurrido entre 45-65 días según el tipo de prueba que se aplique en suero/plasma: 6 semanas en caso de usar pruebas rápidas de un solo uso de antígeno/anticuerpos (4ª generación), 8 semanas para pruebas rápidas de

anticuerpos (2ª o 3ª generación). En el caso de usar sangre total en pruebas rápidas para VIH, se debe tomar en cuenta que el periodo máximo de seroconversión se prolonga a los 90 días (12 semanas).

Para identificar tempranamente una eventual infección por VIH tras una exposición de riesgo mediante el uso exclusivo de pruebas de anticuerpos (3ª generación) o antígeno/anticuerpos (4ª generación), se recomienda el uso de las pruebas de tamizaje disponibles en el sitio (rápidas o de laboratorio) ya que sus costos bajos, son de amplia disposición y poseen las ventanas de seroconversión más cortas. En personas con pruebas de tamizaje no reactivas no se recomienda el uso de Western Blot para evaluar la seroconversión debido a sus significativos mayores costos y mayor tiempo de ventana de seroconversión comparadas a las pruebas de tamizaje.

Incluso cuando una persona se encuentre dentro del periodo de ventana de seroconversión, es aconsejable aplicar la prueba de VIH en virtud que una proporción de estas personas padecen una infección pre-existente hasta ese momento inadvertida, particularmente en aquellas que solicitan la prueba.

Tabla 3. Ventana máxima de seroconversión tras la exposición de riesgo de acuerdo con el tipo de pruebas

Tipo de prueba	Categoría	Ventana máxima de seroconversión (días)
Tamizaje Pruebas Ag/Ac (4a o 5a generación)	Prueba de laboratorio p24/IgM/IgG ¹	44.3
	Prueba rápida p24/IgM/IgG ²	43.1
Tamizaje Pruebas de Ac IgG/IgM (3ra generación)	Prueba de laboratorio IgM/IgG ³	49.5
	Prueba rápida IgM/IgG ⁴	57.4
Tamizaje Pruebas Ac IgG (2ª generación)	Prueba de laboratorio IgG ⁵	54.1
	Prueba rápida IgG ⁶	57.8
Pruebas confirmatorias	Pruebas suplementarias IgG ⁷	57.7
	Western Blot ⁸	64.8

* Tras haber transcurrido el tiempo indicado en días, >99% de las personas con infección por VIH presentan un examen positivo con las siguientes pruebas aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration): 1) ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo, BioPlex 2200 HIV Ag-Ab, GS Combo Ag/Ab EIA, Siemens Combo HIV Ag-Ab. 2) Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo. 3) ADVIA HIV 1/O/2 Enhanced, GS HIV-1/HIV-2 PLUS O EIA, VITROS Anti-HIV-1 + 2 Assay. 4) INSTI HIV-1/HIV-2 Antibody Test, Uni-Gold Recombigen HIV. 5) Avioq HIV-1 Microelisa System. 6) Clearview COMPLETE HIV-1/2, Clearview HIV 1/2 STAT-PAK, DPP HIV-1/2 Oraquick ADVANCE Rapid HIV-1/2 Antibody assay, Reveal G2 Rapid HIV-1 Antibody Test. 7) Multispot HIV-1/HIV-2 Rapid Test. 8) GS HIV-1 Ab Western blot, Cambridge Biotech HIV-1 Western Blot Kit. Abreviaturas: Ag, antígeno; Ac, anticuerpos; IgG, inmunoglobulina G; IgM, inmunoglobulina M.

Por regla general, las pruebas de tamizaje para VIH en el laboratorio (este documento se referirá a ellas únicamente como pruebas de laboratorio) que usan plasma o suero para identificar antígeno p24 y anticuerpos (pruebas de 4ª o 5ª generación) guardan la mayor sensibilidad para el diagnóstico de la infección por VIH. Sin embargo, los costos, la infraestructura necesaria y los tiempos de entrega de resultados son mayores y limitan su uso a sitios con elevados recursos. Las personas candidatas a la PrEP pueden exponerse en repetidas ocasiones al VIH, por lo que el beneficio esperado de identificar una mayor cantidad de infecciones agudas, al incorporar estas pruebas de

laboratorio más costosas pero con ventanas de seroconversión más cortas, se podría perder si el periodo entre la prueba y el inicio de la PrEP es prolongado; así, la vigencia recomendada de un resultado de una prueba de antígeno/anticuerpos de laboratorio que tiene como objetivo evaluar a la persona para dispensar PrEP (de inicio o seguimiento) es de siete días aunque se debe procurar el tiempo más corto posible en las personas candidatas para iniciar PrEP. Una persona no debe iniciar PrEP sin un resultado que demuestre la negatividad por lo que no se deben aceptar resultados referidos verbalmente por la persona usuaria.

Las pruebas rápidas de flujo lateral de un solo uso (de ahora en adelante se referirán como “prueba rápida”) son la mejor opción para facilitar el acceso de la población a la PrEP y expandir el programa, especialmente hacia sitios comunitarios sin laboratorio disponible siempre y cuando las pruebas rápidas para VIH se apliquen el mismo día que se dispensan las tabletas de TFV/FTC, cuya confiabilidad de los resultados se pueden mejorar si se examina plasma o suero más que sangre total; esto es particularmente recomendable cuando se dispone de pruebas rápidas con capacidad de identificar antígeno p24 (4^a generación) ya que el uso de sangre total en estas pruebas no guardaría ventajas en términos de identificación de un mayor número de infecciones en el trabajo de campo, comparada con las pruebas rápidas que únicamente identifican anticuerpos (2^a o 3^a generación). Sin embargo, en los sitios comunitarios donde no sea factible usar suero o plasma, la sangre total es el espécimen recomendado. El líquido oral no es un espécimen apropiado para evaluar el estatus de VIH de las personas en la PrEP debido a que la ventana de seroconversión con este tipo de análisis puede prolongarse hasta casi cien días.

En la *Tabla 4* se describen algunas estrategias que pueden contribuir a mejorar la identificación de la infección por VIH a través de pruebas convencionales de tamizaje en personas candidatas a la PrEP de acuerdo con la capacidad instalada de cada sitio.

Tabla 4. Estrategias orientadas a incrementar la posibilidad de identificar una infección por VIH en las personas con riesgo sustancial para adquirir VIH con posible utilidad en el contexto de la PrEP

Estrategia	Principio	Evidencia	Ventajas	Desventajas	Recomendación
Uso de herramientas clínicas predictivas de IAV	La combinación de antecedentes epidemiológicos de exposición en conjunto con sintomatología aguda identifica a personas con elevada probabilidad de cursar con una IAV.	La escala de riesgo modificada de Ámsterdam y Sanders han mostrado su capacidad de identificar personas con IAV.	Pueden aplicarse por cualquier persona en cualquier momento. Permiten seleccionar candidatos para realizar pruebas adicionales cuando las pruebas de tamizaje son no reactivas. Escala modificada de	<p>Escala Sanders no está validada para infecciones por VIH -1 subtipo B.</p> <p>Las puntuaciones “negativas” no descartan la IAV.</p>	Solicitar a las personas que acudan a cita no programada para evaluación en caso de desarrollar síntomas compatibles con IAV (Tabla 6).

			Ámsterdam es validada para HSH y mujeres trans con infección por subtipo B.		Usar la herramienta correspondiente para seleccionar personas candidatas a realizar estudios adicionales como detección de ARN o pruebas de laboratorio de Ag/Ac si se disponen.
Aplicación simultánea de dos pruebas rápidas para VIH.	Dos pruebas que detectan diferentes tipos de moléculas blanco incrementan la posibilidad de detectar alguna recientemente generada en la IAV.	Además de los resultados doblemente reactivos, las pruebas discordantes (una prueba reactiva y otra no reactiva) se han relacionado con verdaderas infecciones en sitios con prevalencias altas. Los algoritmos que incluyen dos pruebas rápidas simultáneas tienen mejor desempeño para clasificar correctamente a las personas como VIH positivas o negativas en contextos de la PrEP.	Puede incrementar la detección de infecciones por VIH en sitios comunitarios con elevadas tasas de positividad y acceso exclusivo a pruebas rápidas.	Estrategia no validada en estudios prospectivos.	En sitios con acceso exclusivo a pruebas rápidas y si existe disponibilidad, usar dos pruebas rápidas de manufactura diferente de manera simultánea (No confundir con aplicar dos veces la misma prueba).
Uso de pruebas rápidas de Ag/Ac con plasma y/o suero.	La sangre total contiene menos cantidad de Ag p24 comparado con el mismo volumen de plasma o suero; las pruebas rápidas que detectan Ag p24 requieren de una mayor cantidad esta proteína para arrojar un resultado reactivo, comparados con el nivel requerido por las pruebas de laboratorio.	En el campo, las pruebas rápidas que detectan p24 usando sangre total, no muestran una ventaja significativa en detectar más casos de infección por VIH que las pruebas que detectan solo anticuerpos. Estudios retrospectivos que usan plasma almacenado, muestran que las pruebas rápidas de Ag/Ac tienen	Puede incrementar la detección de IAV en sitios comunitarios con elevadas tasas de seropositividad y con acceso exclusivo a pruebas rápidas, incluyendo de Ag/Ac (4ª generación).	Requiere de recursos adicionales para realizar flebotomía, almacenar muestras sanguíneas y separar el plasma/suero de la sangre total. El tiempo de reporte de resultado es mayor.	Si se tiene disponibilidad y recursos, usar las pruebas rápidas de Ag/Ac (4ª generación) con plasma o suero; de lo contrario no se debe esperar un mejor desempeño

		una mayor probabilidad de detectar infecciones por VIH dependiente de la detección de p24 y de anticuerpos.			o diagnóstico que la ofrecida por las pruebas rápidas que detectan solo anticuerpos (3ª o 2ª generación).
Seguimiento de la seroconversión.	La historia natural de la infección aguda por VIH y su tránsito hacia su etapa crónica se caracteriza por la aparición progresiva y secuencial de ARN antígeno p24, y TARV anticuerpos.	La seroconversión (cambio de un resultado negativo a uno positivo) es un criterio que caracteriza a una infección recientemente adquirida.	Es el método más barato y más ampliamente utilizado para evaluar a las personas que se han expuesto al VIH.	Riesgo permanente de pérdida del seguimiento. Ansiedad producida por la incertidumbre del estatus de VIH durante el tiempo de seguimiento. Si se adquiere la infección, se puede perder la oportunidad de iniciar TARV en la fase aguda y de limitar el daño inmunológico.	Repetir las pruebas de anticuerpos al menos cada cuatro semanas y guiarse de acuerdo con la ventana de seroconversión de la prueba (Tabla 3) o 90 días si se usan pruebas rápidas con sangre total. El tiempo de repetición puede ser menor en el caso de pruebas de laboratorio con mayor sensibilidad analítica.
Uso de pruebas para VIH en laboratorio	Presentan las mayores sensibilidades diagnósticas para detectar blancos específicos (antígeno p24 o anticuerpos IgM, IgG o IgA).	Tras la aparición del ARN, las pruebas de laboratorio presentan los tiempos de seroconversión más breves.	Muy elevadas sensibilidades analíticas comparadas con pruebas rápidas.	Requieren de laboratorio. Costos más elevados que las pruebas rápidas. Mayor tiempo para entregar resultados. La mayoría de los ensayos de Ag/Ac (particularmente las pruebas de 4a	En caso de contar con laboratorio de serologías, utilizar pruebas de Ag/Ac (4ª o 5ª generación).

				generación) no diferencian entre la reactividad a p24 y/o a anticuerpos.	
Abreviaturas: IAV, infección aguda por VIH; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; PrEP, Profilaxis Pre-Exposición; Ag, antígeno; Ac, anticuerpo; TARV, tratamiento antirretroviral; HSH, hombres que tienen sexo con hombres. IgG, inmunoglobulina G; IgM, inmunoglobulina M; IgA, inmunoglobulina A					

4.4 Algoritmos para descartar infección por VIH en el contexto de la PrEP

Para optimizar los resultados en la identificación correcta del estatus de VIH en el contexto de la administración de la PrEP se han construido una serie de algoritmos sugeridos para verificar el estatus VIH negativo y guiar el uso de la PrEP de acuerdo a la capacidad diagnóstica disponible en cada sitio, desde la tecnología más básica aplicable “en el punto de atención” hasta la más compleja y que incluye de manera individual o en combinación a las pruebas de tamizaje rápidas, pruebas serológicas de laboratorio y pruebas de detección de ARN. Los algoritmos se encuentran depositados en el *Anexo E* de este documento y pueden coadyuvar a tener un programa costo-efectivo de la PrEP de elevada calidad. Estos algoritmos “centrados en negativos” han sido contruidos con el objetivo de maximizar la posibilidad de encontrar una infección por VIH y minimizar los posibles falsos negativos en el menor tiempo posible, incluso en personas que recientemente han adquirido la infección. Estos algoritmos se distinguen de los tradicionales “centrados en positivos” cuyo objetivo es el confirmar la infección por VIH tras un resultado reactivo en la prueba de tamizaje; esta distinción se basa en que un resultado no reactivo o negativo en el tamizaje debe ser complementado con la búsqueda rutinaria de información epidemiológica de exposición reciente al VIH y una evaluación clínica que identifique signos físicos directos o indirectos de una potencial infección aguda por VIH, que si son detectadas, permiten tomar decisiones operativas. Los algoritmos centrados en negativos son diseñados bajo el conocimiento de que cada prueba existente para VIH puede arrojar en cierto margen un resultado falsamente negativo durante un periodo de tiempo variable tras la exposición que resultó en infección, y que las consecuencias negativas individuales y comunitarias de otorgar la PrEP en personas con resultados falsamente negativos, pudieran minimizarse siguiendo una serie ordenada de procedimientos. Dichos algoritmos han sido elaborados como propuestas de implementación para los sitios que otorgan la PrEP en México reconociendo que se tienen recursos y capacidades instaladas diferenciadas y parten de recomendaciones de la OMS, instancias internacionales de salud, evidencia científica depositada en literatura, protocolos sobre eficacia e implementación de la PrEP en el mundo y revisión por expertos en el diagnóstico de VIH en México. Así mismo, sirven como una guía para el

personal que otorga el servicio con el objetivo de facilitarle la toma de decisiones con relación a posponer, iniciar, continuar o suspender la PrEP y realizar estudios complementarios en base a una evaluación integral.

Se recomienda que cada algoritmo pueda ser seleccionado por el sitio de acuerdo con sus propias capacidades diagnósticas como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 5. Algoritmos centrados en negativos y sitios ideales de implementación contenidos en el Anexo E

Algoritmo	Sitio implementador de la PrEP donde se recomienda su uso
Algoritmo E-1	Centros comunitarios sin acceso a laboratorio (OSC/CAPASITS)
Algoritmo E-4	Centros comunitarios con capacidad para instalación de tecnología ARN en el punto de atención (OSC/CAPASITS)
Algoritmos E-2, E-3 y E-5.	Centros con acceso a laboratorios (SAI y CAPASITS)
Abreviaturas: OSC, organizaciones de la sociedad civil; CAPASITS, Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al Sida a Infecciones de Transmisión Sexual; SAI, Servicios de Atención Integral	

Independientemente del algoritmo seleccionado para cada centro implementador de la PrEP, el procedimiento de aplicación voluntaria de la prueba de VIH deberá apegarse a los requerimientos nacionales de consejería y consentimiento. Ya que la tasa de positividad a VIH suele ser elevada en poblaciones que buscan la PrEP, se recomienda que el sitio tenga la facilidad de ofrecer al menos una prueba rápida para VIH durante la misma visita en la que acude la persona, incluso si el sitio no tiene la posibilidad de hacer la evaluación integral de la elegibilidad ese mismo día, con la finalidad de que la persona conozca su estatus de VIH y se minimice la probabilidad de no retorno de aquellas personas con infecciones inadvertidas por VIH.

4.5 Resultados reactivos a VIH en las pruebas de tamizaje (anticuerpos o antígeno/anticuerpos)

En caso de tener un resultado reactivo en la prueba de VIH de anticuerpos (Ac) o prueba de antígeno/anticuerpos (Ag/Ac) (primer paso) que se aplique durante la evaluación de las personas, resultará esencial confirmar e incorporar rápidamente a la persona a los servicios médicos correspondientes para el inicio oportuno de tratamiento antirretroviral antes de los 90 días. El Anexo F muestra la secuencia recomendada para la confirmación de la infección por VIH que incluye como segundo paso a una prueba de ARN (preferentemente carga viral) y como tercer paso una prueba “suplementaria” de desempate en caso de una prueba de ARN negativa. A menos que la reactividad o positividad de la prueba de primer paso sea exclusivamente por antígeno p24 y negativa a anticuerpos (probable infección aguda), la mayoría de las infecciones confirmadas por este algoritmo serían infecciones por VIH “instaladas” o “crónicas”. Las personas con infección confirmada por VIH deben ser estadificadas mediante la evaluación de los niveles de linfocitos T CD4+ e incorporadas ágilmente a los servicios médicos correspondientes para el inicio del tratamiento antirretroviral; si la infección por VIH se adquirió durante el uso de medicamentos antirretrovirales profilácticos (PrEP o PPE), es

recomendable realizar un genotipo para buscar la presencia de mutaciones asociadas a resistencia de acuerdo a los lineamientos vigentes en la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* del CENSIDA. En caso de la prueba de ARN negativa se recomienda revisar el Anexo F.

Síntomas de Infección Aguda por VIH

Tras una exposición potencialmente riesgosa (por ejemplo, sexo anal o vaginal sin condón y compartir jeringuilla para inyectarse drogas), la mitad de las personas que adquieren la infección por VIH -1 subtipo B, presenta algún síntoma dentro de las cuatro semanas (mediana 26 días) y la otra mitad más tarde pero no más allá de los 75 días. Es el llamado periodo de incubación en personas que no usan medicamentos antirretrovirales para prevenir la infección por VIH.

La variedad de los síntomas de IAV son muy amplios y pueden confundirse con otras infecciones virales respiratorias, gastrointestinales o sistémicas muy comunes y endémicas tales como dengue, COVID-19, hepatitis virales, etc.). Sin embargo, en el noventa por ciento de las veces los síntomas son muy leves y el promedio máximo es de dos síntomas, por lo que las personas que los desarrollan suelen atribuirlos a otras causas más inocuas y por lo regular no buscan consulta médica. Los síntomas se limitan generalmente en un plazo entre 1-3 semanas. En aproximadamente diez por ciento de las personas, los síntomas pueden ser lo suficientemente intensos para buscar consulta médica e incluso pueden llevar a la hospitalización de la persona.

Los síntomas de IAV que se han descrito se encuentran en la *Tabla 6* y se pueden observar al momento de la evaluación, aunque en una considerable proporción, los síntomas no están presentes durante la consulta, pero refieren que han ocurrido en el último mes de la entrevista. Es estrictamente necesario que ninguna persona inicie la PrEP ante la presencia de cualquier síntoma o signo de IAV y el inicio se debe posponer al menos cuatro semanas. No obstante, es posible que pueda ser antes si se descarta la IAV mediante estudios adicionales de mayor sensibilidad.

Tabla 6. Síntomas de infección aguda por VIH

Fiebre o calentura	Sensación de cansancio	Malestar general	Agrandamiento de ganglios linfáticos	Pérdida de peso	Dolor de cabeza
Ronchas	Diarrea	Dolor o ardor de garganta con inflamación	Sudoraciones nocturnas	Dolor muscular	Nausea o ascos
Dolor articular	Tos	Vómito	Úlceras o llagas orales/genitales	Hepatitis (transaminasas elevadas)	Citopenias ¹ en la biometría hemática.
1. Leucopenia (nivel bajo de glóbulos blancos) y/o trombocitopenia (nivel bajo de plaquetas)					

4.6 Escalas de predicción de infección aguda por VIH

Las escalas clínicas de predicción de infección aguda por VIH tienen el objetivo de identificar a las personas con elevadas probabilidades de cursar con una infección por VIH independientemente de un resultado no reactivo en las pruebas de VIH de tamizaje, particularmente con pruebas de baja sensibilidad en la infección aguda como las pruebas rápidas. Estas escalas son particularmente útiles para seleccionar a las personas en quienes se pueda realizar pruebas adicionales (por ejemplo, pruebas de detección de ag p24 o de ARN) en sitios que cuenten con estos recursos. Las escalas de predicción por lo regular asignan un valor a cada característica específica y si rebasan ese valor predeterminado (positivos), se traduce en que la persona tiene una elevada probabilidad de tener un resultado reactivo a VIH si se practica un estudio adicional. Sin embargo, las puntuaciones por debajo del valor predeterminado (negativos) no descartan la infección por VIH.

La Escala Modificada de Ámsterdam es una escala de predicción de IAV cuya utilidad ha sido confirmada para HSH y mujeres trans que tienen infecciones agudas por subtipo B de VIH-1; utiliza tres signos clínicos que pueden estar presentes al momento de la evaluación o dentro de las últimas dos semanas además de tres antecedentes ocurridos dentro de los tres meses previos. Una puntuación igual o mayor a 1.6 (positiva) es altamente predictiva de una IAV y es una herramienta útil para seleccionar candidatos a realizar estudios adicionales. Una puntuación menor a 1.6 (negativa) no tiene utilidad para descartar la infección como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 7. Escala Modificada de Ámsterdam

Variable actual o últimas 2 semanas	Puntuación
Fiebre	1.6
Linfadenopatía	1.5
Pérdida de peso de 2.5 kg o más.	0.9
Factores de riesgo en los últimos 3 meses	Puntuación
Gonorrea	1.6
Tres o más parejas sexuales	0.9
Sexo anal receptivo sin condón	1.1

La escala de Sanders es una escala de predicción de IAV que fue desarrollada en África subsahariana a partir de una evaluación de datos demográficos signos físicos y síntomas en una población heterogénea que incluye mujeres y hombres cis heterosexuales y HSH. Aunque no ha sido confirmado su desempeño para identificar personas con elevadas probabilidades de padecer una infección aguda por subtipo B de VIH-1, la escala Sanders pudiera ser útil en la selección de mujeres y hombres cis heterosexuales que sean candidatos a realizar estudios adicionales para buscar una IAV (por ejemplo ARN o prueba de laboratorio de antígeno/anticuerpo, si hay disposición), especialmente cuando la evaluación arroja que la persona presenta dos o más puntos (positiva) descritos en la *Tabla 8*. Una puntuación menor a dos puntos (negativa) no descarta la IAV.

Tabla 8. Escala de predicción de IAV de Sanders

Demográficos	Puntuación
Edad entre 18-29 años	1
Síntomas	Puntuación
Diarrea en el último mes	1
Fiebre en el último mes	1
Fatiga o cansancio	1
Dolor de cuerpo en el último mes	1
Dolor e inflamación de garganta	1
Exploración física	Puntuación
Enfermedad ulcerosa genital (llagas)	3

En caso de presentar algún síntoma o signo sugerente de IAV (Tabla 5) en la visita de inicio de la PrEP, se recomienda posponerlo hasta transcurrir un tiempo mínimo necesario para darle oportunidad a la persona que produzca antígenos o desarrolle anticuerpos y en la siguiente evaluación se documente una prueba reactiva (al menos 4 semanas) o incluso antes si se obtienen resultados de exámenes adicionales con mayor sensibilidad, si estuviesen disponibles (por ejemplo, detección de ARN). Si un HSH o mujer trans no presenta ningún síntoma, pero presenta una puntuación superior a 1.6 en la escala modificada de Ámsterdam debido a antecedentes (diagnóstico de gonorrea, 1.6 puntos; tres o más parejas sexuales sin uso de condón en los tres meses previos; 2 puntos) puede ser prudente posponer el inicio de la PrEP el tiempo mínimo ya señalado y otorgar consejería que refuerce otras estrategias preventivas que incluyen el uso de condón y lubricante de manera correcta y consistente.

4.7 Evaluación de la salud renal y ósea

Aunque la absoluta mayoría de las personas candidatas a la PrEP no tienen ni tendrán problemas renales, el tenofovir disoproxil se considera un antirretroviral con potencial efecto tóxico para el riñón y requiere que la persona que lo vaya a tomar tenga una evaluación de su salud renal antes de iniciar la PrEP y durante el trascurso de su uso. La evaluación de la salud renal se realiza en todas las personas a través de la entrevista de consejería orientada a identificar antecedentes relacionados a enfermedad renal (evaluación subjetiva) y mediante una evaluación objetiva midiendo el nivel de creatinina en sangre.

En términos generales la absoluta mayoría de las personas candidatas a la PrEP son jóvenes sin enfermedades conocidas y se anticipa que tendrían una salud renal óptima para utilizar la PrEP de manera ininterrumpida. Sin embargo, una pequeña proporción de personas pudieran tener un deterioro significativo de la salud renal al momento de la primera evaluación, o desarrollarlo durante el trascurso del uso de la PrEP. Estas personas suelen tener una edad mayor a 45 años, pesar menos de 55 kg, padecer diabetes *mellitus* o hipertensión arterial sin control, tener una enfermedad renal crónica ya conocida, o estar tomando otros medicamentos potencialmente tóxicos para el riñón.

Como regla general y tras haber tomado las muestras sanguíneas para medir la creatinina, las personas jóvenes sin padecimientos relacionados a una función renal reducida pueden iniciar y continuar la PrEP aún sin conocer los resultados de la creatinina debido a que se anticipa una función renal suficiente y su monitoreo a lo largo del tiempo suele ser más esporádico. Por otro lado, las personas con antecedentes relacionados a una función renal reducida pueden iniciar la PrEP siempre y cuando sea confirmada una función renal suficiente y deben ser sujetas a un monitoreo especial para asegurar un uso de la PrEP sin complicaciones. El *Anexo H* contiene los detalles relacionados a la evaluación de la función renal y su seguimiento durante el uso de la PrEP.

Las personas con trastornos previamente conocidos de la densidad mineral ósea que padezcan osteopenia u osteoporosis demostrada por densitometrías no pueden usar la PrEP basada en tenofovir disoproxil y puede ser considerada la PrEP con tenofovir alafenamida/emtricitabina.

4.8 Evaluaciones de salud sexual y reproductiva

En adición a la evaluación del estatus de VIH, las personas con riesgo sustancial para adquirir VIH (independientemente que opten o no por tomar la PrEP) deben ser evaluadas para otras infecciones de transmisión sexual o de adquisición hematogena a través de pruebas de sangre total o plasma/suero, mediante pruebas rápidas o de laboratorio para el virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C y sífilis. Otras infecciones de transmisión sexual deben ser buscadas al menos mediante el método sindrómico y de acuerdo con la capacidad instalada en el sitio (*Tabla 11 del Anexo I*).

El *Anexo I* ofrece una guía rápida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ITS. A las mujeres en edad reproductiva que sean candidatas a la PrEP se les deben ofrecer una prueba de embarazo para derivarlas al servicio de salud reproductiva que corresponda al resultado, incluyendo el acceso a métodos de anticoncepción, cuya eficacia no es afectada por la PrEP y viceversa. Cualquier resultado de la prueba de embarazo no debe representar un obstáculo para iniciar o continuar la PrEP. La *Tabla 9* resume las evaluaciones de salud recomendadas mismas que también deben ofertarse en paquete junto a las pruebas de VIH y entrega de insumos de prevención con la misma periodicidad a las personas con riesgo sustancial que no elijan a la PrEP como método preventivo.

Tabla 9. Evaluaciones de salud sexual y reproductiva en personas con riesgo sustancial de adquirir VIH con o sin PrEP

Infección de Transmisión sexual	Método de tamizaje recomendada	Frecuencia	Observaciones
Sífilis	Detección de anticuerpos treponémicos en sangre total	De acuerdo con el seguimiento (<i>Tablas 12a y 12b</i>) y cuando se	En personas con diagnósticos previos de sífilis, las pruebas rápidas (treponémicas) pierden utilidad por lo que el examen recomendado en esos

	<p>mediante prueba rápida.</p> <p>Si no se dispone de pruebas rápidas, usar pruebas de laboratorio y el algoritmo local disponible.</p>	<p>sospeche clínicamente.</p> <p>En persona sin PrEP, semestral.</p>	<p>casos son las pruebas VDRL o RPR (no treponémicas).</p> <p>Las personas con chancro sífilítico deben posponer el inicio de la PrEP al menos cuatro semanas ya que la indicaría una exposición sexual reciente. Las personas con chancro sífilítico que ya están en la PrEP pueden continuarla sin interrupción. En casos de sífilis latente asintomáticas las personas pueden iniciar y/o continuar la PrEP ante cualquier resultado si no han tenido exposiciones recientes de alto riesgo de transmisión de VIH; si es reactivo, tratar a la persona y a sus parejas de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes y en el <i>Anexo I</i>.</p>
Hepatitis B	<p>Detección del antígeno de superficie en sangre total mediante prueba rápida o equivalente laboratorio en suero/plasma.</p>	<p>Anual o cuando se sospeche clínicamente.</p>	<p>La ausencia de reactividad en personas no vacunadas permite iniciar PrEP además de enviar a la persona a vacunación independientemente de que la PrEP con TFV/FTC pueda tener un papel protector para VHB. Las personas con esquemas completos de vacunación para VHB deben inmunizarse cada 10 años o de acuerdo con sus niveles de anticuerpos anti-s- VHB.</p> <p>La reactividad a pruebas para VHB requiere posponer la PrEP y tener una evaluación médica especializada para confirmación, evaluación del daño hepático y/o extra hepático y tipo de tratamiento que corresponda. En caso de iniciar TFV/FTC, ésta será bajo una toma diaria y como tratamiento para la infección crónica por VHB que en adición se asume que tendría un efecto preventivo para VIH y no se deberá de suspender incluso cuando la persona ya no esté en riesgo sustancial de adquirir VIH.</p>
Hepatitis C	<p>Detección de anticuerpos en sangre entera mediante prueba rápida o equivalente laboratorio en suero/plasma.</p>	<p>Anual o cuando se sospeche clínicamente.</p>	<p>La reactividad requiere confirmación e inmediata evaluación médica especializada para su tratamiento curativo de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes. La persona puede iniciar y continuar la PrEP ante cualquier resultado.</p>
Gonorrea y clamidia	<p>Reacción en cadena de polimerasa de sitios expuestos (ano, pene, vagina, boca).</p>	<p>Al menos anual o cuando se sospeche clínicamente</p>	<p>Practicar examen de los sitios expuestos (<i>Tabla 11 del Anexo I</i>) en medida de la capacidad instalada del centro que otorga la PrEP. En virtud que la gonorrea y la clamidiasis son ITS agudas e indican una exposición reciente de alto riesgo de transmisión de VIH, las personas deben posponer el inicio de la PrEP al menos cuatro semanas. Si la persona está en la PrEP, puede continuarla sin suspender. La</p>

			ITS debe ser tratada de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes y el <i>Anexo I</i> .
Otras ITS	Método sindrómico (<i>Anexo I</i>).	De acuerdo con el seguimiento (Tablas 12a y 12b). En personas sin PrEP, semestral o cuando se sospeche clínicamente.	En caso de que se sospeche una ITS aguda en la evaluación inicial, las personas deben posponer el inicio de la PrEP al menos cuatro semanas ya que indica una exposición sexual reciente. Si la persona está en la PrEP, puede continuarla sin suspender. La persona y sus parejas deben ser tratadas de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes y el <i>Anexo I</i> . Ya que la absoluta mayoría de las ITS tienen un curso clínico asintomático, se recomienda incorporar tecnología diagnóstica para ITS específicas de acuerdo con los recursos disponibles.
Prueba de embarazo	Detección de hGC en orina.	Inicial y cuando se sospeche por amenorrea en mujeres en edad reproductiva sin anticoncepción efectiva.	Evaluar deseo reproductivo y ofrecer opciones anticonceptivas efectivas en mujeres en edad reproductiva que lo deseen.
Abreviaturas: PrEP, Profilaxis Pre-Exposición; TFV/FTC, Tenofovir/Emtricitabina; VDRL, venereal disease reseach laboratory; RPR, rapid plasma reagin; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; VHB, virus de la hepatitis B; ITS, infecciones de transmisión sexual; hGC, hormona gonadotrofina coriónica			

4.9 Tipo de esquemas biomédicos preventivos para VIH

Los esquemas biomédicos para la prevención del VIH incluyen:

- 1) Profilaxis post-exposición para personas con exposiciones de riesgo en las últimas 72 horas.
- 2) El esquema sin PrEP para personas sin riesgo sustancial o personas con riesgo sustancial pero que no optan por la PrEP.
- 3) El esquema con PrEP para personas con riesgo sustancial tanto en la modalidad diaria como en la modalidad por evento, a demanda o 2-1-1. *Figura 2*.

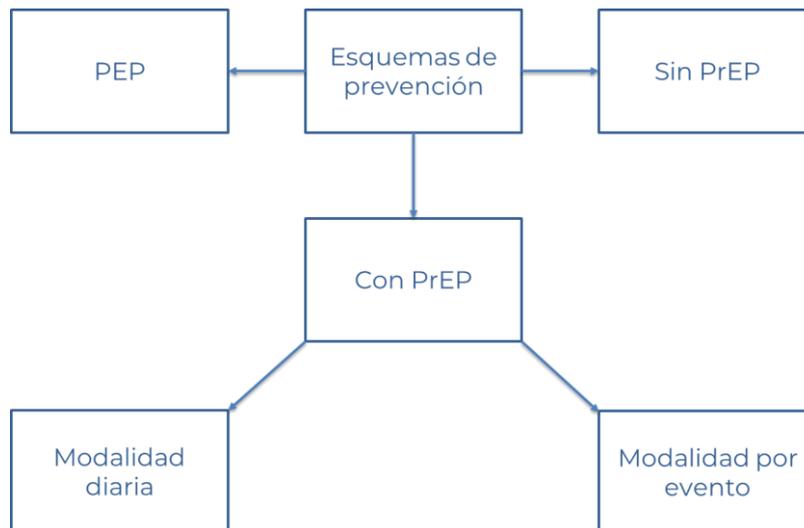


Figura 2. Tipos de esquemas de prevención disponibles para el VIH. Adaptado de: *Guía para la Implementación del Programa de Prevención Combinada que incluye PrEP*. Instituto Nacional de Salud Pública, 2021. Abreviaturas: PPE, profilaxis post-exposición. PrEP, profilaxis Pre-Exposición.

Todas las personas cuya evaluación presenten una prueba para VIH no reactiva y tengan una exposición de alto riesgo para adquirir VIH menor a 72 horas definida como un evento de penetración anal y/o vaginal sin uso de condón, o con ruptura del mismo independientemente de la duración o penetración traumática con sangre visible o inyección de drogas con agujas, jeringas y otros implementos que fueron compartidos con otras personas, deben ser evaluados para profilaxis post-exposición y seguimiento serológico de acuerdo al protocolo vigente en la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* del CENSIDA.

Las personas cuyas pruebas de VIH son no reactivas y su evaluación indica que en ese momento tienen bajo nivel de riesgo individual de adquirir VIH, son asignadas a al subgrupo de prevención sin PrEP, incluso cuando pertenezcan a las poblaciones clave. Reconociendo que riesgo bajo no implica riesgo nulo de infección, estas personas se les debe ofrecer un servicio en paquete con pruebas de VIH, otras ITS, consejería y demás servicios preventivos que apliquen según las necesidades individuales y disponibilidad, además de una reevaluación del esquema mediante visitas semestrales. Las personas usuarias con riesgo sustancial de adquirir VIH que a pesar de haber sido informados exhaustivamente sobre los beneficios que ofrece el uso de la PrEP y por alguna razón rehúsen integrarse a un esquema con PrEP, se les deberá ofrecer seguimiento semestral.

4.10 Modalidades de la Profilaxis Pre-Exposición con tenofovir/emtricitabina

Actualmente existen dos modalidades en la toma de la PrEP con TFV/FTC: PrEP diaria y PrEP por evento, también llamado “a demanda” o “2-1-1”. Los detalles sobre las personas candidatas y la toma son depositadas en la Tabla 10.

Tabla 10. Modalidades de la PrEP y personas candidatas

Modalidad de la PrEP	Personas candidatas	Detalles de la toma
PrEP diaria	<p>Hombres y mujeres cisgenero y personas trans que tienen sexo anal y vaginal receptivo e insertivo de todas las edades. Es la modalidad recomendada para menores de 24 años y personas con uso de drogas estimulantes para tener sexo y personas que se inyectan drogas. Úsese TDx/FTC.</p> <p>Se puede usar TAF/FTC únicamente en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans de acuerdo con la función renal establecida en la sección correspondiente de este documento.</p>	<p>TDx/FTC: en HSH se inicia con una dosis de carga de dos tabletas y se repite de manera ininterrumpida una tableta cada 24 horas. En población general se inicia con una tableta y se repite de manera ininterrumpida cada 24 horas.</p> <p>TAF/FTC: se inicia con una tableta y continuar con una cada 24 horas.</p>
PrEP por evento a demanda o 2-1-1	<p>Hombres cis que tienen sexo anal con hombres cis y que tengan las siguientes características: 1) puedan planificar sus relaciones sexuales para tomar la primera dosis 2-24 horas antes del sexo; 2) tengan menos de dos relaciones sexuales por semana en promedio y 3) virus de la hepatitis B negativos.</p> <p>Solamente se puede usar TDx/FTC.</p>	<p>Se inicia con una dosis de carga de 2 tabletas tomadas 2-24 horas antes del contacto sexual, seguida por 1 tableta 24 horas después de la primera dosis, seguida por 1 tableta 24 horas después de la segunda dosis. Se debe continuar tomando una tableta cada 24 horas si se continúa teniendo sexo en los días subsiguientes.</p> <p>Las relaciones sexuales siempre deben de realizarse dentro del periodo de la toma 2-1-1 (preferentemente entre el 2-sexo-1-1) y la "última" relación sexual debe estar "protegida" con el equivalente de dos días (por ejemplo: 2-sexo 1-1, o 2-sexo-1-sexo-1-1, etc.). Al resumir la PrEP en la siguiente relación sexual planeada, si la última dosis de la PrEP es menor a 7 días, solo se debe tomar una tableta y continuar con una cada 24 horas.</p>
<p>Abreviaturas: TDx, Tenofovir disoproxil fumarato o Tenofovir disoproxil succinato; FTC, Emtricitabina; TAF Tenofovir alafenamida.</p>		

Tanto la modalidad PrEP diaria (consumo semanal de 7 tabletas) como PrEP a demanda (consumo semanal promedio de 4 tabletas) son consideradas altamente efectivas en hombres que tienen sexo con hombres y no tienen diferencias en términos de prevención del VIH, tolerabilidad o probabilidad de interrupción. Ya que el consumo semanal de tabletas asociado a elevada protección en HSH es de 4-7 tabletas, los HSH pueden cambiar de una modalidad a otra de acuerdo con sus necesidades. Así, los HSH en modalidad PrEP por evento deben ser aconsejados que, al perder cualquier requisito para permanecer en esta modalidad (por ejemplo, no poder planear la actividad sexual al menos 2 horas o incrementar la cantidad de eventos sexuales semanales), deben cambiar a la modalidad PrEP diaria. No existen estudios sobre la eficacia de la PrEP por evento en otras poblaciones y es posible que

no tenga la misma efectividad observada en HSH ya que el máximo beneficio protector de la PrEP que se ha observado para otras vías de adquisición (por ejemplo, vaginal, uso de drogas inyectables) se relaciona a un consumo semanal de entre 6-7 tabletas.

Es posible anticipar la misma actividad protectora de esta modalidad en mujeres trans que no utilizan terapia hormonal feminizante, que practican exclusivamente sexo anal receptivo y que cumplan con los requisitos indispensables de la PrEP por evento. Sin embargo, debido a las múltiples barreras que enfrentan con frecuencia las mujeres trans, la modalidad recomendada por la OMS en esta población es la PrEP diaria. Es importante aclarar que la terapia hormonal para mujeres y hombres trans no afecta los niveles protectores de tenofovir en sangre cuando es tomado en la modalidad PrEP diaria. En sentido opuesto, la PrEP tampoco interfiere con los resultados de la terapia hormonal masculinizante o feminizante.

Existen personas que pueden tener problemas con la adherencia a la PrEP, en la planeación de las relaciones sexuales o en la negociación del uso de condón, puede ser el caso de las y los adolescentes, y algunas personas jóvenes menores de 25 años o personas con uso de drogas estimulantes para tener sexo, por lo que la modalidad recomendada es PrEP diaria en adición a un monitoreo estrecho. En jóvenes HSH entre los 18-24 años, la modalidad preferida es la PrEP diaria, aunque es posible evaluar cuidadosamente caso por caso la posibilidad de usar la modalidad PrEP por evento si la persona reúne los requisitos mínimos indispensables.

Mientras que los niveles protectores de tenofovir en recto se alcanzan en promedio a los siete días de iniciar la PrEP de modalidad diaria, los niveles protectores en vagina se alcanzan en promedio a los 21 días. Durante este periodo de protección subóptima, las personas deben usar otros métodos preventivos hasta terminar este periodo vulnerable.

La duración de la persona en la PrEP es en función del riesgo sustancial de adquirir VIH. No existe una duración mínima o máxima en medida que los exámenes de seguridad, los efectos adversos o la “fatiga terapéutica” de la persona lo permitan por lo que es posible durar años en la PrEP. Por otro lado, existen circunstancias en las que las personas pueden tener periodos muy breves de riesgo sustancial por lo regular menores a cuatro meses (por ejemplo, durante vacaciones, al terminar una relación personal, etc.) que pueden ser suficientes para adquirir VIH en ausencia de la PrEP.

4.11 Agilidad en la prescripción de la PrEP tras la evaluación

Iniciar la PrEP en el menor tiempo posible tras la evaluación e incluso en el mismo día en que acude la persona es un objetivo deseable del programa en virtud que permite expandirlo rápidamente en la comunidad; el inicio rápido puede ser atractivo para las personas usuarias al dar un mensaje de que la PrEP es fácilmente alcanzable. Las preocupaciones principales sobre el inicio

de la PrEP el mismo día de la evaluación rondan en temas de la adherencia a la PrEP, inicio de la PrEP en personas con infección aguda por VIH quienes presentan pruebas falsamente negativas y seguridad renal.

El proyecto ImPrEP demostró que el inicio de la PrEP el mismo día de la evaluación es factible y exitoso en términos de adherencia y persistencia en el programa. El rápido inicio de la PrEP está relacionado al grado de sensibilidad que la persona tenga sobre la efectividad, importancia de la adherencia y cumplimiento de citas de seguimiento que a su vez dependen de barreras y facilitadores de adherencia localizados en múltiples niveles (psicológico, socioeconómico, de las instalaciones de salud, estructural). Es posible iniciar la PrEP el mismo día de la evaluación en personas altamente sensibilizadas que confirmen su deseo de tener una prescripción el mismo día de la visita de evaluación (característica típica en HSH con elevados niveles educativos que acuden solicitando la PrEP) y es muy deseable que la persona que otorga consejería busque sistemáticamente potenciales barreras en cada persona (incluyendo las que se localicen en la misma instalación de salud) para eliminarlas o mitigarlas con el objetivo último de iniciar la PrEP en el menor tiempo posible y mantener a las personas en programa preventivo mientras se encuentren en riesgo sustancial de adquirir VIH.

Los resultados falsamente negativos en las pruebas de VIH son un riesgo latente particularmente en personas con IAV en quienes se les aplican pruebas de VIH de baja sensibilidad para la infección aguda. En sitios que usan exclusivamente pruebas rápidas para evaluar el estatus de VIH (*Anexo E*, algoritmo E-1) es posible iniciar la PrEP el mismo día siempre y cuando exista información confiable que permita minimizar la posibilidad que la persona curse con una IAV y que incluyen signos o síntomas (*Tabla 6*) al momento de la evaluación o en el último mes, exposiciones de alto riesgo en las últimas cuatro semanas, diagnóstico de una ITS aguda o escalas de predicción de IAV “positivas” (*Tabla 7 y 8*). Para lo anterior es necesario contar con un cuestionario estructurado que auxilie en la identificación de dicha información; cualquier información faltante o duda con respecto a su confiabilidad debe de considerarse para posponer el inicio de la PrEP al menos 4 semanas para reevaluar el estatus de VIH y guiándose a través de los periodos de ventana de seroconversión estimados para cada tipo de prueba (*Tabla 3*).

Es posible iniciar la PrEP de manera muy segura el mismo día de la visita en personas menores de 45 años sin enfermedad renal misma que es posible anticipar si la persona no padece enfermedades tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, que no consuma regularmente medicamentos con toxicidad renal (comúnmente AINES) o que no declare padecer alguna enfermedad renal. Estas personas sin padecimientos representan la absoluta mayoría de las candidatas a la PrEP y el único requisito es que el sitio que otorga la PrEP asegure la extracción de la muestra de sangre previo a la prescripción del TFV/FTC con el objetivo de tener un resultado en los días subsiguientes que corroboren la función renal normal. Las personas con factores de riesgo que acudan con resultados de creatinina que corroboren

una función renal >60 mL/min con vigencia de 30 días, es posible iniciar la PrEP el mismo día.

Las personas negativas para VHB pueden iniciar la PrEP el mismo día de la evaluación y deben ser enviadas a vacunación. Aunque no representa una contraindicación absoluta, aquellas personas VHB positivas deben tener una evaluación de especialidad previa a la prescripción de la PrEP descrita en la *Tabla 9*. Es ideal que el sitio que otorga la PrEP cuente con pruebas rápidas para detectar antígeno de superficie de VHB (Ag s VHB). No obstante, una persona que acuda con su primera serología Ag s VHB negativo con una vigencia de 30 días, puede iniciar la PrEP el mismo día de la evaluación.

Las personas pueden iniciar la PrEP el mismo día si se descartan ITS agudas al momento de la evaluación. En clínicas de ITS, una proporción sustancial de las personas que cursan con una IAV y son aún negativas a las pruebas para VIH de anticuerpos, cursan simultáneamente con ITS (que posiblemente facilitó la infección por VIH) que provocan uretritis, descarga vaginal y uretral, proctitis o úlceras genitales o adenopatías inguinales tales como gonorrea, tricomoniasis, sífilis primaria, herpes, clamidiasis, vaginitis bacteriana. Por lo anterior el diagnóstico sindrómico o microbiológico de una ITS puede constituir un indicador de exposición sexual reciente y posible curso simultáneo de IAV, por lo que se debe otorgar tratamiento para la ITS tanto a la persona usuaria como sus parejas sexuales y posponer el inicio de la PrEP al menos 4 semanas. No hay evidencia al respecto con relación al diagnóstico de otras ITS crónicas como VPH o de VHC en la evaluación de inicio de la PrEP y es posible iniciarla independientemente del resultado. El *Anexo 1* contiene los elementos básicos del diagnóstico sindrómico, tratamiento, seguimiento y derivación de las personas con síntomas de ITS en el contexto de la PrEP.

Una mujer en edad reproductiva sin anticoncepción efectiva puede iniciar la PrEP el mismo día si tiene el resultado de una prueba de embarazo por lo que los centros que otorgan PrEP idealmente deben tener pruebas rápidas disponibles. Si bien el embarazo o la lactancia no constituyen una contraindicación para usar la PrEP, es deseable tener un resultado de prueba de embarazo para ofrecer una mejor consejería sobre la salud reproductiva de la mujer en términos de uso de anticoncepción efectiva, adherencia a la PrEP, control prenatal o suspensión del embarazo de acuerdo con el deseo de la mujer y marco jurídico local vigente. Si el centro no cuenta con prueba de embarazo y la realización de la prueba representa una barrera para el acceso a la PrEP en la mujer, se debe considerar una estrategia alterna incluyendo tomar la muestra y evaluar el resultado posteriormente. La *Tabla 11* indica los requisitos para iniciar la PrEP el mismo día de la evaluación.

Tabla 11. Requisitos mínimos indispensables para otorgar la PrEP el mismo día de la evaluación

Condición	Observaciones	Recomendaciones en caso de no cumplir con la condición requerida
Persona altamente sensibilizada en la PrEP, su seguimiento clínico y la	Al terminar la evaluación y previo a la prescripción, la persona debe confirmar que desea iniciar la PrEP	Si la persona tiene dudas con respecto a usar la PrEP o a acudir a citas de seguimiento o reconsidera no iniciar la PrEP el

importancia de la adherencia.		mismo día, se debe reprogramar cita tomando en cuenta la vigencia de exámenes de inicio.
Resultado para VIH no reactivo.	<p>La(s) prueba(s) rápida(s) para VIH debe(n) aplicarse el mismo día que se inicie la PrEP.</p> <p>Si se utilizan dos pruebas rápidas simultáneamente, ambas deben estar no reactivas.</p> <p>Si se utiliza un algoritmo que incluye prueba de laboratorio Ag/Ac y cuyo resultado pueda estar disponible el mismo día de la visita, se debe tomar en cuenta que la vigencia de un resultado negativo es de 7 días; si el resultado no está disponible el mismo día de la visita, es suficiente la no reactividad de la(s) prueba(s) rápida(s) y verificar posteriormente el resultado de la prueba de laboratorio.</p> <p>No se deben aceptar estatus auto referidos por la persona.</p>	Un resultado reactivo de cualquier prueba de VIH de tamizaje contraindica la PrEP y requiere confirmación y estatificación de la infección de acuerdo al algoritmo contenido en el <i>Anexo F</i> ; una prueba falsamente positiva se demuestra con la negatividad de un Western Blot a partir del día +65 (Tabla 3, pruebas confirmatorias) desde la última exposición considerada de riesgo o de la fecha de la primera prueba reactiva en personas no expuestas a ARV independientemente del resultado de la carga viral. La persona puede reconsiderarse para la PrEP hasta cumplir este requisito que descarta la infección por VIH.
Capacidad para garantizar la medición de la creatinina el mismo día de la evaluación, aunque se revise el resultado en día posterior.	El sitio debe extraer sangre para medición de creatinina en el sitio o su envío a laboratorio de referencia a menos que la persona acuda con resultados de creatinina con una vigencia de 30 días que demuestren una función renal mayor a 60 mL/min.	Posponer la PrEP y reprogramar cita hasta tener la capacidad de garantizar la medición o hasta obtener el resultado con una vigencia de 30 días.
Ausencia de factores de riesgo para enfermedad renal ¹ .	Es posible iniciar la PrEP sin conocer el resultado de la creatinina en el día de la visita.	En caso de identificarse cualquier factor de riesgo, se debe posponer la PrEP y reprogramar cita hasta tener el resultado de la creatinina con una vigencia de 30 días.
Ausencia de síntomas de IAV en el último mes.	Aquellos incluidos en la <i>Tabla 6</i> .	Cualquier síntoma identificado obliga a posponer la PrEP y a nueva reevaluación del estatus de VIH en al menos 4 semanas; guiarse de acuerdo con el periodo de ventana de cada prueba (Tabla 3). Puede iniciarse PrEP antes si se descarta IAV a través de uso de pruebas más sensibles de laboratorio Ag/Ac y/o ARN.
Evaluación del estatus de VHB, VHC, sífilis y embarazo ² el mismo día de la visita.	Se requiere tener un resultado el mismo día con el objetivo de otorgar apropiada consejería. Se recomienda realizar pruebas rápidas.	Reprogramar cita hasta tener resultados tomando en cuenta la vigencia de 30 días.
Ausencia de exposiciones de alto riesgo para adquirir	Realizar una historia detallada de encuentros sexuales o de inyecciones tomando en cuenta	Si la persona que otorga consejería considera que la historia no es confiable o se

VIH (sexuales o uso de drogas inyectables) en las últimas 4 semanas.	que existen personas que tienen dificultades en recordar y/o reportar exposiciones de alto riesgo por diversas razones que incluyen el uso de sustancias o el sesgo de aceptación social. El diagnóstico simultáneo de ITS aguda es un indicador de exposición sexual reciente de alto riesgo y potencial curso de una IAV.	identifica una ITS aguda el momento de la evaluación (<i>Anexo 1</i>), posponer la PrEP y reevaluar en a las menos 4 semanas; guiarse de acuerdo con el periodo de ventana de cada prueba (<i>Tabla 3</i>). Puede iniciarse la PrEP antes si se descarta IAV a través de uso de pruebas más sensibles de laboratorio Ag/Ac y/o ARN. Otorgar insumos de prevención que correspondan.
1) Edad > 45 años, diabetes <i>mellitus</i> , hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, o tomar medicamentos nefrotóxicos. 2) Es posible tener un resultado de prueba de embarazo en mujeres en edad reproductiva sin anticoncepción efectiva en un día posterior al inicio de la PrEP. Abreviaturas: PrEP, profilaxis post-exposición. IAV, infección aguda por VIH, ITS, infecciones de transmisión sexual; Ag/Ac, antígeno/anticuerpos; ARN, ácido ribonucleico; ARV, antirretrovirales		

Las instalaciones de salud que tengan acceso a pruebas más sensibles para la infección aguda de VIH que incluyan pruebas de laboratorio Ag/Ac (4ª o 5ª generación) o pruebas de ARN en sus algoritmos, pueden agilizar aún más el inicio de la PrEP a la vez de detectar rápidamente una IAV y minimizar la posibilidad desarrollo de resistencia a los antirretrovirales. La persona puede iniciar la PrEP si existen los requisitos mínimos indispensables detallados en la *Tabla 11* y además sea posible tomar muestras de sangre el mismo día para realizar las pruebas serológicas de antígeno/anticuerpos y/o ARN para reportarlos posteriormente. Los resultados permiten tomar la decisión de continuar, suspender o iniciar tratamiento antirretroviral.

Con el objetivo de reportar oportunamente a la persona usuaria los resultados de los exámenes que pudieron haber sido tomados el día que inició la PrEP, es estrictamente necesario que el sitio cuente con líneas efectivas de comunicación con la persona usuaria que incluyen teléfono móvil, fijo, aplicación de mensajería instantánea y correo electrónico. Se recomienda confirmar la actividad del número proporcionado al momento de la visita y otorgar el número de contacto del sitio proveedor.

4.12 Prescripción de la PrEP

Una vez que la persona con riesgo sustancial de VIH confirma iniciar la PrEP, se debe prescribir una receta suficiente para el primer mes (30 tabletas) y se debe programar una cita de seguimiento antes de agotarse las tabletas. En adición a la información general sobre los beneficios de la PrEP, cómo funciona y necesidad de máxima adherencia posible y su seguimiento; la persona usuaria debe conocer que puede desarrollar un “síndrome de inicio” en la primera semana, caracterizado principalmente por síntomas gastrointestinales y dolor de cabeza que es generalmente leve y auto limitado. Puede tomar medicamentos sintomáticos antieméticos o analgésicos disponibles en la farmacia sin necesidad de receta. Es ideal que, durante la prescripción la persona usuaria programe un recordatorio en el teléfono móvil

y adapte la toma de la PrEP a alguna rutina diaria para evitar olvidos o duplicaciones de la toma; en casos que la persona usuaria duplique la toma, debe conocer que no tendrá repercusiones negativas y que debe continuar la toma el siguiente día sin cambios. En casos de olvido, la persona usuaria debe tomar la tableta en el momento que lo recuerde y continuar la próxima toma hasta el siguiente día sin más cambios. Se debe recomendar que la persona reconozca síntomas de IAV y que acuda en una cita no programada en caso de presentarlos. Finalmente, es necesario que la persona usuaria conozca que puede acudir o entrar en contacto con el personal proveedor para aclarar cualquier duda sin cita programada.

5. Tercera etapa: seguimiento a personas usuarias de la PrEP

El programa prevé visitas periódicas independientemente que las personas usuarias hayan optado por tomar la PrEP o haberse inclinado por un esquema de prevención sin ella. A las personas sin la PrEP se les debe ofrecer una programación de cita en seis meses para realizar una nueva evaluación integral que incluye evaluación de riesgos y consejería, prueba de VIH e ITS. Se les debe informar que pueden regresar en el momento que lo deseen para recibir cualquier servicio incluyendo PPE, PrEP, condones, lubricantes, jeringas nuevas, vacunas disponibles en el sitio, diagnóstico y tratamiento de ITS, según sean sus necesidades preventivas individuales. A las personas en quienes se inició la PPE, deben continuar su seguimiento de acuerdo con los lineamientos vigentes en la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* del CENSIDA.

Las personas que opten por el esquema de prevención basado en la PrEP deben tener citas regulares de seguimiento. Todas las personas que inicien PrEP deben retornar a los 30 días para una nueva evaluación y tras confirmar la continuidad en el programa, el intervalo entre cada cita será de acuerdo con un modelo flexible, adaptado a las necesidades de la población y riesgo individual de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, y basadas en los hallazgos del Proyecto ImPrEP. En México, las personas estudiadas en el Proyecto ImPrEP mostraron una elevada tasa de retención y adherencia mostrado por el hecho que, en el transcurso del primer año, el cumplimiento de la toma del TFV/FTC fue perfecto entre 46-74%, casi perfecto en 22-45% y suficiente en el 1-5% de las personas, es decir, entre el 96-97% reportaron tomar PrEP en cantidades suficientes para mantenerlas protegidas para adquirir la infección por VIH a lo largo del primer año. En adición, las características sociodemográficas de los participantes en México destacaron por ser hombres jóvenes (promedio 31 años), en quienes su factor de riesgo fue tener sexo con hombres (96%), elevados niveles de educación (64% al menos licenciatura) y únicamente 2% se encontraban desempleados; además se caracterizaron a su vez por acudir al servicio de prevención combinada buscando la PrEP y mostraron un elevado conocimiento sobre su uso. Este tipo de personas usuarias de la PrEP, con un perfil altamente adherente representan a las personas en quienes sería posible usar un esquema flexible de seguimiento cuatrimestral en el primer año y semestral

posteriormente, evaluando caso por caso. La flexibilidad de las visitas se sustenta en virtud que en el Proyecto ImPrEP en México raramente se observaron personas que adquirieron la infección por VIH (al momento de la edición se registraron únicamente 15 de 3360 participantes, 0.44% durante todo el seguimiento).

Por otro lado, en el caso de personas con múltiples barreras para la adecuada adherencia y permanencia en el programa se aconseja un seguimiento más estrecho a través de citas trimestrales o incluso mensuales (estas últimos utilizando estrategias no necesariamente presenciales) y enfatizando en la consejería sobre adherencia y evaluación de riesgos. Algunas características que destacaron en las personas que adquirieron la infección por VIH en el proyecto ImPrEP fueron el ser personas muy jóvenes menores a 25 años (280% más riesgo); tener adherencia subóptima con baja tasa de posesión de tabletas, (entre 133% y 211% más riesgo) y tener como factor de riesgo para adquirir la infección por VIH el sexo anal receptivo sin condón (110% más riesgo). Aún más, los resultados peruanos del proyecto ImPrEP mostraron una considerable elevada tasa de infección por VIH en personas con niveles de escolaridad menores a 12 años (equivalentes a la preparatoria), mujeres trans, personas con efectos adversos o quienes tenían dificultades en seguir el régimen diario de la PrEP y en personas quienes no buscaban PrEP como medida preventiva cuando se les ofreció iniciarla. De lo anterior se recomienda que las personas con múltiples barreras para adherirse a la PrEP tengan un seguimiento más estrecho: todas las personas menores de 18 años deben tener un seguimiento más estrecho; las personas entre 18-25 años, mujeres trans, personas con baja confianza en el uso y eficacia de la PrEP, el seguimiento recomendado es mensual o trimestral evaluando caso por caso. Es igualmente recomendable un seguimiento estrecho en personas con otras barreras a la adherencia que el personal de consejería pueda identificar, incluyendo el uso de drogas estimulantes para tener sexo (particularmente metanfetaminas), efectos adversos de la PrEP y personas con dificultades para el cumplimiento de la toma diaria.

Las Tablas 12a y 12b sintetizan los procedimientos necesarios a realizar en cada visita durante el primer año tanto en un seguimiento cuatrimestral o trimestral, de acuerdo a las características individuales de la persona evaluada.

Tabla 12a. Guía rápida de seguimiento cuatrimestral en el primer año

Procedimiento	Visita de selección¹⁷	Visita de inicio¹⁷	Visita mes 1	Visita mes 4	Visita mes 8	Visita mes 12
Elegibilidad a la PrEP y consejería de riesgos y reducción de daños ¹	X	X	X	X	X	X
Evaluación síntomas de IAV ²	X	X	X	X	X	X
Evaluación y consejería adherencia ³		X	X	X	X	X
Evaluación necesidad de PPE ⁴	X	X	X	X	X	X
Evaluación efectos adversos ⁵			X	X	X	X
Evaluación sindrómica ITS ⁶	X	X	X	X	X	X

Estatus VIH ⁷	X	X	X	X	X	X
Estatus sífilis ⁸	X	X		X		X
Estatus VHB ⁹	X	X				X
Estatus VHC ¹⁰	X	X				X
Evaluación función renal ¹¹	X	X		X		X
Evaluación laboratorial de ITS ¹²	X	X				X
Embarazo y consejería reproductiva ¹³	X	X	X	X	X	X
Otorgar insumos de prevención y atención integral ¹⁴	X	X	X	X	X	X
Tabletas TFV/FTC dispensadas (PrEP-Diaria) ¹⁵	0	30	90	120	120	120
Tabletas TFV/FTC dispensadas (PrEP- PE) ¹⁶	0	30	60	90	90	90

Incluye buscar criterios de elegibilidad en la visita de selección y si la persona se mantiene en las visitas subsecuentes practicando sexo sin uso de condón o usando drogas inyectables con parafernalia compartida; otorgar mensajes sobre los beneficios del cambio de comportamiento, uso correcto y consistente del condón, lubricante, inyección segura de drogas y terapia para sustitución de opioides además de otorgar insumos de prevención que correspondan. 2. Síntomas y signos en el último mes (*Tabla 6*) y antecedentes predictivos de infección aguda por VIH (*Tabla 7 y 8*). 3. Incluye el cumplimiento de las dosis de TFV/FTC de acuerdo con la modalidad seleccionada de la PrEP y mensajes positivos para alcanzar el más alto nivel de adherencia. 4. Otorgar profilaxis post-exposición si existe exposición de alto riesgo en las últimas 72 horas sin PrEP protector (revisar apartado sobre PPE). 5. Todos aquellos efectos adversos reportados por la persona usuaria o revelados por estudios de laboratorio. La consejería incluye otorgar información de los efectos que pudieran ser o no asociados al uso de TFV/FTC y cómo controlarlos. 6. Incluye investigar la presencia de síndromes de ITS en la persona usuaria y aquellas reportadas por sus parejas (*Anexo I*). 7. Determinar el estatus de VIH de acuerdo con el algoritmo local seleccionado, pero siempre al menos una prueba rápida en sangre o plasma. 8. De acuerdo con el algoritmo local seleccionado y al historial de sífilis. Se prefiere el uso de pruebas rápidas de anticuerpos treponémicos en aquellas personas usuarias sin antecedentes de sífilis. En personas con antecedentes de sífilis, las pruebas rápidas no tienen utilidad para la evaluación futura por lo que las pruebas no treponémicas (VDRL o RPR) pueden practicarse de forma más espaciada de acuerdo con la disponibilidad. 9. Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. 10. Anticuerpos para virus de la hepatitis C. 11. Determinación de creatinina y uso de la fórmula más apropiada; tras el inicio de la PrEP el monitoreo en el primer año se recomienda entre los 4 y 6 meses en personas sin factores de riesgo de deterioro de la salud renal y tras el primer año el monitoreo puede ser incluso anual; el monitoreo más frecuente (trimestral o cuatrimestral) se recomienda en personas con factores de riesgo de enfermedad renal (*Anexo H*). 12. Al menos anual o ante sospecha clínica de acuerdo con la disponibilidad local que incluye, pero no está restringido a *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. *Tabla 11 del Anexo I*). 13. Incluye prueba de embarazo en la primera visita y cada vez que exista sospecha por amenorrea, evaluación de anticoncepción efectiva en mujeres en edad reproductiva, Pap anual. 14. Ofrecer servicios de salud física, mental y sexual de acuerdo con necesidades y disposición: condones, lubricantes, y/o paquetes de inyección segura, vacunas que correspondan (VHB, VPH, VHA, tétanos, meningitis), terapia hormonal feminizante o masculinizante, etc. 15. El número máximo de tabletas semanales consumidas en la modalidad PrEP diaria son siete y se deben otorgar 30 tabletas por cada mes transcurrido entre visitas programadas. 16. El número semanal promedio de tabletas consumidas para la modalidad PrEP a demanda es de cuatro y el consumo mensual promedio es de 16-20 tabletas por lo que será necesario otorgar 30 tabletas mensuales, 60 tabletas trimestrales o 90 tabletas cuatrimestrales); si la persona usuaria reporta un consumo mayor de tabletas se puede dispensar un frasco adicional en cita no programada; si el consumo mayor de tabletas es relacionado a más de dos eventos sexuales semanales se debe aconsejar que opte por la modalidad PrEP diaria para obtener mejor protección. 17. la visita de selección y la visita de inicio puede ser la misma visita si la persona usuaria inicia la PrEP el mismo día de acuerdo con los criterios establecidos en la *Tabla 11*. Abreviaturas: IAV, infección aguda por VIH, PPE, profilaxis post-exposición; ITS, infecciones de transmisión sexual; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; VHA, virus de la hepatitis A, VHB, virus de la hepatitis B; VHC, virus de la hepatitis C; VPH, virus del papiloma humano; PrEP PE: Profilaxis Pre-Exposición modalidad por evento

Tabla 12b. Guía rápida de seguimiento trimestral en el primer año*

Procedimiento	Visita selección ¹⁷	Visita inicio ¹⁷	Mes 1	Mes 3	Mes 6	Mes 9 ¹⁸	Mes 12
Elegibilidad a la PrEP y consejería de riesgos y reducción de daños ¹	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación síntomas de IAV ²	X	X	X	X	X	X	X

Evaluación y consejería adherencia ³		X	X	X	X	X	X
Evaluación necesidad de PPE ⁴	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación efectos adversos ⁵			X	X	X	X	X
Evaluación sindrómica ITS ⁶	X	X	X	X	X	X	X
Estatus VIH ⁷	X	X	X	X	X	X	X
Estatus sífilis ⁸	X	X			X		X
Estatus vHB ⁹	X	X					X
Estatus VHC ¹⁰	X	X					X
Evaluación función renal ¹¹	X	X			X		X
Evaluación laboratorial de ITS ¹²	X	X		X			X
Embarazo y consejería reproductiva ¹³	X	X	X	X	X	X	X
Otorgar insumos de prevención y atención integral ¹⁴	X	X	X	X	X	X	X
Tabletas dispensadas (PrEP-Diaria) ¹⁵	0	30	60	90	90	90	90
Tabletas dispensadas (PrEP-PE) ¹⁶	0	30	60	60	60	60	60
*Dirigirse al pie de página de la <i>Tabla 12</i> ^a							

En las personas bajo seguimiento trimestral que demuestren elevados niveles de adherencia al cumplir el primer año de seguimiento, sería posible realizar sus evaluaciones subsiguientes de manera semestral. Aquellas personas con elevados niveles de adherencia mostrados en el primer año de su seguimiento en cualquier seguimiento trimestral o cuatrimestral, será posible hacer un seguimiento semestral con los procedimientos que correspondan y visitas trimestrales reservadas únicamente para la dispensación de tabletas. Durante el uso de la PrEP, las personas pueden reducir su percepción de riesgo en virtud de sus resultados constantemente negativos a VIH y reducir en paralelo su adherencia a la modalidad de la PrEP mientras continúan teniendo exposiciones de alto riesgo que pueden resultar en una infección por VIH; por lo anterior es necesario continuar reforzando la necesidad de elevada adherencia a la PrEP o de utilizar otras modalidades de prevención si la adherencia es subóptima.

Independientemente de la regularidad de las citas programadas, se debe hacer del conocimiento de la persona usuaria que puede asistir a una consulta no programada para aclarar cualquier duda, particularmente si se desarrollan síntomas de infección aguda por VIH o ITS, existe necesidad de nueva dispensación de la PrEP, evaluación de profilaxis post-exposición, desarrollo de potenciales efectos adversos y suministro de otros insumos de prevención o de atención integral que ofrezcan en el sitio.

5.1 Síntomas de infección aguda por VIH en las visitas de seguimiento y sospecha de infección por VIH

La evaluación del estatus de VIH en 30 días posteriores a la visita de inicio de la PrEP es especialmente importante en escenarios de uso exclusivo de pruebas

rápidas con el objetivo de identificar una IAV no identificada durante la visita de evaluación/inicio.

La presencia de cualquier síntoma (*Tabla 6*) o antecedentes predictivos (*Tablas 7 y 8*) deben hacer sospechar en una posible IAV y una prueba de VIH no reactiva en el tamizaje no descarta esta posibilidad. Además, las personas que adquieren la infección por VIH mientras toman medicamentos antirretrovirales presentan pruebas negativas por periodos de tiempo más prolongados. Los datos adicionales que son útiles para evaluar la posibilidad de una IAV son la valoración de la adherencia a la modalidad de la PrEP seleccionada y la exposición reciente de alto riesgo al VIH (por ejemplo, sexo anal sin condón o uso compartido de agujas, jeringas o parafernalia para inyectarse drogas).

En el extremo de riesgo inferior de una posible infección por VIH se encontrarían aquellas personas sin ningún síntoma o síntomas mínimos, con elevados niveles de adherencia a la PrEP, que no tienen exposiciones recientes de alto riesgo, mientras que en el extremo opuesto de riesgo mayor se encontrarían aquellas personas con síntomas floridos de síndrome retroviral agudo o escalas de predicción de IAV positivas, con niveles subóptimos de adherencia a la PrEP y con exposiciones recientes de alto riesgo. La toma de decisiones en estos escenarios gira en torno a la necesidad de realizar estudios diagnósticos adicionales y de permitir la continuidad de la PrEP. Si la persona que presenta síntomas de IAV, tiene elevados niveles de adherencia a la PrEP y su prueba de VIH es no reactiva, se aconseja continuar la PrEP sin modificar el plan preestablecido ya que la absoluta mayoría de los síntomas atribuidos a una probable IAV, se deberán en realidad a otras causas endémicas en la localidad (por ejemplo, dengue, COVID-19 entre otras).

En caso contrario, si la persona no toma apropiadamente la PrEP e inicia síntomas de posible IAV tras una exposición al VIH de alto riesgo, la probabilidad de una IAV es mayor; en estos casos por regla general se recomienda continuar la PrEP hasta tener evidencia de infección por VIH realizando los procedimientos descritos en el algoritmo seleccionado para ser usado en el sitio (Algoritmos E-1 a E-5; *Anexo E*) y/o recurriendo a las recomendaciones de la *Tabla 4*.

La decisión final de continuar o suspender PrEP ante la sospecha de infección por VIH será decisión del personal proveedor, pero siempre se deben considerar los riesgos y beneficios para la persona usuaria de la PrEP en el caso hipotético de un resultado final de estatus VIH positivo o VIH negativo señaladas en la *Tabla 13*.

Tabla 13. Riesgos y beneficios de la continuación, suspensión de la PrEP o cambio a tratamiento antirretroviral en personas en la PrEP con sospecha de infección por VIH durante el seguimiento de acuerdo con el estatus final de VIH.¹

	Riesgos		Beneficios	
	Estatus final VIH-	Estatus final VIH+	Estatus final VIH-	Estatus final VIH+
Continuar la PrEP sin interrupción	Ninguno adicional.	Generar resistencia a TFV/FTC. La resistencia se puede observar desde la 4a semana de la infección. ²	Continuar protegiendo para VIH si existe riesgo sustancial	Potenciales beneficios inmunoviológicos de una posible inhibición de la replicación viral. ³
Suspender PrEP hasta definir estatus definitivo de VIH	Adquirir VIH si continúan las exposiciones de riesgo.	Privar de potenciales beneficios inmunoviológicos de la inhibición descontrolada de la replicación viral. ³	Contribuye a descartar la infección por VIH si se demuestra ausencia persistente de ARN viral.	Contribuye a confirmar la infección por VIH al detectar más fácilmente ARN viral. Prevenir el desarrollo de mutaciones de resistencia a TFV/FTC.
Cambiar a TARV completo hasta definir estatus definitivo de VIH	Incrementar costos Efectos adversos	Puede dificultar el diagnóstico de infección por VIH al suprimir la replicación viral y en consecuencia no poder demostrar ARN viral en adición al potencial retardo de la aparición de anticuerpos o incluso su desaparición (sero-reversión).	Continuar protegiendo para VIH si existe riesgo sustancial.	Inducir fenotipo inmunoviológico favorable debido a una supresión virológica ultra temprana. ³
1. Smith et al. Open Forum Infect Dis 2018. 2. Sivay et al. JAIDS 2017. 3. De Clercq et al. Acta Clin Belg 2020. Abreviaturas: VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; PrEP: profilaxis Pre-Exposición; TARV: tratamiento antirretroviral; TFV/FTC: tenofovir/emtricitabina.				

A diferencia de las personas altamente adherentes a la PrEP que presentan síntomas sugerentes de IAV y quienes en su mayoría no cursarán con una infección por VIH sino que los síntomas se deberán a otro padecimiento, las personas con pruebas reactivas a VIH (con o sin síntomas de IAV) tienen elevadas probabilidades de confirmar la infección y tras otorgar la consejería correspondiente, deberán suspender la PrEP para limitar el desarrollo de resistencia a los antirretrovirales a la vez de ser referidas a sitios de atención especializada para iniciar el proceso de confirmación (Anexo F) y manejo antirretroviral. En sitios que tratan personas con VIH se debe considerar caso por caso y en acuerdo con la persona usuaria, iniciar tratamiento antirretroviral supresor tras iniciar los procedimientos confirmatorios y de

genotipo si es el caso, de acuerdo con la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* y ajustar el tratamiento de acuerdo con los resultados obtenidos. La *Tabla 14* resume las recomendaciones relacionadas a la continuidad de la PrEP y envío de la persona a evaluación médica en base a la circunstancia que hace sospechar en una posible IAV.

Tabla 14. Recomendaciones sobre la continuidad de la PrEP en personas con sospecha de infección por VIH.

Circunstancia que hace sospechar en infección por VIH	Toma de decisión con respecto a la prescripción de la PrEP	Toma de decisión con respecto a la derivación del caso a evaluación médica relacionada a VIH
Síntomas de IAV ¹	Continuar la PrEP sin suspender	Derivar a segundo o tercer nivel de atención a todas las personas cuando los síntomas sean severos y requieran de búsqueda de otros diagnósticos alternos. Si los síntomas son leves, esperar resultados de exámenes adicionales. ²
Prueba de VIH reactiva ²	Suspender PrEP o virar a TARV completo ³	Enviar a evaluación por experto en VIH en todos los casos.
1) Cualquier síntoma enlistado en la <i>Tabla 6</i> independientemente de la severidad. 2) Incluye las estrategias enlistadas en la <i>Tabla 4</i> o pruebas de detección de ARN si existe disposición y de acuerdo con el algoritmo (<i>Anexo E</i>) utilizado en el sitio. 3) Si existe disposición, agregar un tercer componente antirretroviral conforme a la <i>Guía para el uso de Medicamentos Antirretrovirales para las Personas con VIH en México</i> una vez que se practica flebotomía para extraer muestras sanguíneas para estudios confirmatorio		

5.2 Personas con pruebas reactivas a VIH durante el seguimiento

Las personas que presenten alguna prueba de tamizaje para VIH reactiva durante el seguimiento deben iniciar el protocolo diagnóstico sugerido en el *Anexo F*. En caso de confirmarse la infección por VIH se recomienda realizar los procedimientos indicados en la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* del CENSIDA y que incluyen la toma de carga viral, niveles de CD4 y genotipo (éste último se practica si la infección se adquirió durante el uso de medicamentos antirretrovirales), para su rápida incorporación a los servicios de atención en VIH e inicio de tratamiento antirretroviral.

Los sitios que cuenten con capacidad de realizar estudios de detección de ARN en escenarios de sospecha de IAV, pueden tener resultados ARN positivos en conjunto con pruebas de anticuerpos o antígeno/anticuerpo negativas. La interpretación de estos resultados debe ser muy cuidadosa y se recomienda revisar el *Anexo G*.

5.3 Abordaje de la adherencia y permanencia en el programa

La PrEP le funciona a quien permanece en el programa y lo toma en la dosis y frecuencia indicada de acuerdo con la modalidad seleccionada para sus necesidades. El acceso, permanencia y cumplimiento de las personas en un programa preventivo, están relacionados a factores que aunque algunos dependen directamente de la persona (salud mental, uso de drogas, autoeficacia) o del medicamento (efectos adversos), la mayoría no dependen de ella, sino que son determinados por la presencia de barreras sociales (homofobia, transfobia, racismo, clasismo), culturales (nivel de educación), económicos (inestabilidad de vivienda, alimentaria, social, dependencia económica, estar al cuidado de menores), de la estructura del sistema de salud (horarios de atención, relación médico-paciente) o de la superestructura (leyes, hetero-normatividad). Dichas barreras suelen mediar también la infección por VIH y su pronóstico a largo plazo. Por lo anterior, resulta indispensable implementar continuamente estrategias en múltiples niveles que lleven en última instancia a que las personas usuarias accedan ágilmente y permanezcan en el programa de la PrEP mientras se encuentren en riesgo sustancial de adquirir la infección por VIH y que cumplan con los más altos niveles de adherencia recomendados. Por lo anterior se propone que la adherencia a la PrEP sea abordada simultáneamente en múltiples niveles e intervenida con actividades enmarcadas en la *Tabla 15*.

Tabla 15. La adherencia a la PrEP y permanencia en el programa implica el trabajo simultáneo y continuo en múltiples fases durante el seguimiento

Fases	Ejemplos de actividades enmarcadas
Promoción a la adherencia óptima	<p>Facilidad para acceder a servicios preventivos con el mínimo de barreras administrativas y con posibilidad de otorgar la PrEP ágilmente tras la evaluación incluso el mismo día. Diseño de servicios ágiles y con recursos humanos proveedores de la PrEP percibidos como amigables y confiables, sin estigma a poblaciones vulnerables que ofrezcan servicios no coercitivos o acosadores y centrados en la necesidad del paciente, con enfoque de equidad y justicia social para alcanzar a quienes requieran la estrategia preventiva: programación de citas en días, horarios flexibles más cómodos para la persona usuaria, posibilidad de citas no presenciales (virtuales), otorgar servicios adicionales: servicios de atención psicológica; consulta médicas para enfermedades crónicas y prevención por vacunación, terapia hormonal masculinizante y feminizante, consejería y apoyo psicosocial enfocado en la transición (personas trans), atención de ITS, derechos sexuales, humanos y reproductivos (acceso a anticoncepción o interrupción del embarazo de acuerdo al marco jurídico local vigente), servicios jurídicos (incluyendo cambio de nombre y género para personas trans), atención en violencia sexual y de género, trabajo social, salud mental incluyendo depresión, ansiedad, abuso de sustancias). Promover el uso de la PrEP como un comportamiento saludable que prevenga la estigmatización de su uso. Promover el cambio de comportamiento en conjunto con el uso de la PrEP.</p> <p>Que la persona elija por sí misma a la PrEP como modalidad de prevención de entre el paquete de prevención combinada. Las modalidades diarias y/o por evento deben discutirse con la persona usuaria para que ésta seleccione la modalidad más apropiada en caso de cumplir requisitos.</p>

	<p>Otorgar información clara y concisa relacionada a aclarar por qué la persona se encuentra en riesgo sustancial de adquirir VIH además de clarificar cómo funciona la PrEP, los fármacos que la componen, costos, efectos adversos (síndrome de inicio), los beneficios cuando se usa correctamente con riesgos mínimos para la salud, aclarar cualquier duda del individuo incluyendo el por qué una modalidad de la PrEP para la que no fuera candidata (por ejemplo, PrEP por evento) no es la más apropiada para su uso con el objetivo de incrementar autoeficacia.</p> <p>Mensajes positivos sobre los beneficios de la máxima adherencia al esquema seleccionado y el cumplimiento de las citas de seguimiento. Evitar confrontación ante sospecha de adherencia baja.</p> <p>Identificación de factores relacionados al apego a la PrEP para su continua promoción.</p> <p>Otorgar citas de dispensación de la PrEP antes que se terminen las tabletas suministradas.</p> <p>Promover que la toma de la PrEP se adapte a alguna rutina de la persona y buscar apoyo familiar y de pareja o por pares.</p> <p>Notificar a la persona usuaria de la modalidad PrEP diaria que en caso de decidir suspender PrEP antes de cada visita programada y por cualquier motivo, debe completar un periodo de seguridad de 28 días después de la última relación sexual antes de la suspensión total.</p>
Prevenición de la adherencia sub-óptima.	<p>Identificación sistemática de barreras del apego a la PrEP para su intervención de con consejería y seguimiento estrecho: particularmente edad <25 años, mujeres trans o personas quienes no buscan la PrEP como método de prevención, bajos niveles de escolaridad (<12 años).</p> <p>Búsqueda rutinaria de efectos adversos de la PrEP y su tratamiento.</p> <p>Otorgar información que la PrEP es posible usarlo con drogas, alcohol, embarazo o amamantamiento, anticonceptivos y terapia hormonal afirmante de género sin interferir en su eficacia ni en la seguridad para la persona incluyendo el bebé (embarazo o amamantamiento).</p> <p>Actualización continuada de datos de contacto y horarios para mejor localización, así como facilidad de contacto.</p> <p>Recordatorios de citas y facilidad para la reprogramación.</p> <p>Estrategia de reprogramación rápida de citas en caso de días festivos imprevistos.</p> <p>Revisión periódica del riesgo para adquirir VIH.</p> <p>Usar recordatorios de la toma de las tabletas (alarmas), servicios de mensajería móvil, grupos de apoyo mutuo que se ajusten a sus necesidades, culturalmente aceptables practicadas de acuerdo a normas, tradiciones, valores, principios éticos, lenguaje y/o religión compartidos), asesoría de pares VIH negativos.</p> <p>Reforzar la importancia de la adherencia al PrEP cuando se diagnostique una ITS en el transcurso del seguimiento.</p> <p>Crear redes de apoyo social con otros organismos que otorgan servicios sociales y comunitarios para personas en estado de indigencia, inestabilidad alimentaria, inestabilidad de vivienda, salud mental, adicciones.</p>
Identificación e intervención temprana de la adherencia subóptima.	<p>Identificación de faltas a las citas de evaluación/prescripción de la PrEP y monitoreo continuo del retorno.</p> <p>Monitoreo sistemática de la adherencia durante las visitas de seguimiento con más de un método, por ejemplo, posesión de tabletas y auto-referencia. Si se identifica una baja tasa de posesión de tabletas, identificar la razón y resolverla o mitigarla.</p> <p>Evaluación de salud mental y plan de intervención conductual orientada a fomentar la motivación y resolución de problemas con hincapié en la autonomía y la afirmación, culturalmente aceptable; centrada en el individuo.</p>

Búsqueda y localización de las pérdidas de seguimiento	Protocolo de inicio de la búsqueda a través de las líneas de comunicación autorizadas por el paciente cuando se identifica una falta en la cita programada y se ha agotado el plazo para el retorno espontáneo.
Reincorporación de las personas que perdieron seguimiento	Facilidad para la reprogramación de citas Identificación de barreras que condicionaron la pérdida de seguimiento para su intervención.
Abreviaturas: VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; PrEP, profilaxis Pre-Exposición	

La información proveniente de estudios de eficacia e implementación de la PrEP indican que son infrecuentes las infecciones por VIH en personas con elevados niveles de adherencia. El nivel óptimo de adherencia en las personas en la modalidad PrEP diaria es de un consumo de 7 tabletas a la semana, mientras que el consumo mínimo indispensable en la modalidad PrEP por evento es de 4 tabletas/semana y que no exista contacto sexual fuera del periodo de protección de las tomas 2-1-1, de lo contrario se debe considerar una adherencia subóptima. En virtud que el consumo de 4 tabletas o mas/semana en HSH se relaciona con una protección superior al 90% es ideal promover y mantener al menos este nivel de cumplimiento a diferencia de otras poblaciones donde la eficacia de la PrEP puede ser menor si existe un consumo semanal por debajo de las 6-7 tabletas.

Las intervenciones para mejorar la adherencia requieren primero de la identificación de las personas con adherencia subóptima a través del monitoreo sistemático. Estudios sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH han mostrado que las personas tienden a sobreestimar el cumplimiento cuando lo autorreportan y que las combinaciones de métodos para medir la adherencia reflejarían un cumplimiento más cercano a la realidad.

5.4 Evaluación de la adherencia a la PrEP

Autorreporte. Se prefieren los métodos sencillos de autorreporte de la adherencia en el pasado inmediato (último mes, último fin de semana, última vez que olvidó una toma) y explorar dificultades en el cumplimiento que incluyen la presencia de efectos adversos. Considerando que las personas tienden a sobreestimar el reporte de su adherencia principalmente por motivos de aceptación social, siempre habrá que tomar con cautela un autoreporte con adherencia elevada. Por el contrario, el autorreporte tiende a ser más confiable en las personas que reportan una adherencia subóptima.

Posesión de tabletas. La posesión diaria de tabletas (número de tabletas dispensadas dividido entre el número de días que han transcurrido desde la última dispensación al momento de la visita) es un método objetivo que el Proyecto ImPrEP mostró que tenía la capacidad de predecir la adquisición del VIH en personas con una posesión menor a uno en un régimen de la PrEP diario, es decir, personas que se han quedado sin tabletas suficientes como para mantenerlas protegidas. Las personas con una posesión de tabletas

entre 0.53-1 mostraron 133% mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH y aumentó a 211% cuando la posesión diaria fue menor a 0.53. La tasa de posesión diaria de tabletas considerada ideal debe ser mayor a uno.

La posesión semanal de tabletas (número de tabletas dispensadas dividido entre el número de semanas que han transcurrido desde la última dispensación al momento de la visita) puede ser de utilidad en la evaluación de la adherencia en personas con un régimen de la PrEP por evento, en quienes el consumo esperado de tabletas es de 4 tabletas semanales. La tasa de posesión semanal de tabletas considerada ideal debe ser mayor a cuatro.

Para facilitar el cálculo de la posesión diaria o semanal de tabletas se recomienda el uso de Calculadora de Fechas contenidas en aplicaciones gratuitas disponibles para teléfonos móviles, mismos que calculan los días y semanas transcurridos entre dos fechas.

Una posesión diaria superior a una (para PrEP diario) o semanal superior a 4 (para PrEP por evento) no implica necesariamente que la persona toma las tabletas, pero es un indicador de posesión suficiente. En cambio, una posesión baja indicaría que la persona no tendría suficientes tabletas disponibles para cumplir apropiadamente con el régimen de PrEP asignado y estaría en alto riesgo de adquirir la infección por VIH si mantiene las prácticas de riesgo. Siempre se debe programar una visita de dispensación antes de la fecha estimada de terminación de tabletas; las tablas 12a y 12b muestran el número de tabletas recomendadas para dispensar en cada visita de acuerdo a la frecuencia de las citas y modalidad de PrEP asignada.

En base a los hallazgos del Proyecto ImPrEP, se recomienda que en todas las personas en las que se identifique una baja tasa de posesión de tabletas de TDF/FTC menor a 1 en PrEP diario o menor a 4 en PrEP por evento, se debe buscar la razón o barrera específica que explique razonablemente el motivo por la que no ha sido suficiente la cantidad de tabletas dispensadas desde la última visita y se debe buscar una estrategia en conjunto con la persona usuaria para minimizar el riesgo de quedarse en el futuro sin tabletas suficientes.

La posesión de tabletas tiende a ser inexacto cuando la persona tiene sobrantes de dispensaciones previas, si cambia de modalidad de la PrEP o si tiene otras fuentes de tabletas.

Conteo de tabletas. Permite estimar más fielmente la posesión de tabletas desde la última dispensación hasta el momento de la evaluación, sin embargo, depende que la persona conserve y retorne las tabletas sobrantes para su conteo.

5.5 Profilaxis post-exposición (PPE) en personas que toman PrEP

Las personas con niveles apropiados de adherencia no requieren de profilaxis post-exposición en caso de contactos sexuales sin uso de condón. Sin embargo si la persona presenta una exposición de riesgo sin uso de condón en las últimas 72 horas y se identifica que el tiempo transcurrido desde la última dosis de tenofovir/emtricitabina y la exposición de riesgo fue mayor a 7 días, en adición que la adherencia es subóptima, entonces se debe considerar que la persona no está protegida con la PrEP y debe iniciar un esquema de PPE por 28 días de acuerdo a las recomendaciones y procedimientos incluidos en la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* del CENSIDA.

5.6 Terminación de la PrEP

El riesgo sustancial para adquirir VIH se estima que tendría una duración finita que puede ser reportada por la persona usuaria o identificada por el personal de consejería; en el caso que la persona usuaria desee terminar la PrEP, el papel de la consejería en este punto es el confirmar que la percepción de riesgo de la persona usuaria concuerde con las prácticas que sostiene, con el objetivo último de disuadir la suspensión o sustituir con otros métodos preventivos (en caso de continuar con prácticas de alto riesgo) o confirmar la suspensión de la PrEP (en caso de ausencia de exposiciones de riesgo).

Así mismo, algunas personas con desventajas sociales podrían suspender la PrEP por barreras relacionadas a la adherencia más que por la terminación del riesgo sustancial de contraer el VIH. Por lo anterior, se requiere de la evaluación regular de dichas barreras y procurar resolverlas o mitigarlas con el objetivo de que la persona continúe en la PrEP si el riesgo sustancial para adquirir VIH se mantiene. Si la terminación de la PrEP es inminente por cualquier causa se recomienda realizar los procedimientos correspondientes a la visita que se presenta la persona y recomendar el cumplimiento adicional de 28 días de la PrEP a partir del último sexo (excepto si existe una contraindicación de la PrEP que incluye prueba para VIH reactiva o efecto adverso grave), además de recomendar uso de otras estrategias preventivas alternas que incluyen el correcto y consistente uso de condón y lubricante a base de agua. Puede ser necesario dispensar un frasco de TFV/FTC adicional para cumplir los 28 días necesarios en caso de que la persona usuaria ya no cuente con suficiente PrEP. En algunas ocasiones la persona decide abandonar la PrEP sin notificarlo, por lo que resulta necesario hacer del conocimiento a todas las personas la necesidad de cumplir con 28 días adicionales al último contacto sexual o de 2 días para el caso de HSH a partir del último contacto sexual y a partir de ese momento, utilizar un método preventivo eficaz que incluye el uso de condón.

A la persona que suspenda la PrEP se le debe ofrecer continuar en seguimiento regular con citas semestrales de seguimiento sin PrEP para seguir evaluando el estatus de VIH e ITS y ofrecer estrategias preventivas que

correspondan. La persona usuaria puede retornar en cualquier momento para recibir insumos de prevención, incluyendo PPE y reingreso al programa de la PrEP al reiniciar la evaluación de elegibilidad y exámenes correspondientes.

5.7 Modalidad virtual de la PrEP

Con el objetivo de mejorar el acceso a la PrEP se promueve el desarrollo de un programa de PrEP de seguimiento a distancia para personas candidatas que así lo elijan. Para acceder a esta modalidad de seguimiento virtual, el personal de consejería y médico identificarán las características de las personas que incluyen su habilidad y acceso tecnológico, capacidad para autoaplicarse pruebas de VIH, así como su preferencia en esta modalidad además de la disponibilidad del equipo electrónico en el sitio necesario para la comunicación. Para los procedimientos a distancia cada sitio debe contar con un teléfono, una dirección de correo electrónico y una cuenta en una plataforma de comunicación segura designada para tal fin. La evaluación regularmente se realiza a través de la entrevista con el personal de consejería quien se auxilia de documentos digitales que se completan por la persona usuaria en el momento de la entrevista a distancia por video llamada, llamada telefónica o plataforma segura o de forma presencial según corresponda y se verifican las respuestas en tiempo real.

Esta modalidad podría ser ideal para ser usada en personas con mejores perfiles de adherencia y permanencia. La *Tabla 16* resume los procedimientos necesarios a realizar en cada visita.

Tabla 16. Guía rápida de seguimiento virtual en el primer año

Procedimiento	Visita de selección ¹⁶	Visita de inicio ¹⁶	Visita mes 1	Visita mes 4	Visita mes 8	Visita mes 12
Elegibilidad a la PrEP y consejería de riesgos ¹	Virtual	Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Evaluación síntomas de IAV ²	Virtual	Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Evaluación y consejería adherencia ³		Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Evaluación necesidad de PPE ⁴	Virtual	Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Evaluación efectos adversos ⁵			Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Evaluación sindrómica ITS ⁶	Virtual	Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Estatus VIH ⁷		Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Estatus sífilis ⁸		Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Estatus VHB ⁹		Presencial				Virtual
Estatus VHC ¹⁰		Presencial				Virtual
Evaluación función renal ¹¹	Virtual	Presencial				Virtual
Evaluación laboratorial de ITS ¹²		Presencial				Virtual
Embarazo y consejería reproductiva ¹³	X	Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual
Otorgar insumos de prevención ¹⁴		Presencial	Virtual	Virtual	Virtual	Virtual

Tabletas TFV/FTC dispensadas (PrEP-Diario) ¹⁵	0	30	120	120	120	120
Tabletas TFV/FTC dispensadas (PrEP-PE) ¹⁵	0	30	60	90	90	90

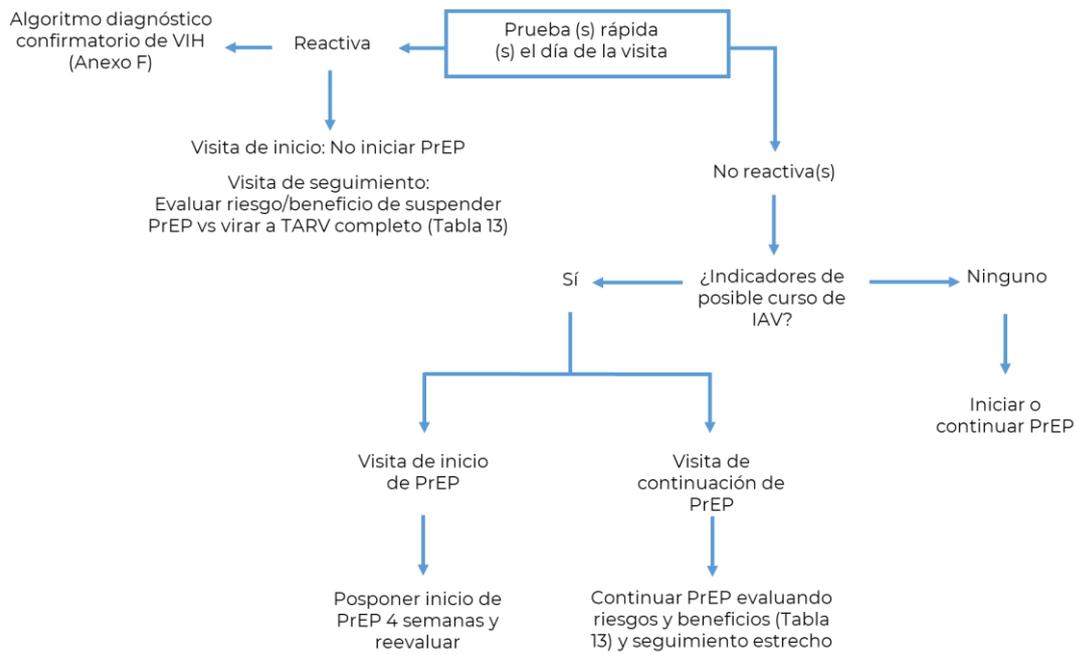
1) La cita de selección virtual se acuerda a través de los mecanismos digitales o presenciales previamente definidos. En la visita de inicio presencial se firman los documentos normativos incluyendo auto-prueba VIH y se confirma el inicio de la PrEP. 2) En caso de presentar síntomas (*Tabla 6*) o antecedentes predictivos de IAV (*Tabla 7 y 8*) se acuerda una cita presencial para una revisión y búsqueda de infección por VIH. 3) en caso de adherencia subóptima se pueden realizar intervenciones adicionales a distancia orientadas a incrementar la adherencia. 4) En caso de requerir PPE, se acordarán mecanismos para acceder al PPE. 5) En caso de efectos adversos graves se acordarán mecanismos para evaluación médica y manejo. 6) En caso de síntomas de ITS se acordará cita presencial para evaluación médica, exámenes y tratamiento (*Anexo I*). 7) En la visita presencial se hace capacitación para el auto prueba rápida de VIH y demás pruebas rápidas elegidas; en visitas subsecuentes la persona usuaria se realiza el auto prueba al momento de la entrevista y se reporta el resultado; en caso de examinación reactiva se acuerda cita presencial para evaluación médica y estudios de confirmación. 8) Se prefiere la evaluación a través de prueba treponémica rápida auto aplicada que en su caso se debe hacer la capacitación en la visita presencial de inicio; en caso de optar por evaluación laboratorial, no treponémica (VDRL o RPR), las solicitudes digitales deben ser otorgadas a la persona usuaria en la visita inmediata anterior a la cita de revisión del resultado; en caso de resultado reactivo, se enviarán solicitudes digitales para confirmación según corresponda y se acordará cita presencial para evaluación, tratamiento o derivación. 9 y 10) Se opta por la evaluación a través de prueba rápida auto-aplicada que en su caso se debe hacer la capacitación en la visita presencial de inicio; en caso de optar por evaluación laboratorial, las solicitudes digitales deben ser otorgadas a la persona usuaria en la visita inmediata anterior a la cita de revisión del resultado; en caso de resultado reactivo, se acordará cita presencial para evaluación y derivación. 11) Las solicitudes digitales de evaluación de creatinina deben ser otorgadas a la persona usuaria en la visita inmediata anterior a la cita de revisión del resultado; la función renal se calculará al momento de la entrevista y ante el resultado se procede a las recomendaciones contenidas en el *Anexo H*. 12) En caso de contar con infraestructura para exámenes de ITS (*Tabla A1-11*), las solicitudes digitales deben ser otorgadas a la persona usuaria en la visita inmediata anterior a la cita de revisión del resultado y en caso de resultado positivo, se envían recetas digitales y/o cita de revisión médica. 13) En caso de identificarse embarazo y/o solicitud de anticoncepción efectiva se acordarán los mecanismos para derivación al servicio de salud reproductiva que corresponda (control prenatal o interrupción del embarazo de acuerdo con el marco jurídico local vigente) y acceso a anticonceptivos. 14) El acceso a los insumos de prevención se realiza cuando la persona acude a recoger la dispensación de la PrEP o de acuerdo con sus necesidades individuales 15) Las recetas digitales de dispensación se emiten durante cada entrevista virtual o presencial. 16) La visita de selección y la visita de inicio puede ser la misma visita si la persona usuaria inicia la PrEP el mismo día de acuerdo con los criterios establecidos en la *Tabla 11*.

Abreviaturas: IAV, infección aguda por VIH, PPE, profilaxis post-exposición; ITS, infecciones de transmisión sexual; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; VHB, virus de la hepatitis B; VHC, virus de la hepatitis C, TFV/FTC, Tenofovir/Emtricitabina; PrEP-PE, modalidad PrEP por evento

Anexo E. Algoritmos usados para el descarte de la infección por VIH en escenarios de provisión de profilaxis Pre-Exposición

Algoritmo E-1 basado en pruebas rápidas de un solo uso y pruebas en laboratorio de antígeno/anticuerpos

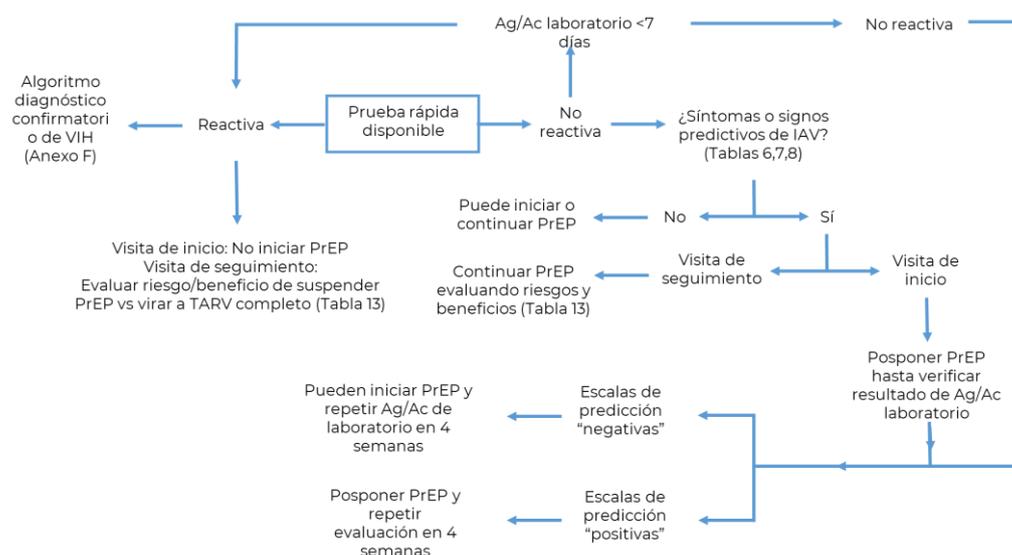
Este algoritmo es el ideal para expandir el uso de la PrEP en sitios comunitarios sin acceso a laboratorio. Para asegurar su máximo desempeño, las pruebas deben ser aplicadas e interpretadas de acuerdo con las recomendaciones del fabricante y almacenadas bajo las condiciones de temperatura óptimas. La probabilidad de que no exista una infección por VIH en etapa crónica cuando una prueba rápida es no reactiva es superior al 99%. Sin embargo, esta probabilidad se reduce considerablemente en la infección aguda, por lo que la identificación de indicadores de un posible curso de IAV: síntomas y signos (Capítulo 2, Tabla 6), cualquier hallazgo o antecedentes (Capítulo 2, Tablas 7-8), exposiciones de alto riesgo en las últimas 4 semanas (por ejemplo sexo sin condón o inyecciones no seguras de drogas), o el diagnóstico de una ITS aguda (Anexo I), debe diferir el inicio de la PrEP al menos 4 semanas antes de una nueva evaluación ya que la única manera de descartar una IAV será la demostración de negatividad persistente al agotar el periodo de ventana de seroconversión para la prueba utilizada (Capítulo 2, Tabla 3). Aunque es posible utilizar una sola prueba rápida, los algoritmos que incluyen la aplicación simultánea de dos pruebas rápidas de diferente manufactura (no la misma prueba dos veces), pueden mejorar la correcta clasificación del estatus final de infección (VIH positivos o VIH negativos) en las personas usuarias de la PrEP. Ante un resultado doblemente reactivo o un resultado discordante (una prueba reactiva y otra no reactiva) se debe proceder al algoritmo confirmatorio (Anexo F). Si se desea aumentar la sensibilidad en la identificación de IAV a través del uso de prueba rápida de antígeno/anticuerpo (4ª generación), se aconseja usar plasma o suero ya que, en caso de utilizar sangre total, su desempeño diagnóstico en el trabajo de campo es similar a las pruebas que detectan únicamente anticuerpos (2ª o 3ª generación).



Si se utiliza únicamente una prueba rápida, se recomienda usar la de mayor sensibilidad disponible; en el caso de utilizar dos pruebas simultáneas de diferente manufactura, ambas pruebas deben ser reportadas como no reactivas antes de iniciar o continuar la PrEP.

Algoritmo E-2 basado en prueba rápida desechable y prueba instrumentada de laboratorio de antígeno/anticuerpos

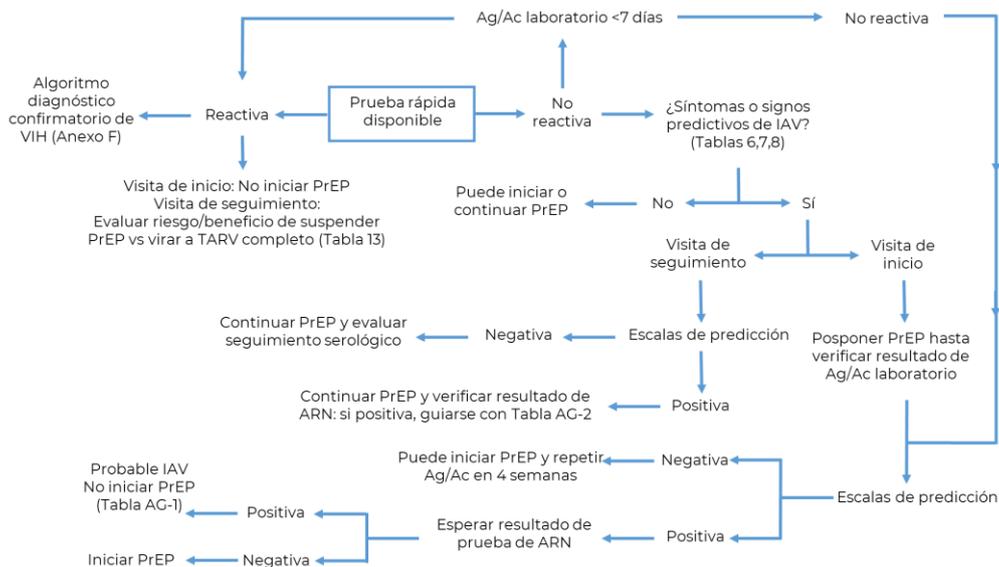
Este algoritmo propio de instalaciones de salud que cuentan con laboratorio incrementa probabilidad de la detección de la infección por VIH en etapa aguda y crónica debido a la mayor sensibilidad analítica de las pruebas de laboratorio, tanto en la identificación de anticuerpos y de antígeno p24 (4ª o 5ª generación), comparada a las pruebas rápidas de antígeno/anticuerpos (4ª generación) o de solo anticuerpos (2ª o 3ª generación). En la visita de evaluación se debe determinar el estatus de VIH con una prueba rápida y practicar flebotomía para envío de muestras sanguíneas al laboratorio para prueba de antígeno/anticuerpos. Ante una prueba rápida no reactiva, es posible iniciar la PrEP si no existen síntomas (Capítulo 2 *Tabla 6*) o signos predictivos de IAV (Capítulo 2 *Tabla 7 y 8*) o diagnóstico de una ITS aguda (*Anexo I*), en cuyo caso se debe posponer el inicio de la PrEP hasta el resultado de la prueba de antígeno/anticuerpos de laboratorio; si la prueba de laboratorio se reporta negativa y se continúa sospechando en IAV (por ejemplo escalas de predicción “positivas” *Tablas 7 y 8 Capítulo 2*), se recomienda posponer inicio de la PrEP y reevaluar en 4 semanas ya que no es posible descartar IAV. Con este algoritmo y en ausencia de síntomas o signos predictivos de IAV o ITS, la exposición de alto riesgo 4 semanas no contraindica el inicio de la PrEP, aunque se recomienda hacer seguimiento de laboratorio a la 4ª semana.



En las visitas de seguimiento es suficiente tener una prueba rápida no reactiva para continuar dispensando la PrEP y posteriormente verificar el resultado de la prueba instrumentada de laboratorio antígeno/anticuerpos, misma que tiene una vigencia de 7 días en caso de practicar la flebotomía antes de la visita de dispensación de la PrEP. Ante un resultado reactivo de prueba de laboratorio se debe proceder al algoritmo confirmatorio *Anexo F*.

Algoritmo E-3 basado en pruebas rápidas de un solo uso, pruebas en laboratorio de antígeno/anticuerpos y pruebas de detección de ARN en casos seleccionados

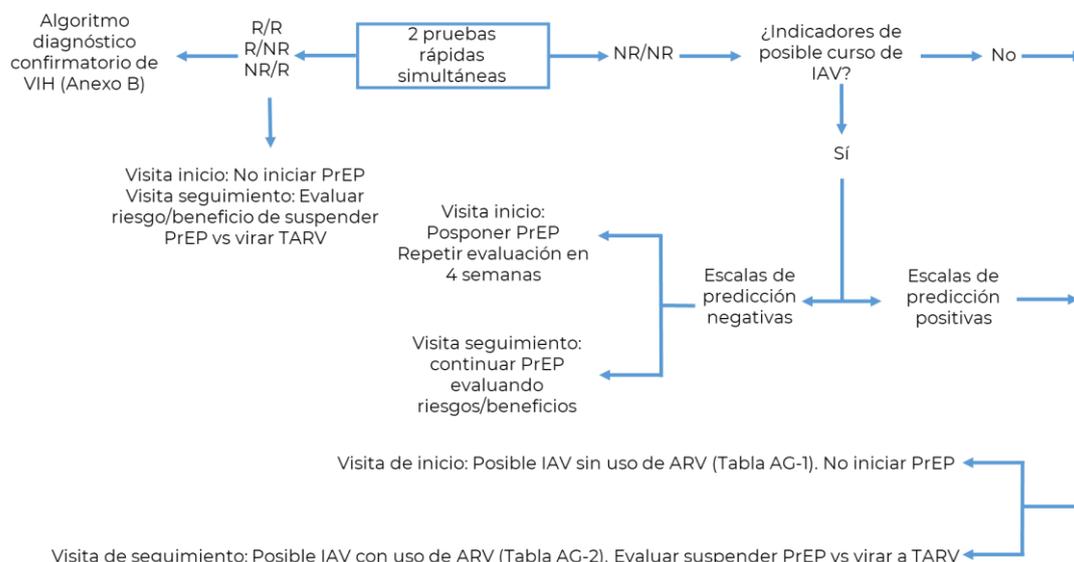
Este algoritmo, propio de instalaciones de salud que cuentan con tecnología de biología molecular, puede incrementar considerablemente el diagnóstico de IAV en virtud que incorpora la detección de ARN (cualitativo o cuantitativo) en personas con pruebas de tamizaje no reactivas y con elevadas probabilidades de padecer IAV de acuerdo con escalas predictivas. En la primera visita de evaluación se debe determinar el estatus de VIH con prueba rápida desechable y flebotomía para envío de muestras sanguíneas al laboratorio. Ante una prueba rápida no reactiva, es posible iniciar la PrEP si no existen síntomas (Tabla 6 Capítulo 2) o signos predictivos de IAV (Tabla 7 y 8 Capítulo 2) o ITS agudas (Anexo I), en cuyo caso se debe de esperar el resultado de la prueba de antígeno/anticuerpo de laboratorio para reevaluar el inicio de la PrEP. Si se presenta síntomas de IAV cuando la prueba de laboratorio se reporta negativa pero las escalas predictivas de IAV son “negativas” y no sea posible realizar prueba de ARN, se recomienda reevaluar en 4 semanas ya que no es posible descartar la IAV. Las personas con escalas de predicción “positivas” en quienes los ensayos de ARN se reporten negativos, es posible iniciar la PrEP. En ausencia de síntomas o signos predictivos de IAV, la exposición de alto riesgo 4 semanas no contraindica el inicio de la PrEP con este algoritmo y si el resultado es negativo, se recomienda hacer seguimiento de laboratorio a la 4ª semana. Para minimizar el número de visitas por la persona usuaria, se prefieren las flebotomías en el mismo día de la visita de evaluación/inicio o seguimiento, las pruebas de laboratorio tienen una vigencia de 7 días en caso de practicar la flebotomía antes de la visita.



Ante un resultado reactivo de prueba de laboratorio antígeno/anticuerpo se debe proceder al algoritmo confirmatorio (Anexo F). Aquellos casos con pruebas de ARN positivas, y ambas pruebas de tamizaje (rápida e instrumentada de laboratorio) no reactivas, se recomienda consultar el Anexo G para su interpretación además de derivar a experto en VIH.

Algoritmo E-4 basado en pruebas rápidas de un solo uso y pruebas de detección de ARN en el punto de atención de casos seleccionados

Este algoritmo ha sido diseñado para su uso en sitios comunitarios que pueden incorporar pruebas de ARN en el punto de atención sin contar con complejas instalaciones de laboratorio. Es ideal en sitios con elevada penetración en poblaciones clave con altas prevalencias de infección inadvertida y que tengan la capacidad médica de tratar a personas con infección confirmada por VIH (por ejemplo, CAPASITS). Guarda la ventaja de potenciar la aceleración de los procesos de confirmación de la infección e incorporación a los servicios de salud de las personas con pruebas de tamizaje reactivas. El algoritmo incluye el uso simultáneo de dos pruebas rápidas de VIH, una de ellas de antígeno/anticuerpos (4ª generación) usando plasma o suero. Cualquier resultado reactivo (R) debe confirmarse con la prueba de ARN cuantitativo (carga viral diagnóstica) de acuerdo con el Anexo F. Las personas con pruebas no reactivas (NR) quienes presenten cualquier indicador de posible curso de IAV: síntomas y signos (Tabla 6 del Capítulo 2), cualquier hallazgo o antecedentes predictivos de IAV (Tablas 7-8 del Capítulo 2), exposiciones de alto riesgo en las últimas 4 semanas (por ejemplo sexo sin condón o inyecciones no seguras de drogas), o el diagnóstico de una ITS aguda (Anexo I), deben diferir el inicio de la PrEP al menos 4 semanas o al menos que se obtenga un resultado negativo en la prueba de ARN cualitativa. Una prueba positiva de ARN cualitativa con pruebas de tamizaje negativas, sugieren una IAV y se debe proceder e interpretar de acuerdo con la Tabla AG-1 del Anexo G.



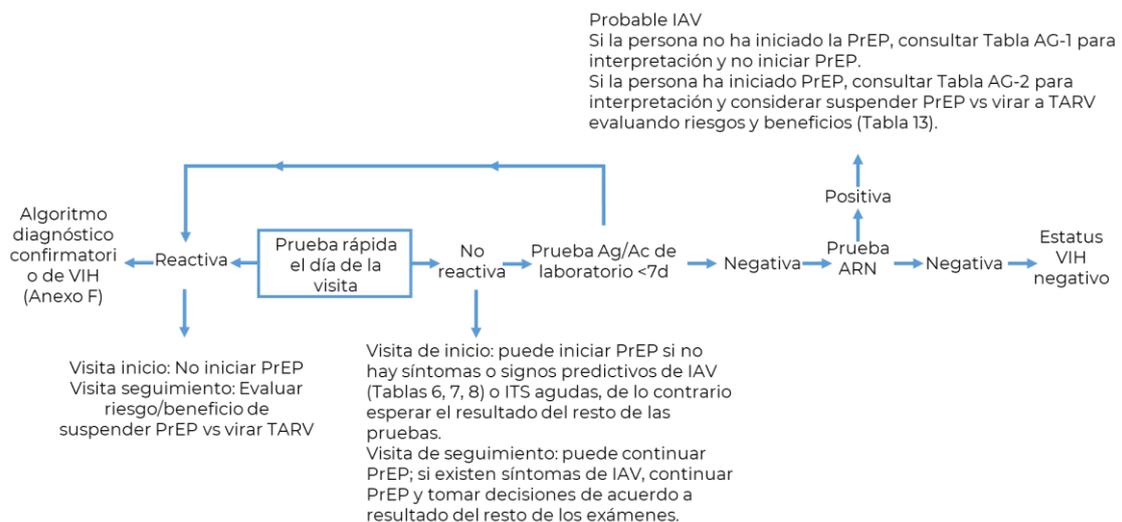
En las visitas de seguimiento, las personas sin síntomas de IAV pueden continuar la dispensación de la PrEP tras el resultado no reactivo (NR) de las dos pruebas simultáneas. En aquellas personas con síntomas de IAV y escalas de predicción de IAV “positivas” se recomienda realizar la prueba de ARN de ser posible durante la visita y decidir la dispensación de la PrEP hasta obtener resultado. En las personas con síntomas de IAV, pero puntuaciones “negativas” en las escalas de predicción es posible dispensar la PrEP y hacer seguimiento

serológico estrecho si existe sospecha de IAV (exposiciones de riesgo y adherencia a la PrEP subóptima). Una prueba positiva de ARN cualitativa con pruebas de tamizaje negativas, sugieren una IAV en el contexto de uso de ARV y se debe proceder e interpretar de acuerdo con el *Anexo G, Tabla AG-2*.

Algoritmo E-5 basado en pruebas rápidas de un solo uso, pruebas instrumentadas en laboratorio de antígeno/anticuerpos y pruebas de detección de ARN en todos los casos

Este algoritmo suele ser utilizado en instalaciones de salud con una elevada cantidad de poblaciones clave con altas seroprevalencia de infección por VIH inadvertida y que poseen complejas instalaciones de laboratorios para tamizar a través de la búsqueda de anticuerpos, antígeno p24 y ARN de VIH (por ejemplo, RNA pooling) en todas las personas en la PrEP independientemente de la presencia de síntomas de IAV. Debido a que poseen una amplia tecnología para detectar una infección por VIH en cualquier etapa tras el periodo de eclipse, este algoritmo guarda la mayor sensibilidad disponible.

El algoritmo inicia con la aplicación de una prueba rápida en adición a realizar una flebotomía para extraer muestras sanguíneas para pruebas de Ag/Ac de laboratorio y ARN VIH, que es repetida en cada visita. En caso de reactividad a la prueba rápida, esta puede ser verificada con resultado de antígeno/anticuerpos y confirmada a través de una carga viral (*Anexo F*) antes de iniciar TARV. En caso de no reactividad a la prueba rápida, la persona puede iniciar la PrEP si no existe ningún indicador del curso de una IAV (*Tabla 6, 7, 8 del Capítulo 2* o ITS agudas, *Anexo I*); en caso de presentar algún indicador, se debe posponer el inicio hasta obtener resultados de Ag/Ac y ARN. En personas sin síntomas, la exposición de alto riesgo en las últimas 4 semanas no contraindica el inicio de la PrEP, pero se ajusta al obtener resultados de pruebas de laboratorio. En caso de reportarse una prueba de ARN positiva con serologías negativas se recomienda consultar el *Anexo G (Tabla AG-1)* para la interpretación.

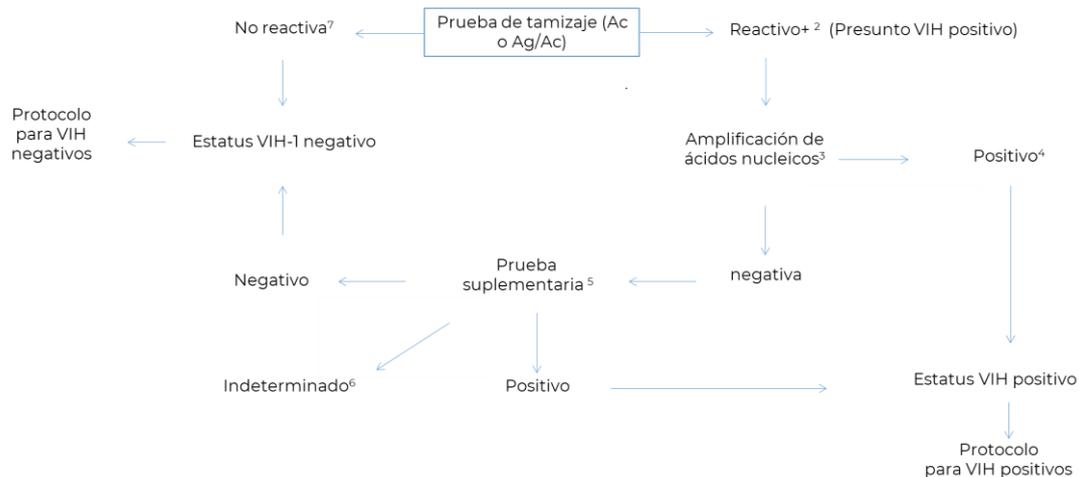


En las visitas de seguimiento, es posible dispensar la PrEP tras una prueba rápida no reactiva y ajustar posteriormente al obtener los resultados de antígeno/anticuerpo y ARN. En caso de un resultado de ARN positivo con ambas pruebas no reactivas, se aconseja consultar el *Anexo G* para interpretación de pruebas de ARN en el contexto de exposición de ARV y evaluación del inicio de TARV.

ANEXO F. Algoritmo para confirmar la infección en personas con resultados reactivos en la prueba de tamizaje de VIH

El algoritmo confirmatorio para el diagnóstico de VIH consiste en tres pasos secuenciales: estudio de tamizaje de anticuerpos o antígeno/anticuerpos (primer paso); estudio de ARN confirmatorio (principalmente carga viral como segundo paso) y estudio suplementario (tercer paso) de desempate en caso de un primer paso positivo y un segundo paso negativo. Este algoritmo ha demostrado ser equivalente al algoritmo basado en Western Blot como segundo paso además que reduce costos y acelera sustancialmente los tiempos de entrega de resultados y la incorporación a seguimiento médico para inicio de tratamiento antirretroviral en México. En caso de confirmarse la infección por VIH, esta se debe estadificar a través de la cuenta de linfocitos T CD4+. Las personas que hayan adquirido la infección por VIH estando expuestas a antirretrovirales en forma de la PrEP o PPE, se les debe practicar un estudio de genotipo para evaluar la presencia de mutaciones asociadas a resistencia a los antirretrovirales según la viremia detectada y previo al inicio del TARV de acuerdo a las recomendaciones de la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* del CENSIDA.

Algoritmo para poblaciones con seroprevalencia de VIH >5¹



1. Basarse en la epidemiología local y en su defecto en la epidemiología nacional que incluye HSH, mujeres trans y parejas serodiscordantes entre otras; 2. Prueba reactiva se refiere a la prueba de tamizaje de anticuerpos (2^a o 3^a generación) o de antígeno/anticuerpo (4^a o 5^a generación), rápida o instrumentada de laboratorio, de acuerdo a la capacidad diagnóstica instalada en el sitio; 3. La correlación diagnóstica para VIH entre ensayos cuantitativos (carga viral) y cualitativos de amplificación de ácidos nucleicos es elevada (Psitaci *et al.* STD 2020) y se consideran equivalentes. El ensayo de elección es la carga viral; 4. Resultado “positivo” incluye ARN cualitativo positivo o carga viral con señal “detectable” por arriba o por debajo del límite de detección. Masciotra STD 2020; 5. Una prueba suplementaria de desempate aprobadas por FDA puede incluir Western Blot para VIH -1, BioRad Gennius o BioRad Multispot o Inmunofluorescencia Indirecta. En caso de tener factores epidemiológicos para adquirir VIH -2,

practicar Western Blot para VIH -2, amplificación de ácidos nucleicos de VIH -2 o BioRad Gennius o BioRad Multispot. (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/testing/supplemental-hiv-tests-laboratory-use.pdf>); 6. En caso de resultado indeterminado, se recomienda realizar un seguimiento serológico basado en ventana de seroconversión específico al ensayo que se seleccione antes de considerar el estatus definitivo de VIH. (Delaney et al. CID, 2017); 7. Hasta este momento no existe evidencia de infección por VIH. Sin embargo, la especificidad en orden de mayor a menor ante un resultado no reactivo es como sigue: Prueba antígeno/anticuerpo vs. Solo anticuerpo; plasma/suero vs sangre entera o líquido oral; prueba instrumentada de laboratorio vs rápida. (Hurt et al. STD 2017).

En virtud de que el límite inferior de detección de la carga viral realizada con tecnología de ARN cuantitativa en el punto de atención es de 800 copias de ARN /mL VIH -1 y es considerablemente mayor que los ensayos instrumentados en el laboratorio (20-40 copias ARN/mL VIH -1) y de que la carga viral tanto en la infección aguda por VIH como en la infección crónica suele ser mayor, se recomienda que la tecnología de ARN cuantitativa en el punto de atención en México en escenarios de elevada prevalencia (>5%) sea utilizada exclusivamente con fines de diagnóstico de VIH y no así como herramienta de monitoreo de la supresión viral en personas con VIH bajo TARV.

En caso de presentar una carga viral indetectable tras una prueba reactiva de primer paso (tamizaje), las pruebas llamadas “confirmatorias” (por ejemplo, Western Blot) son de utilidad para definir si la primera prueba se trató de un falso positivo (Western Blot negativo al día + 65 días tras la exposición de riesgo). Un Western Blot positivo, orienta a una infección controlada (de Élite) o con el uso no reportado de antirretrovirales.

ANEXO G. Recomendaciones sobre la interpretación de exámenes de ARN en el contexto de exámenes serológicos negativos de anticuerpos o antígeno/anticuerpos

Debido a los costos significativamente elevados y a la elevada sensibilidad que puede llevar a resultados falsamente positivos en escenarios de baja probabilidad de infección por VIH, típicamente las pruebas de ARN han sido utilizadas como segundo o tercer paso tras una prueba de tamizaje de anticuerpos o antígeno/anticuerpos para VIH que resultan positivas con el objetivo de confirmar (si se usa como segundo paso) y/o estadificar la infección por VIH (como segundo o tercer paso). Sin embargo, existen escenarios con elevada probabilidad de existir una infección por VIH en los que es posible practicar las pruebas de ARN incluso cuando las pruebas de tamizaje de primer paso son negativas, con el objetivo de identificar una infección aguda por VIH y tomar las acciones preventivas y terapéuticas que permitan prevenir la emergencia de resistencia a los componentes de la PrEP e interrumpir cadenas de transmisión comunitaria.

Siendo así, los sitios que otorgan la PrEP que cuentan con acceso a pruebas de detección de ARN pueden encontrar personas en los que las pruebas de anticuerpos y/o antígeno/anticuerpos son negativas pero las pruebas de ARN son positivas. Este patrón de resultados es altamente indicativo de IAV y requiere de una cuidadosa interpretación y seguimiento con pruebas adicionales de anticuerpos ya que la única identificación de ARN, en ausencia de otras pruebas positivas, dificulta la confirmación de la infección por VIH y aún más, la exposición a antirretrovirales en forma de la PrEP o PPE puede modificar la cinética del ARN viral, los tiempos de seroconversión y dificultar aún más el diagnóstico de la infección por VIH. Por esta razón, este tipo de personas usuarias de la PrEP deben ser derivadas con el especialista en VIH para seguimiento.

La mitad de las personas con IAV sin exposición a ARV que no han desarrollado anticuerpos suelen tener una prueba de ARN positiva al día 11-12 y los niveles de carga viral se elevan exponencialmente día con día si la persona no toma antirretrovirales. Si se descarta un error de laboratorio o de identificación de la muestra clínica, los niveles de carga viral mayores de 2000 copias ARN/mil sugieren verdaderas infecciones por VIH. Los niveles menores de 2000 copias de ARN VIH-1 requieren ser confirmadas con una nueva carga viral debido a que los resultados de ARN falsamente positivos que han sido reportadas en la literatura por lo regular son lecturas menores a estas cifras y realizadas en antiguas plataformas menos específicas que las disponibles actualmente. La *Tabla AG-1* puede contribuir a la interpretación de resultados de ARN en personas que no han tomado antirretrovirales, con pruebas de anticuerpos o de antígeno/anticuerpos negativos.

Por otra parte, aunque son raras, algunas las personas que toman la PrEP o PPE pueden adquirir la infección por VIH, particularmente cuando la adherencia es subóptima. Sin embargo, debido al efecto antirretroviral de los

componentes de la PrEP o del PPE, las personas pueden tardar más tiempo de lo usual en presentar alguna prueba positiva para VIH de tamizaje, mostrar cargas virales muy bajas o incluso tener pruebas de ARN cualitativas o cuantitativas falsamente negativas. Estos casos representan un reto diagnóstico y requieren una evaluación por experto en todos los casos. La *Tabla AG-2* puede ayudar a la interpretación de resultados de ARN en personas que han estado expuestas a antirretrovirales y que presentan pruebas de anticuerpos o de antígeno/anticuerpos negativos.

Tabla AG-1. Recomendaciones para la interpretación del resultado de pruebas de ARN para VIH en personas serológicamente negativas y sin exposición a ARV

Resultado de la primera prueba de ARN 1	Segunda prueba de ARN	Resultado de segunda prueba de ARN	Interpretación, seguimiento y recomendaciones4
Carga viral detectada >2000 copias ARN- VIH -1/mL.	No es necesaria	N/A	Sugiere infección aguda por VIH. Iniciar TARV evaluando riesgos y beneficios. Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión5.
Carga viral detectada <2000 copias ARN- VIH -1/mL.	Nueva carga viral en día diferente	Incrementa	Sugiere infección aguda por VIH. Iniciar TARV evaluando riesgos y beneficios. Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión5.
		Sin cambios o reduce o negativiza	Sugiere posible falso positivo. No se recomienda iniciar TARV en este momento. Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión5.
ARN viral2 detectado o positivo.	Carga viral	Carga viral detectada >2000 copias ARN- VIH -1/mL.	Sugiere infección aguda por VIH. Iniciar TARV evaluando riesgos y beneficios. Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión5.
		Carga viral detectada <2000 copias ARN- VIH -1/mL.	Estatus no concluyente. Nueva carga viral en 72 horas y proceder según resultado. No se recomienda iniciar TARV en este momento. Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión5.
ARN no detectado o negativo3.	No es necesaria	N/A.	Estatus VIH negativo.

1. El estudio para detectar ARN del VIH puede ser cualitativo o cuantitativo (carga viral). 2. Resultado obtenido de ensayo cualitativo de ARN. 3. Resultado obtenido tanto de ensayo cualitativo o cuantitativo (carga viral). 4. Todos los casos con prueba de ARN positiva deben derivarse a especialista. 5. La aparición de una prueba de anticuerpos o Ag/Ac positiva confirmaría la infección por VIH en personas con prueba de ARN positiva

Tabla AG-2. Recomendaciones para la interpretación del resultado de pruebas de ARN para VIH en personas serológicamente negativas y con exposición a ARV en forma de la PrEP o PPE

Resultado de la primera prueba de ARN 1	Interpretación, seguimiento y recomendaciones4
Carga viral detectada2	Sugiere infección aguda por VIH. Repetir carga viral especialmente si CV- VIH <2000 copias ARN VIH -1/mL y la persona ha suspendido la PrEP o la PPE.

	<p>Realizar genotipo viral si carga viral >200 copias ARN VIH -1/mL según recomendaciones de Guía Mexicana de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH.</p> <p>Suspender la PrEP y considerar iniciar TARV según sea el caso, evaluando riesgos y beneficios.</p> <p>Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión⁶.</p>
ARN viral positivo ³	<p>Sugiere infección aguda por VIH.</p> <p>Realizar carga viral y actuar según resultado.</p> <p>Considerar suspender la PrEP tras realizar la flebotomía para la carga viral e iniciar TARV, evaluando riesgos y beneficios.</p> <p>Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión⁶.</p>
ARN no detectado o negativo ⁴	<p>No hay evidencia de infección por VIH.</p> <p>Hasta este momento en personas con elevado índice de sospecha de infección por VIH debido a síntomas de infección aguda, no es posible descartar infección.</p> <p>Personas en la PrEP deben continuar la toma de TFV/FTC si continúa el riesgo sustancial de adquirir la infección por VIH</p> <p>Repetir prueba de anticuerpos para vigilar seroconversión⁶.</p> <p>Las personas en PPE deben continuar hasta terminar 28 días.</p>
<p>1. El estudio para detectar ARN del VIH puede ser cualitativo o cuantitativo (carga viral). 2. Resultado obtenido de ensayo de ARN cuantitativo. 3. Resultado obtenido de ensayo de ARN cualitativo. 4. Resultado obtenido de estudio de ARN cualitativo o cuantitativo (carga viral). 5. Todos los casos con prueba de ARN positivan deben derivarse a especialista. 6. La aparición de una prueba de anticuerpos o Ag/Ac positiva confirmaría la infección por VIH en personas con prueba de ARN positiva. Abreviaturas: ARN, ácido ribonucleico, la PrEP, profilaxis Pre-Exposición; PPE, profilaxis post-exposición; TARV, tratamiento antirretroviral; TFV/FTC, tenofovir/emtricitabina.</p>	

ANEXO H. Evaluación y monitoreo de la función renal durante el uso de la PrEP

Evaluación de la función renal:

El nivel sanguíneo de creatinina se determina típicamente por un ensayo de laboratorio, pero también es posible medirlo rápidamente a través de dispositivos con tecnología “en el punto de atención”, no obstante, estos aún no se disponen en México. Aunque los valores de creatinina reportadas en miligramos por mililitro de sangre (sistema convencional) generalmente concuerdan con una determinada función renal, existen personas en las que dicha concordancia no es tan exacta, particularmente en personas con niveles elevados de creatinina limítrofes con la normalidad, en extremos de edad, el nivel de masa muscular ya sea por el sexo al nacimiento o por el uso de hormonas masculinizantes o feminizantes, o el uso de suplementos nutricionales que a su vez tienen efectos sobre la estimación de la función renal. Por lo anterior, es altamente recomendable calcular la función renal en “mililitros por minuto” (mL/min) a través del uso de calculadoras accesibles gratuitamente en línea o en aplicaciones para teléfonos móviles. A continuación, se describen algunas ligas recomendables para su uso.

Tabla AH-1. Herramientas para calcular la función renal frecuentemente utilizada

Calculadoras y aplicaciones	Descripción del contenido
Sociedad Española de Nefrología https://www.senefro.org/modules.php?name=calcfg	Calcula simultáneamente en línea la función renal a través de varias fórmulas que incluyen Cockcroft-Gault y MDRD-4. Requiere una conexión continua a internet.
HIV Ora la PrEP en español. Aplicación de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Disponible en español para iOS y Android.	Contiene una sección para calcular la función renal a través del aclaramiento de creatinina con la fórmula Cockcroft-Gault. Tras su descarga, no requiere de conexión a internet.
Calculate by QxMD. Aplicación en inglés desarrollada por Medscape network que requiere la generación de una cuenta gratuita. Disponible para iOS y Android.	Contiene una gran cantidad de calculadoras usadas en la práctica médica que incluyen Cockcroft-Gault y MDRD-4 que pueden ser seleccionadas desde la barra de búsqueda. Tras su descarga, no requiere de conexión a internet.

En personas cis o trans sin terapia hormonal o con terapia hormonal actual menor a 6 meses de uso, la función renal se recomienda que sea evaluada a través de la estimación del aclaramiento de creatinina (aCr) con la fórmula Cockcroft-Gault (C-G); para ser calculada se requiere registrar el sexo al nacimiento, la edad, el peso y el valor de la creatinina (en miligramos por mililitro). Por otro lado, las personas trans con terapia hormonal actual igual o

mayor de 6 meses de duración, tienden a modificar sustancialmente su masa muscular y su peso, por lo que la estimación del filtrado glomerular (eFG) por un método alternativo a C-G podría reflejar mejor su función renal; por lo anterior, en estas personas se recomienda que la función renal sea estimada a través de la fórmula MDRD, cuyo cálculo requiere cuatro variables (MDRD-4) que incluyen la edad, valor de la creatinina (en miligramos por mililitro), el origen étnico (únicamente si existe ascendencia africana) y finalmente el género con el que se identifique la persona.

Se considera una función renal ideal cuando el resultado arroja un valor igual o mayor a 90 mL/min. La mayoría de las personas evaluadas a la PrEP se encuentran en esta categoría. Valores entre 60 y 89 mL/min se consideran suficientes para otorgar la PrEP con Tenofovir disoproxil en combinación con Emtricitabina (FTC), pero al igual que las personas con condiciones relacionadas a una función renal deteriorada, estas personas deben ser reevaluadas con mayor periodicidad. Un valor confirmado igual o menor a 59 mL/min representa una función renal insuficiente y es una contraindicación para el uso de Tenofovir disoproxil como la PrEP. En estos casos, se recomienda repetir la medición de la creatinina y en caso de confirmar una función renal insuficiente, la persona debe ser enviada para una evaluación médica de especialidad obligatoria para prevenir un mayor deterioro. En estos casos, el Tenofovir alafenamida (TAF/FTC) podría considerarse como PrEP siempre y cuando el valor de la función renal se encuentre igual o mayor a 30 mL/min.

En personas sin factores de riesgo de una salud renal deteriorada (edad mayor a 45 años, diabetes *mellitus* o hipertensión arterial descontroladas, enfermedad renal crónica previamente conocida, o usar medicamentos potencialmente tóxicos para el riñón) se puede anticipar que tienen una función renal suficiente para otorgar la PrEP por lo que será posible iniciarlo sin conocer en ese momento el resultado de la creatinina y función renal, siempre y cuando se realice la flebotomía para la extracción de sangre a más tardar el mismo día del inicio de la PrEP con el plan de verificar su resultado como máximo, en la visita de seguimiento 30 días después de la primera visita.

Las personas con factores de riesgo de salud renal deteriorada es estrictamente necesario verificar que el aclaramiento de creatinina sea mayor a 60 mL/min antes de iniciar tenofovir disoproxil/emtricitabina. La formulación de la PrEP de elección es de TDS/FTC si la función renal se muestra igual o mayor a 60 mL/min y únicamente se podría considerar el uso de TAF/FTC si la función renal se muestra entre 30-59 mL/min en un valor duplicado y una vez que la persona haya tenido una evaluación médica con el objetivo de investigar la razón de la reducción de la función renal y prevenir mayor deterioro.

Tras el inicio de la PrEP, una proporción de personas rápidamente pequeños incrementos de la creatinina sérica como resultado de la inhibición de la secreción tubular (más no como resultado de una disminución de la filtración glomerular). Como consecuencia, es posible observar aparentes reducciones

del funcionamiento renal, mismas que son discretas, permanecen estables con el tiempo y son rápidamente reversibles al suspender la PrEP.

Monitoreo del funcionamiento renal

La frecuencia en el monitoreo de la función renal se determinará inicialmente por el resultado de la función renal en el día de la visita basal y la presencia de factores de riesgo para una salud renal deteriorada. *Tabla AH-2.*

La función renal suele reducirse muy lentamente en el transcurso del tiempo en todas las personas en función de su proceso de envejecimiento, y pequeños cambios apenas perceptibles pueden observarse durante el seguimiento de la persona en la PrEP. Aunque la reducción de la función renal es más marcada en las personas que tienen factores de riesgo de disfunción renal, la mayoría representan reducciones leves y pueden continuar tomando la PrEP sin ningún cambio en la frecuencia de su monitoreo. Sin embargo, una pequeña fracción de personas pueden tener una reducción considerable de la función renal que requeriría de un monitoreo frecuente o incluso la suspensión de la PrEP. La *Tabla AH-3* resume las recomendaciones a seguir de acuerdo con los cambios identificados de la función renal durante el seguimiento.

Tabla AH-2. Frecuencia del monitoreo del funcionamiento renal en las personas que toman la PrEP con TFV/FTC

Resultado de la función renal basal	Frecuencia del monitoreo renal			Observaciones							
Función renal ≥ 90 mL/min (>95% de las personas usuarias).	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="392 1205 579 1294">Modalidad de seguimiento</th> <th data-bbox="579 1205 809 1294">Sin factores de riesgo renal</th> <th data-bbox="809 1205 1003 1294">Con factores de riesgo renal¹</th> </tr> <tr> <td data-bbox="392 1294 579 1413">Seguimiento cuatrimestral</td> <td data-bbox="579 1294 809 1413">Inicial, cuatrimestral y posteriormente anual</td> <td data-bbox="809 1294 1003 1413">Inicial y cuatrimestral</td> </tr> <tr> <td data-bbox="392 1413 579 1534">Seguimiento trimestral</td> <td data-bbox="579 1413 809 1534">Inicial, semestral y posteriormente anual.</td> <td data-bbox="809 1413 1003 1534">Inicial y trimestral.</td> </tr> </table>	Modalidad de seguimiento	Sin factores de riesgo renal	Con factores de riesgo renal ¹	Seguimiento cuatrimestral	Inicial, cuatrimestral y posteriormente anual	Inicial y cuatrimestral	Seguimiento trimestral	Inicial, semestral y posteriormente anual.	Inicial y trimestral.	En las visitas subsiguientes, se recomienda que el análisis de la creatinina tenga una ventana máxima de +/-30 días de la visita en la que se verificará la función renal. Con el objetivo que la persona acuda la menor cantidad de veces posible, se prefieren los estudios tomados el mismo día de la visita para su verificación posterior o los resultados previos al día de la visita con la ventana permitida.
Modalidad de seguimiento	Sin factores de riesgo renal	Con factores de riesgo renal ¹									
Seguimiento cuatrimestral	Inicial, cuatrimestral y posteriormente anual	Inicial y cuatrimestral									
Seguimiento trimestral	Inicial, semestral y posteriormente anual.	Inicial y trimestral.									
Función renal entre 60-89 mL/min.	Si en la medición basal se revela una función renal entre 60-89 mL/min, se sugiere una nueva evaluación de la creatinina a los 30 días (especialmente si la función es cercana a los 60 mL/min) y posteriormente trimestral o cuatrimestral según el tipo de seguimiento seleccionado.			En la evaluación de la función renal a los 30 días se prefiere que el análisis del nivel de creatinina sea lo más cercano posible al día 30 o incluso el mismo día.							
1. Edad >45 años, peso <55 kg, diabetes mellitus en descontrol, hipertensión arterial en descontrol, enfermedad renal crónica, consumo de medicamentos nefrotóxicos											

Tabla AH-3. Recomendaciones relacionadas a la función renal de acuerdo con los cambios identificados durante el seguimiento de las personas en la PrEP

Cambios del nivel de creatinina y función renal	Recomendación
Reducción menor al 25% del aclaramiento de creatinina y función renal mayor a 60 mL/min.	Continuar la PrEP y monitoreo con la frecuencia planeada.
Reducción mayor al 25% del nivel basal de la función renal y nivel igual o mayor a 60 mL/min.	Verificar el resultado con una segunda medición del nivel de creatinina de laboratorio con una muestra de sangre diferente, especialmente cuando la primera determinación se practicó con un dispositivo de medición de creatinina en el punto de atención. Si se confirma, continuar la PrEP y realizar monitoreo más frecuente.
Cualquier reducción que signifique un aclaramiento de creatinina menor a 59 mL/min.	Verificar el resultado con una segunda medición del nivel de creatinina de laboratorio con una muestra de sangre diferente, especialmente cuando la primera determinación se practicó con un dispositivo de medición de creatinina en el punto de atención. Si se confirma, suspender la PrEP con TDx/FTC y hacer seguimiento mensual para evaluar la recuperación de la función renal particularmente si la reducción fue abrupta. Si la función renal regresa >60 mL/min, se puede considerar iniciar la PrEP con TDx/FTC si se identificó una razón diferente al TDx/FTC como la causa de la reducción de la función renal (por ejemplo, deshidratación, etc.). Si la función renal persiste debajo de 59 mL/min, considerar la PrEP con TAF/FTC tras evaluación nefrológica si el aclaramiento de creatinina es superior a 30 mL/min.
Abreviaturas: mL/min, mililitros por minuto; PrEP, profilaxis Pre-Exposición; TDx, Tenofovir disoproxil succinato o fumarato/Emtricitabina; TAF/FTC, Tenofovir alafenamida/Emtricitabina	

ANEXO I. Guía rápida para el diagnóstico y manejo de infecciones de transmisión sexual por en el contexto de la PrEP en personas sin infección por VIH

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en personas sin VIH facilitan la adquisición del VIH al lesionar las barreras naturales de la mucosa genital y atraer las células que el VIH necesita para establecer su infección. En este caso, las ITS agudas indican que la persona mantiene prácticas sexuales actuales sin el uso de condón y puede tener un riesgo sustancial de adquirir el VIH al corto plazo a menos que adopte estrategias preventivas entre las que se incluye el tratamiento de esta ITS, el uso correcto y consistente de condón, cambio de comportamiento y uso de la PrEP/PPE.

Por otro lado, las personas que viven con VIH y padecen ITS, transmiten más fácilmente ambas infecciones a sus parejas a través de los fluidos genitales que provienen de las lesiones inflamadas. Debido a los periodos más cortos de incubación de las ITS agudas, comparados al del VIH, las parejas VIH negativas (serodiscordantes) de las personas que viven con VIH sin control de la replicación viral desarrollan primero los síntomas de la ITS que los llevan a consulta médica, mientras que sus pruebas de tamizaje para VIH son frecuentemente negativas aún a pesar de haber adquirido la infección por VIH. Se ha reportado que aproximadamente un tercio de las personas con IAV detectada únicamente con pruebas de ARN en clínicas que atienden poblaciones clave, padecen una ITS aguda sintomática. Finalmente, algunas personas que usan la PrEP pueden adquirir ITS durante su seguimiento, aunque con muy bajo riesgo de adquirir VIH si la adherencia es óptima.

Por lo anterior, la búsqueda regular y tratamiento de ITS representan un elemento clave para mantener un nivel óptimo de salud sexual y reproductiva en las personas, prevenir la transmisión del VIH en la comunidad e identificar personas con potenciales IAV inadvertidas.

Aunque la mayoría de las ITS son asintomáticas, el método sindrómico ha resultado muy efectivo y es el método de elección en el primer nivel de atención comunitario debido a que permite alcanzar a un elevado número de personas con síntomas, iniciar tratamiento el mismo día de la evaluación y reducir la transmisión comunitaria del VIH. Las *Tablas A1-1 a A1-10* sintetizan las claves diagnósticas, terapéuticas, manejo de parejas y criterios de derivación de las personas con síndromes específicos de ITS sin la infección por VIH. La presentación, tratamiento y pronóstico de las ITS en personas que viven con VIH pueden tener diferencias sustanciales y deben ser tratadas en sitios especializados en VIH. En adición, se recomienda la consulta de los algoritmos específicos para el diagnóstico sindrómico de ITS depositadas en el documento *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS* contenida en la *Tabla 1* del capítulo 2.

Finalmente, existen cada vez una mayor cantidad de pruebas para ITS específicas disponibles y la *Tabla A1-11* ofrece un resumen general sobre las

plataformas de laboratorio usadas, las pruebas preferidas y el sitio anatómico de donde se toman las muestras para su análisis.

Tabla A1-1. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por úlceras genitales, anales o perianales

Diagnóstico clínico y manejo de parejas
<p>Chancroide (<i>Haemophilus ducreyi</i>). Úlcera genital dolorosa, única o múltiple, blanda y bordes irregulares en combinación con adenopatía inguinal dolorosa y supurativa. Criterios diagnósticos: 1) presencia de una o más úlceras genitales dolorosas. 2) linfadenopatía regional. 3) no hay evidencia de sífilis con pruebas serológicas al menos 7-14 días después de aparición de las úlceras. 4) No hay evidencia de herpes. Manejo de parejas: Tratar a las parejas que hayan tenido contacto sexual en los 10 días previos a la aparición de los síntomas.</p>
<p>Herpes genital (Virus del Herpes Simple tipo 2). Úlceras múltiples o únicas, arracimadas dolorosas precedidas por vesículas; algunas veces hay adenopatías inguinales dolorosas. Las recurrencias suelen ser precedidas por dolor en el área afectada previo a la aparición de las lesiones. La mayor parte del herpes genital es causada por VHS-2. Manejo de parejas: Interrogar sobre historia de lesiones genitales y tratar en caso de actividad.</p>
<p>Granuloma inguinal o Donovanosis (<i>Klebsiella granulomatis</i>). Nódulos que se transforman en úlceras únicas o múltiples muy vasculares de color rojo carne, lentamente progresivas sin linfadenopatía. Se pueden extender a pelvis, órganos intraabdominales, hueso o boca. A pesar de esto son indoloras. Manejo de parejas: Tratar a las personas con las que tuvo sexo el paciente índice dentro de los 60 días al inicio de los síntomas.</p>
<p>Linfogranuloma venéreo (<i>Chlamydia trachomatis</i> tipos L1, L2 y L3). Úlcera o pápula genital autolimitada que muchas veces ya sanó cuando el paciente acude a revisión médica. Sin embargo, se detecta linfadenopatía inguinal o femoral. En HSH receptivos se presenta como proctocolitis: descarga rectal mucosa y/o hemorrágica, dolor anal, constipación, fiebre y/o tenesmo. Puede tornarse sistémica y llevar a fístulas colon rectal y artropatía reactiva. Manejo de parejas: Tratar a las personas con las que tuvo sexo el paciente índice dentro de los 60 días al inicio de los síntomas. Los asintomáticos pueden tratarse con azitromicina 1gr dosis única o doxiciclina 100 mg dos veces al día x 7 días.</p>
<p>Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>). La sífilis primaria se caracteriza por úlcera genital indolora de bordes bien definidos indurados y superficie limpia. Las pruebas treponémicas (rápidas) o no treponémicas (VDRL, RPR) aunque comienzan a hacerse positivas desde el día 7 de la aparición de la úlcera, pueden continuar negativas incluso hasta la 8^{va} semana de infección. Manejo de parejas: ver sección específica de sífilis (Tabla A1-2).</p>
<p>Tratamiento</p>
<p>Chancroide: Azitromicina 1 g por vía oral en una dosis única o Ceftriaxona 250 mg IM en una sola dosis o Ciprofloxacina 500 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días o Eritromicina 500 mg por vía oral tres veces al día durante 7 días.</p>
<p>Primer episodio clínico de Herpes Genital: Aciclovir 400 mg por vía oral tres veces al día durante 7 a 10 días o Valaciclovir 1 g por vía oral dos veces al día durante 7-10 días o Famciclovir 250 mg por vía oral tres veces al día durante 7-10 días. El tratamiento puede extenderse si la curación es incompleta después de 10 días de terapia. Terapia para el Herpes Genital recurrente: Aciclovir 800 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días o Aciclovir 800 mg por vía oral tres veces al día durante 2 días o Valaciclovir 500 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días o Valaciclovir 1 g por vía oral una vez al día durante 5 días o famciclovir 125 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días o famciclovir 1 g por vía oral dos veces al día durante 1 día o famciclovir 500 mg una vez, seguido de 250 mg dos veces al día durante 2 días. Terapia de supresión de Herpes Genital recurrente: aciclovir 400 mg por vía oral dos veces al día o Valaciclovir 500 mg por vía oral una vez al día o valaciclovir 1 g por vía oral una vez al día o famciclovir 250 mg por vía oral dos veces al día. valaciclovir 500 mg una vez al día podría ser menos eficaz que otro valaciclovir o aciclovir regímenes de dosificación en personas que tienen múltiples recurrencias (es decir, ≥10 episodios por año). Régimen recomendado para terapia de supresión de embarazada con herpes genital recurrente: aciclovir 400 mg por vía oral tres veces al día o valaciclovir 500 mg por vía oral dos veces al día. El tratamiento recomendado a partir de las 36 semanas de gestación.</p>
<p>Granuloma Inguinal: La duración mínima de cualquier tratamiento seleccionado es de tres semanas y se prolonga hasta que todas las lesiones hayan sanado completamente. <i>Régimen recomendado:</i> Azitromicina 1 g por vía oral una vez por semana o 500 mg al día. <i>Regímenes alternativos:</i> Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día o eritromicina 500 mg por vía oral cuatro veces al día o trimetoprim-sulfametoxazol 160 mg / 800 mg por vía oral dos veces al día.</p>

<p>Linfogranuloma venéreo: El régimen recomendado es doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 21 días.</p> <p><i>Régimen alternativo:</i> Azitromicina 1 gr por vía oral una vez por semana por 3 semanas (no ha sido validado y se recomienda seguimiento estrecho de la cura clínica) o eritromicina 500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 21 días.</p>
<p>Sífilis primaria (adultos sin VIH): El régimen recomendado es Penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM en una sola dosis. <i>Tratamiento alternativo de sífilis primaria por alergia a penicilina:</i> doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día por 14 días, ceftriaxona 1-2 gr IM o IV al día por 10 días, azitromicina 2 gr vía oral en dosis única. Debido a su reducida eficacia no usar azitromicina en VIH positivo, embarazadas y HSH.</p>
<p>Derivación a segundo o tercer nivel</p>
<p>Personas en las que la enfermedad ulcerosa genital no resuelva con el tratamiento empírico otorgado a la dosis y duración recomendadas o exista alergia a cualquiera de los medicamentos recomendados.</p>

Tabla AI-2A-E2. Sífilis

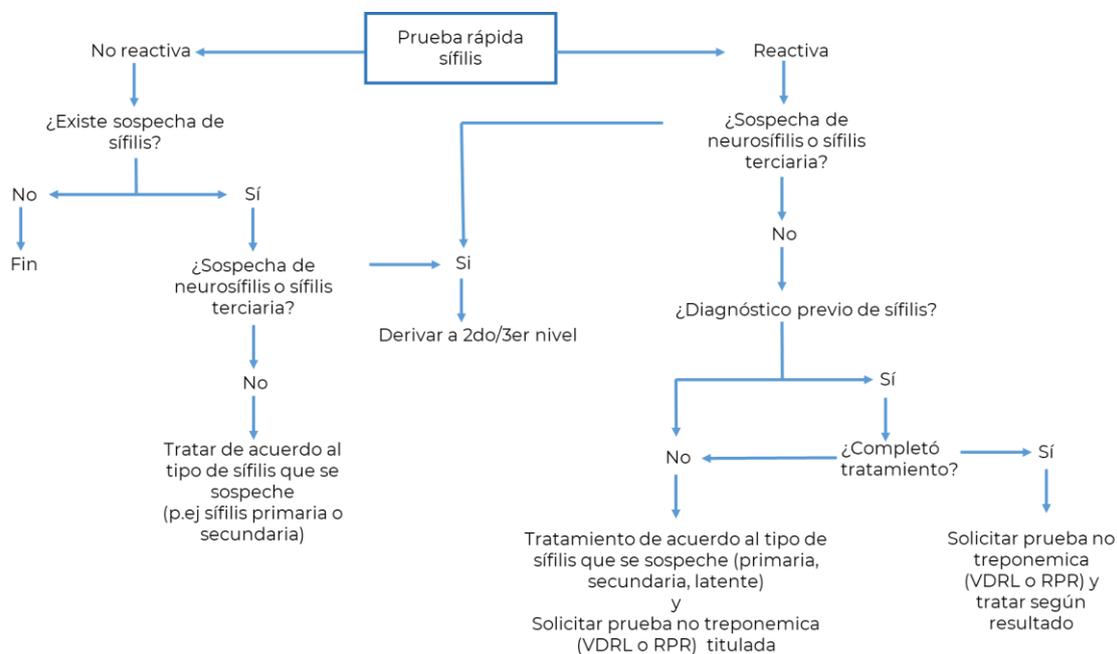
Diagnóstico clínico y serológico
<p>Sífilis sintomática: La sífilis primaria se caracteriza por úlcera genital indolora de bordes bien definidos indurados y superficie limpia. Las pruebas treponémicas (por ejemplo, las pruebas rápidas) o no treponémicas (VDRL, RPR) pueden resultar negativas incluso hasta la 8^{va} semana de infección. Sífilis secundaria: rash cutáneo, adenopatías, lesiones mucocutáneas; sífilis terciaria (gomos, lesiones cardíacas y vasculares, paresias, tabes dorsal). Sífilis asintomática (sífilis latente): latente temprana (<1 año y alguno de los siguientes criterios: A) conversión de una prueba negativa a positiva; B) incremento mayor de 4 veces los títulos basales en periodo de dos semanas en prueba no treponémica; C) signos de sífilis primaria o secundaria (buscar activamente signos en mucosas); D) pareja con sífilis primaria, secundaria o latente temprana; E) prueba positiva y única exposición en el año previo). Latente tardía (>1 año entre la última prueba negativa y la primera positiva); latente de duración indeterminada (no es posible documentar tiempo de evolución principalmente porque no hay pruebas previas). Neurosífilis: ocurre en cualquier estadio de sífilis. Neurosífilis temprana (ocurre especialmente en estadios tempranos) con manifestaciones oftálmicas, auditivas (sordera), disfunción de nervios craneanos, evento vascular cerebral, meningitis. Neurosífilis tardía (ocurren especialmente tras años o décadas): tabes dorsal (trastornos de la sensación y debilidades musculares). El diagnóstico de sífilis se basa en demostrar <i>T. pallidum</i> directamente a través de campo oscuro o PCR o histopatológico (lesiones mucocutáneas o de otros tejidos) o indirectamente a través del uso de al menos dos pruebas serológicas: una prueba treponémica (por ejemplo, pruebas rápidas que generalmente permanecen positivas toda la vida) y una no treponémica (VDRL o RPR; generalmente los títulos tienden a bajar y negativizar tras el tratamiento). Los falsos positivos en pruebas no treponémicas son comunes especialmente en VIH positivo embarazadas, personas que se inyectan drogas, enfermedades autoinmunes y edad avanzada. Revisar el Algoritmo AI-1.</p>
Tratamiento
<p>El tratamiento se basa en penicilina G benzatínica, procaínica o cristalina y la duración, dosis y vía de administración depende del tipo de sífilis. No se deben mezclar las penicilinas en un mismo plan de tratamiento. Informar al paciente sobre la posibilidad de desarrollar fiebre, dolor muscular y de cabeza tras la aplicación de la penicilina (reacción de Jarisch-Herxheimer), misma que no es una alergia y puede ser manejada con AINES.</p> <p>Sífilis primaria y secundaria (adultos sin VIH): <i>Régimen recomendado:</i> Penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM en una sola dosis. Sífilis latente temprana (adultos sin VIH): Penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM en una sola dosis. Sífilis latente tardía o sífilis latente de duración indeterminada (adultos sin VIH): Penicilina G benzatínica 7,2 millones de unidades en total, administrada como 3 dosis de 2,4 millones de unidades IM cada uno a intervalos de 1 semana. Se debe reiniciar el tratamiento desde la primera dosis de penicilina si alguna dosis se retrasa >9 días en mujeres embarazadas o >14 días en las demás personas. Régimen recomendado en sífilis durante el embarazo: Las mujeres embarazadas deben ser tratadas con el régimen de la penicilina apropiado para el estadio de la infección. Se contraíndica el uso de doxiciclina por sus efectos teratogénicos y no existen datos sobre la eficacia de Azitromicina además que esta última no permite curar al feto, por lo que estas mujeres alérgicas deben derivarse a segundo o tercer nivel para desensibilización a penicilina, tratamiento y seguimiento.</p>

<p><i>Tratamiento alternativo de sífilis primaria y secundaria en caso de alergia a penicilina:</i> doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día por 14 días; tetraciclina 500 mg vía oral 4 veces al día por 14 días. Ceftriaxona 1-2 gr IV o IM qd por 10 días o azitromicina 2 gr vía oral en dosis única. Debido a su reducida eficacia no usar Azitromicina en VIH+, embarazadas y HSH; <i>tratamiento alternativo en sífilis latente:</i> doxiciclina 100 mg VO bid por 28 días; si existe alergia a penicilinas y el paciente no dispone de alternativas, se debe desensibilizar a penicilina.</p>
Manejo de parejas
<p>Verificar clínicamente y serológicamente a todas las parejas sexuales que haya tenido el paciente índice durante los precedentes: a) Más de 3 meses de duración de los síntomas (caso índice con sífilis primaria); b) 6 meses + días de duración de los síntomas (caso índice con sífilis secundaria); c) 12 meses (caso índice con sífilis latente temprana). Parejas sexuales de personas con sífilis primaria, secundaria o latente temprana: si la pareja tiene una prueba para sífilis negativa y el último contacto sexual con el paciente índice fue >90 días: no tratar debido a que no hay evidencia de infección. Si el último contacto sexual fue <90 días: tratar como sífilis latente temprana; si la pareja tiene una prueba para sífilis positiva, tratar según corresponda al tipo de sífilis; si no es posible saber el estatus serológico, tratarla como sífilis latente temprana. Parejas sexuales de personas con sífilis latente tardía o de duración indeterminada: tratar de acuerdo con la evaluación clínica y serológica.</p>
Seguimiento
<p>El seguimiento clínico y serológico con pruebas no treponémicas tituladas se programa al inicio del tratamiento y debe usarse la misma técnica (VDRL o RPR) y de preferencia el mismo laboratorio ya que los resultados no son equivalentes entre sí. Sífilis primaria y secundaria: seguimiento 6 y 12 meses. Se declara falla al tratamiento si: a) hay persistencia o b) recurrencia de signos o síntomas. c) incremento persistente (>2 semanas) en títulos 4 veces (2 titulaciones) de pruebas no treponémicas o d) no hay reducción de títulos 4 veces (2 titulaciones) en pruebas no treponémicas en un plazo de 6-12 meses (10-20% no alcanzan el criterio de respuesta a 12 meses). Sífilis latente (temprana, tardía, indeterminada): seguimiento 6, 12 y 24 meses. Se declara falla al tratamiento si existe incremento persistente (>2 semanas) en títulos 4 veces (2 titulaciones) de pruebas no treponémicas o si los títulos no se reducen 4 veces los títulos basales al mes 24. En personas quienes presentan falla al tratamiento se debe buscar si el medicamento usado, su dosis o duración no fue la apropiada además de considerar incumplimiento terapéutico o reinfecciones (éste último caso se debe considerar si ha habido exposiciones sexuales dentro 3-6 meses). En la primera falla, se aconseja otorgar un nuevo curso de tratamiento para sífilis latente con penicilina benzatínica 7,2 millones de unidades en total, administrada como 3 dosis de 2,4 millones de unidades intramuscular cada uno a intervalos de 1 semana. Si se vuelve a declarar falla al tratamiento, se debe sospechar que la persona cursa con una neurosífilis.</p>
Derivación a segundo o tercer nivel
<p>1) Las personas con sospecha de sífilis terciaria y neurosífilis. 2) personas alérgicas a penicilina sin alternativas y con necesidad de desensibilización a penicilina (por ejemplo, mujeres embarazadas. 3) mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis en la segunda mitad del embarazo para buscar sífilis congénita.</p>

Algoritmo AI-1 para la toma de decisiones relacionadas al uso de pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis en el contexto de la PrEP en primer nivel de atención

La prevalencia de sífilis en poblaciones clave y particularmente en HSH es elevada y requiere de un abordaje diagnóstico y terapéutico en orden de limitar el daño a la salud de la persona que la padece, interrumpir la transmisión comunitaria y reducir el riesgo de adquisición del VIH. Las pruebas rápidas para sífilis facilitan su diagnóstico a nivel comunitario a través de la búsqueda de anticuerpos treponémicos como primer paso (algoritmo inverso) y puede ser el algoritmo más apropiado para buscar sífilis en poblaciones con elevada prevalencia que acuden a clínicas de ITS, mismas que se destacan por una mayor frecuencia de sífilis primaria y latente, mismas a

su vez pueden ser no detectadas tan eficazmente por el algoritmo tradicional basado en VDRL o RPR como primer paso. Aunque las pruebas rápidas treponémicas tienen una eficacia comparable a las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de sífilis cuando se usa plasma o suero, como regla general, la sensibilidad diagnóstica de las pruebas para sífilis varía de acuerdo al tipo de prueba y al estadio de la sífilis. Por ejemplo, las pruebas treponémicas manuales tienen la siguiente sensibilidad: sífilis primaria (78%-100%); sífilis secundaria (90-100%); sífilis latente temprana (94-100%); sífilis latente tardía (84-97%). Aún más, las pruebas rápidas treponémicas tienden a tener menos sensibilidad cuando se utiliza sangre total. Por lo anterior, ante un resultado no reactivo de la prueba rápida treponémica en presencia de síntomas de sífilis primaria o secundaria y antecedentes de exposición sexual, se debe privilegiar la sospecha clínica sobre el resultado de la prueba rápida y otorgar tratamiento antibiótico que corresponda (*Tabla A1-2: tratamiento*).



Las poblaciones clave con resultados reactivos a la prueba rápida treponémica y sin antecedentes de sífilis deben ser tratadas de acuerdo al estadio de sífilis que se sospeche (primaria, secundaria, latente temprana, tardía o de duración indeterminada) de acuerdo a los criterios de la *Tabla A1-2*. Aunque es deseable obtener una prueba no treponémica (RPR o VDRL titulado) que confirme la actividad de la sífilis, se debe tomar en cuenta que las pruebas no treponémicas pueden también reportarse falsamente negativas como segundo paso (falsos negativos por VDRL: 39% en sífilis primaria; 3% en sífilis secundaria; 4% en sífilis latente); por lo anterior, en poblaciones clave, es recomendable iniciar tratamiento para sífilis y considerar terminar el esquema seleccionado incluso cuando las pruebas no treponémicas se reporten negativas. La utilidad adicional a la confirmación que poseen las pruebas no treponémicas radica en que permiten registrar los títulos iniciales de RPR o VDRL con el objetivo de evaluar la respuesta terapéutica durante el seguimiento (*Tabla A1-2: seguimiento*).

En las personas con antecedentes de sífilis, las pruebas rápidas treponémicas pierden utilidad diagnóstica ya que es esperado que las pruebas se reporten positivas a pesar de haber recibido un tratamiento adecuado, por lo que, en la evaluación de estas personas, se debe incluir la historia de nuevas exposiciones sexuales, el cumplimiento del régimen adecuado para el tipo de sífilis previamente diagnosticada y el resultado de pruebas tituladas no treponémicas (RPR o VDRL). Todas las personas con sospecha de neurosífilis (signos o síntomas o personas que presentan falla terapéutica al tratamiento otorgado en dosis y duración apropiada, *Tabla AI-2*) deben ser derivadas a segundo o tercer nivel de atención para diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Es esperado que, con el actual algoritmo, se lleve a tratamiento innecesario a un número de personas con resultados falsamente positivos en las pruebas rápidas, sin embargo, se anticipa un beneficio global sustancial en términos de limitación del daño a la salud, transmisión comunitaria de la sífilis y reducción de la susceptibilidad al VIH debido a la elevada incidencia actual de sífilis entre HSH y mujeres trans y los bajos costos del tratamiento a base de penicilina.

Tabla AI-3. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por dolor y descarga uretral (hombres y mujeres)

Diagnóstico clínico y manejo de parejas
<p>Uretritis gonocócica: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; uretritis no gonocócica: <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>, VHS-2, Epstein Barr, adenovirus, <i>Ureaplasma spp</i>, <i>Enterobacteriaceae</i> (sexo anal). Síntomas de irritación urinaria, desecho mucoso, muco-purulento o purulento a la exploración. Manejo de parejas: Tratar a las personas con las que el caso índice tuvo sexo dentro de los 60 días al inicio de los síntomas. Abstenerse de sexo por 7 días y hasta que sus parejas sean tratadas.</p>
Tratamiento
<p>Si el diagnóstico es clínico, el tratamiento empírico se basa en administrar antibioticoterapia tanto para uretritis gonocócica como no gonocócica.</p> <p>Gonorrea no complicada del cuello uterino, uretra y el recto. <i>Régimen recomendado:</i> ceftriaxona 500 mg IM (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) en una sola dosis o cefixima 800 mg vía oral en una sola dosis. Los síntomas resuelven 3-5 días después. <i>Régimen alternativo para personas con alergia a ceftriaxona:</i> Gentamicina 240 mg IM en dosis única más azitromicina 2 gr por vía oral en dosis única. Uretritis no gonocócica. <i>Regímenes recomendados para personas adultas no embarazadas:</i> Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días o azitromicina 1 gr vía oral en dosis única o azitromicina 500 mg vía oral seguido por 250 mg al día por 4 días. <i>Regímenes recomendados para mujeres embarazadas:</i> Azitromicina 1 g por vía oral en una dosis única. Hombres heterosexuales con síntomas persistentes o recurrentes debe considerarse <i>T. vaginalis</i> y otorgar curso de metronidazol 2 gr vía oral en dosis única y evaluar parejas.</p>
Derivación a segundo o tercer nivel
<p>Una vez que se haya descartado incumplimiento terapéutico o esquema no apropiado o reinfección (parejas no tratadas y sexo reciente) + falla terapéutica a un segundo curso de ceftriaxona/doxiciclina con el objetivo de realizar estudios de laboratorio incluyendo pruebas microbiológicas según la capacidad instalada contenidas en la <i>Tabla AI-11</i>; sospecha de gonorrea resistente a antibióticos; sospecha de prostatitis o síndrome de dolor pélvico crónico (dolor perineal, penil, pélvico, durante la micción, durante la eyaculación o eyaculación prematura) en cuyo caso se debe enviar a evaluación urológica.</p>

Tabla AI-4. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por dolor y descarga anal (hombres y mujeres)

Diagnóstico clínico y manejo de parejas.
<p>Proctitis: inflamación de los últimos 10-12 cm del canal anal: dolor, tenesmo, descarga. Agentes: gonococo, clamidia, herpes simple. Ocasionalmente tricomoniasis, sífilis. Manejo de</p>

las parejas. Tratar a las personas con los que tuvo sexo el paciente índice dentro de los 60 días al inicio de los síntomas o la última pareja y abstenerse de relaciones sexuales hasta que completen tratamiento.
Tratamiento
El tratamiento empírico primario está dirigido a gonorrea y clamidiasis. Ceftriaxona 500 mg IM (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) en una sola dosis + Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días y se puede extender a 21 días si se observa descarga anal sanguinolenta, úlceras en mucosas o perianales que sugieran linfogranuloma venéreo. Agregar terapia anti-herpes simple si se detectan úlceras perianales o en la mucosa. Abstenerse de relaciones sexuales hasta completar tratamiento.
Derivación a segundo o tercer nivel
Falla al tratamiento empírico con el objetivo de revisión instrumentada ano-rectal.

Tabla AI-5. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas dolor testicular

Diagnóstico clínico y manejo de parejas
Epididimitis. En <35 años, la epididimitis aguda se explica por infecciones sexualmente transmitidas siendo la gonorrea y clamidiasis las causas más frecuentes. <i>E coli</i> en anal-insertivos. Se acompaña usualmente de uretritis, aunque esta puede ser asintomática. En mayores de 35 años sin antecedentes de sexo anal insertivo, la mayor parte se relaciona a bacteria secundaria a obstrucción urinaria. Aguda: Dolor e inflamación de 4 semanas unilateral y ocasionalmente hay hidrocele y afecta testículo (orquitis). Cordón espermático está inflamado y doloroso. Descartar torsión testicular si el inicio es agudo en todos los casos. Crónica: >6 meses. Manejo de parejas. Tratar a las personas con los que tuvo sexo el paciente índice dentro de los 60 días al inicio de los síntomas o la última pareja. Abstenerse de relaciones sexuales hasta que la terapia sea completada y los síntomas se hayan resuelto y las parejas sean tratadas para gonorrea/clamidiasis.
Tratamiento
Se maneja de manera ambulatoria excepto: 1) dolor severo (sugiere torción o infarto). 2) fiebre (sugiere otros diagnósticos: absceso, fascitis). 3) incapacidad cumplir el tratamiento ambulatorio. Reevaluar en 72 horas. Si persisten los síntomas se debe reconsiderar el diagnóstico y el tratamiento: tumor, absceso, infarto, cáncer, tuberculosis y epididimitis fúngica. Epididimitis aguda muy probablemente causado por transmisión sexual de <i>Chlamidia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . Régimen recomendado: Ceftriaxona 500 mg IM (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) en una sola dosis + doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 10 días. Epididimitis aguda muy probablemente causado por transmisión sexual de <i>Chlamidia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y organismos entéricos (hombres que practican sexo anal con penetración): Ceftriaxona 500 mg IM (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) en una sola dosis + Levofloxacino 500 mg por vía oral una vez al día durante 10 días.
Derivación a segundo o tercer nivel
Necesidad de descartar torsión testicular; falla terapéutica; dolor persistente; sospecha de prostatitis.

Tabla AI-6. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por faringitis

Diagnóstico clínico y manejo de parejas
Agentes etiológicos: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Chlamydia trachomatis</i> .
Tratamiento
El tratamiento empírico se basa en administrar antibioticoterapia tanto para gonorrea y clamidiasis. Régimen recomendado: Ceftriaxona 500 mg IM (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) en una sola dosis + doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días si no es posible excluir clamidiasis. Regímenes recomendados para clamidiasis en mujeres embarazada: Azitromicina 1 g por vía oral en una dosis única.
Derivación a segundo o tercer nivel
En caso de sospecha de gonorrea resistente a antibióticos debido a falla terapéutica.

Tabla AI-7. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por neoformaciones: virus del papiloma humano

Diagnóstico clínico y manejo de parejas
La mayor parte de las personas adquirirán algún tipo de VPH en el transcurso de sus vidas.

<p>Los tipos 16 y 18 causan la mayoría (66%) de las lesiones pre malignas y cánceres de cérvix, vulva, vagina, pene, ano y oro faringe. Los tipos 31, 33, 45, 52 y 58 causan 15% de los cánceres cervicales. VPH 6 y 11 causan el 90% de los condilomas genitales y papilomas de las vías respiratorias. Visual: verrugas. Aunque las lesiones intra-anales se observan mayoritariamente en personas con sexo anal, estas pueden presentarse en personas sin historia de sexo anal. Muchas personas con verrugas anales externas también tienen verrugas intra-anales. Por lo tanto, personas con verrugas anales externas podrían beneficiarse de una inspección de la canal anal por examen digital (búsqueda de verrugas), anoscopia estándar o de alta resolución para la búsqueda de lesiones pre malignas. El examen digital del canal anal en personas asintomáticas con el objetivo de detectar tempranamente cáncer puede considerarse en hombres que tienen sexo anal receptivo VIH negativos a partir de los 30 años, aunque los intervalos de evaluación no se han definido aún.</p> <p>Manejo de parejas. Exploración física para buscar verrugas. Su ausencia no descarta que tengan el VPH. Sin embargo, no se indican pruebas moleculares debido a que el manejo no cambia y solo puede incrementar el estrés de las parejas. La detección molecular no debe usarse en parejas masculinas de mujeres con VPH, o mujeres <25 años para el diagnóstico de verrugas o como una prueba general de ITS.</p>
Tratamiento
<p>El tratamiento de primer nivel de atención está dirigido a retirar las lesiones verrugosas macroscópicas; la búsqueda de lesiones pre malignas o malignas son atendidas en segundo y tercer nivel. Las infecciones subclínicas se curan espontáneamente en la mayoría de los casos y no se indica manejo antiviral.</p> <p>Verrugas anogenitales <i>Régimen recomendado auto aplicado:</i> Imiquimod crema de 3,75% o 5% o Podofilox 0,5% de solución o gel o Sinecatequinas 15% ungüento (las cremas y ungüentos podrían debilitar los condones y los diafragmas vaginales). <i>Aplicados por médico:</i> Crioterapia con nitrógeno líquido o criosonda o extirpación quirúrgica sea por escisión con tijera tangencial, afeitado tangencial-escisión, curetaje, láser o electrocirugía o ácido tricloroacético (ATC) o ácido bicloroacético (ABC) solución al 80%-90%.</p> <p>Verrugas del meato uretral: crioterapia con nitrógeno líquido o extirpación quirúrgica. Verrugas vaginales: crioterapia con nitrógeno líquido, o ATC o ABC solución 80% -90%, o extirpación quirúrgica. Verrugas cervicales: Crioterapia con nitrógeno líquido o extirpación quirúrgica o ATC o ABC solución 80% -90%. Para las verrugas cervicales debe incluir la consulta con un especialista. Para las mujeres que tienen verrugas cervicales exofíticas tiene que realizar una biopsia antes de iniciar el tratamiento para excluir lesión intraepitelial de alto grado de malignidad. Verrugas intra-anales: Crioterapia con nitrógeno líquido o extirpación quirúrgica o ATC o ABC solución 80% -90% por especialista colon rectal.</p>
Derivación a segundo o tercer nivel
<p>Cuando no sea posible usar métodos tópicos auto aplicados y no se tenga disposición local de tratamientos aplicados por el personal médico; presencia de verrugas intra-anales tras el examen digital que hagan necesaria la búsqueda de displasia o cáncer anal.</p>

Tabla A1-8. Infecciones caracterizadas por descarga vaginal (mujeres cis)

Diagnóstico clínico y manejo de parejas.
<p>Cervicitis. Agentes causales: <i>C. trachomatis</i> o <i>N. gonorrhoeae</i>. Menos común tricomoniasis, herpes, <i>M. genitalium</i> o vaginitis bacteriana. Características: 1) exudado endocervical purulento visible en canal endocervical (cervicitis mucopurulenta). 2) Hemorragia endocervical prolongada, fácilmente inducida a través del paso de hisopo por canal endocervical. Leucorrea es definida como 10 o más PMN/campo 40x. La cervicitis es improbable en ausencia de leucorrea. Manejo de parejas: Tratar a las personas con los que el caso índice tuvo sexo dentro de los 60 días al inicio de los síntomas y a la pareja actual aún si el último sexo fue >60 días. Abstenerse de sexo por 7 días y las parejas actuales sean tratadas.</p>
<p>Vaginosis bacteriana. Desecho vaginal difuso, maloliente, amarillo-verdosa, con o sin irritación de vulva. Tinción de Gram (estándar de oro) con células clave. Criterios clínicos de Amsel: A) descarga vaginal blanquecina que recubre paredes vaginales. B) Células epiteliales vaginales recubiertas de cocobacilos (Células clave o barbudas). C) pH >4.5. D) Descarga vaginal con olor a pescado antes o después de agregar KOH al 10%. La primera recurrencia se trata con el mismo esquema antimicrobiano. Manejo de parejas. No es una ITS propiamente dicha por lo que no es necesario tratar a las parejas.</p>
<p>Trichomonas vaginalis (Tricomoniasis): Es la más común de las ITS no virales. Manejo de parejas. Evitar relaciones sexuales hasta que la persona y sus parejas sean tratadas y los síntomas resuelvan.</p>

Candidiasis vulvovaginal. Prurito, dolor vaginal, dispareunia, disuria, desecho vaginal anormal (ninguno es específico) Dx laboratorio: 1) tinción en fresco (salina con KOH 10%) o Gram que muestran levaduras, hifas o pseudohifas gemando. 2) Cultivo que reporta especies de *Candida*. Candidiasis vulvovaginal no complicada (esporádica + leve-moderada + mujeres sin inmunocompromiso + *Cándida albicans*). Candidiasis vulvovaginal complicada (tres o más episodios en un año o severa o *Cándida no albicans* o mujeres con inmunocompromiso: VIH, DM etc.). **Manejo de parejas:** No es una ITS propiamente dicha. Solo manejar a las parejas hombres si presentan balanitis.

Tratamiento

Cervicitis: El tratamiento empírico se basa en administrar antibiototerapia para gonorrea y clamidiasis.

Régimen recomendado: Ceftriaxona 500 mg IM (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) en una sola dosis.

Régimen alternativo: gentamicina 240 mg IM en dosis única + azitromicina 2 gr por vía oral en dosis única o cefixima 800 mg vía oral en una sola dosis. **Siempre habrá que incluir tratamiento antibiótico para clamidiasis.**

Regímenes recomendados para personas adultas no embarazadas: Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días o azitromicina 1 gr vía oral en dosis única o levofloxacina 500 mg vía oral al día por 7 días. **C**

Regímenes recomendado para mujeres embarazadas: Azitromicina 1 g por vía oral en una dosis única o amoxicilina 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 días.

Vaginosis Bacteriana

Régimen recomendado: Metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días o gel de metronidazol 0,75%, un aplicador lleno (5 g) por vía intravaginal/día durante 5 días o crema de clindamicina 2%, un aplicador lleno (5 g) por vía intravaginal en la hora de acostarse durante 7 días. *Regímenes alternativos:* Tinidazol por vía oral 2 g una vez al día durante 2 días o tinidazol 1 g por vía oral una vez al día durante 5 días o clindamicina 300 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días o Secnidazol 2 gr en gránulos orales en dosis única u óvulos de clindamicina 100 mg por vía intravaginal una vez cada noche al acostarse durante 3 noches; los óvulos de clindamicina utilizan una base oleaginosa o látex y podrían debilitar productos de caucho (por ejemplo, condones y diafragmas anticonceptivos vaginales) por lo que uso de tales productos dentro de las 72 horas después del tratamiento con óvulos de clindamicina no se recomienda.

Tricomoniasis

Régimen recomendado: tricomoniasis penil: Metronidazol 2 g dosis única; tricomoniasis vaginal: metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día por 7 días. *Régimen alternativo:* Tinidazol 2 gr vía oral en dosis única. La primera falla debe considerarse como primera posibilidad una reinfección y tratar con el mismo régimen inicial y asegurar el tratamiento de la pareja. Si el nuevo curso de tratamiento falla (segunda falla), se debe comenzar a sospechar en resistencia y otorgar metronidazol o tinidazol 2 gr vía oral una vez al día por 7 días (tricomoniasis vaginal) o metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día por 7 días (tricomoniasis penil). Si falla (3ra falla), considerar hacer *test* de resistencia si se dispone y ofrecer metronidazol o tinidazol 2 gr al día por 7 días. Si falla en mujeres (cuarta falla): tinidazol 2 gr vía oral una vez al día + tinidazol intravaginal 500 mg dos veces al día por 14 días. Si nuevamente falla en mujeres (quinta falla) ofrecer tinidazol 2-3 gr qd por 14 días + paromomicina intravaginal (4g de crema al 6.25%) por 14 noches consecutivas.

Candidiasis vulvovaginal: *Agentes intravaginales sin prescripción médica:* Clotrimazol 1% crema 5 g intravaginal día durante 7-14 días o clotrimazol crema al 2% 5 g intravaginal día durante 3 días o miconazol 2% crema 5 g intravaginal día durante 7 días o Miconazol 4% crema 5 g intravaginal día durante 3 días o miconazol 100 mg supositorio vaginal, un supositorio al día durante 7 días o miconazol supositorio vaginal 200 mg, un supositorio durante 3 días o miconazol supositorio vaginal 1.200 mg, un supositorio por 1 día o tioconazol 6,5% pomada 5 g intravaginal en una sola aplicación. *Agentes intravaginales bajo prescripción médica:* Butoconazol 2% en crema (producto dosis única bioadhesivo), 5 g intravaginal en una sola aplicación o terconazol 0,4% crema 5 g intravaginal día durante 7 días o Terconazol 0,8% crema 5 g intravaginal día durante 3 días o terconazol supositorio vaginal 80 mg, un supositorio al día durante 3 días. Agente oral: fluconazol 150 mg por vía oral en una sola dosis.

Candidiasis vulvovaginal complicada

Recurrente: Prolongar el tratamiento tópico de 7-14 días u otorgar fluconazol cada 3er día a dosis de 100-150-200 mg (día 1, 4, 7). Si no hay respuesta considerar terapia de mantenimiento: Fluconazol semanal 100, 150 o 200 mg por 6 meses). Severa (eritema vulvar extenso, edema, excoriación, fisuras): tratamiento tópico por 7-14 días o fluconazol 150 mg a la hora 0 y 72 horas después. Candidiasis no albicans: prolongar tratamiento oral o tópico 7-

14 días con azol diferente a fluconazol. Si recurre, gelatina de ácido bórico en óvulo 600 mg qd por 2 semanas.
Derivación a segundo o tercer nivel
En caso de falla terapéutica a los regímenes de tratamiento otorgados y síntomas de difícil control.

Tabla AI-9. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por dolor pélvico (mujeres cis)

Diagnóstico clínico y manejo de parejas
<p>Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Causada por <i>N gonorrhoeae</i>, <i>C trachomatis</i>, <i>G vaginalis</i>, <i>H influenzae</i>, bacilos Gram negativos, <i>S agalactiae</i>, CMV, <i>M hominis</i>, <i>U urealyticum</i>, <i>M genitalium</i>. El diagnóstico es meramente clínico (no existe un antecedente, hallazgo a la exploración o de laboratorio definitivo). Signos o síntomas no específicos: hemorragia vaginal anormal, dispareunia, descarga vaginal o dolor pélvico. Signos específicos: dolor a la movilización del cérvix, útero o anexos. Se debe considerar EPI en mujeres sexualmente activas y 1) dolor abdominal bajo o pélvico; 2) se han descartado otras causas (embarazo ectópico, apendicitis, quiste ovárico, dolor funcional) y, 3) se tiene uno o más de los siguientes: a) dolor a la movilización del cérvix; b) útero; C) anexos. Cualquiera de los siguientes logra mejora la especificidad de los tres criterios mencionados: a) temperatura >38.3°C. b) descarga vaginal mucopurulenta, abundantes PMN en líquido vaginal, VSG o PCR elevada, o evidencia laboratorial de <i>N gonorrhoeae</i> o <i>C trachomatis</i>. Estándar de oro diagnóstico: biopsia endometrial (endometritis), US o IRM con anexos engrosados o llenos de líquido con o sin líquido libre en pelvis o laparoscopia.</p> <p>EPI leve-moderada: es aquella que no tiene ningún criterio de EPI severa; el tratamiento es ambulatorio con terapia IM/oral. EPI severa: la que requiere hospitalización. Hospitalizar si: 1) no se puede excluir otra causa (embarazo ectópico, apendicitis, quiste ovárico). 2) Absceso tubo-ovárico. 3) Embarazo. 4) Enfermedad severa (náusea-vómito o fiebre alta), incapaz de tolerar régimen oral o falta de respuesta a terapia oral. Si existe absceso tubo-ovárico se debe usar régimen con clindamicina o metronidazol IV. Manejo de parejas: Tratar como gonorrea/clamidiasis a las personas con las que tuvo sexo la paciente índice dentro de los 60 días al inicio de los síntomas o en su defecto, la última pareja. Abstenerse de relaciones sexuales hasta que la terapia sea completada y los síntomas se hayan resuelto y las parejas sean tratadas.</p>
Tratamiento
<p><i>Régimen recomendado para EPI leve-moderada.</i> Manejo ambulatorio con Ceftriaxona 500 mg (<150 kg) o 1 gr (>150 kg) IM en una sola dosis (u otra cefalosporina de 3^{ra} generación como cefotaxima o ceftizoxima) + doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días + metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días. Régimen alternativo para EPI leve-moderada (alergia a cefalosporinas y baja probabilidad de gonorrea) levofloxacina 500 mg o moxifloxacina 400 mg vía oral una vez al día + metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día por 14 días o azitromicina 500 mg intravenosa cada 24 horas por dos días seguido por 250 mg vía oral al día + metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día por 14 días. Las mujeres con EPI leve-moderada deben ser reevaluadas en 72 horas. Si la etiología fue gonococo o clamidia, reevaluar recaídas en 3 meses o dentro de los primeros 12 meses. Si se relaciona a colocación de DIU no es necesario retirarlo a menos que en 48-72 horas no haya mejoría clínica.</p>
Derivación a segundo o tercer nivel
<p>Derivar si la fiebre o el dolor no desaparecen en 72 horas o antes si la condición general de la mujer se deteriora en virtud que los tratamientos requeridos requieren una administración intravenosa varias veces al día; embarazo y cualquier criterio de EPI severa incluyendo que no sea posible descartar embarazo ectópico; apendicitis aguda o quiste torcido de ovario. Sospecha de gonorrea resistente a antibióticos.</p>

Tabla AI-10. Infecciones de transmisión sexual caracterizadas por infestaciones parasitarias pruriginosas

Diagnóstico clínico y manejo de parejas.
<p>Pediculosis o piojos púbicos (<i>Phtirus pubis</i>). Prurito y observan piojos o liendres. Cada vez más resistencia a permetrina y piretrina en cuyo caso se usa malatión o ivermectina (este último debe repetirse a los 14 días (carece de actividad ovicida). Revisar a las parejas y tratar en caso de confirmar la infestación.</p>

Escabiosis o sarna (*Sarcoptes scabiei*). Prurito y pápulas (sarna del limpio) o lesiones diseminadas escamosas (sarna noruega). Tratar aquellas personas con contacto sexual, personal cercano o de casa en contacto dentro del último mes.

Tratamiento

Pediculosis púbica. Régimen recomendado: Permetrina 1% crema de enjuague aplicado a las zonas afectadas; lavar después de 10 minutos o Butóxido de piperonilo con piretrinas aplicado a la zona afectada; lavar después de 10 minutos. Régimen alternativo: Malatión 0,5% loción aplicada para las zonas afectadas; lavar después de 8-12 horas o Ivermectina 250 mcg / kg; repetido en 1-2 semanas.

Escabiosis: Régimen recomendado: crema de Permetrina al 5% aplicada a todas las áreas del cuerpo desde el cuello hacia abajo y lavar después de 8-14 horas * o Ivermectina 200 ug / kg por vía oral, que se repite en 2 semanas (carece de actividad ovidica) o loción de Ivermectina 1% aplicada a todas las áreas del cuerpo desde el cuello hacia abajo y lavar después de 8-14 horas; repetir en una semana si persisten los síntomas. Régimen alternativo: Lindano (loción 1%) aplicar una onza de loción o 30 g de crema en una capa fina sobre todas las áreas del cuerpo desde el cuello hacia abajo y lavar a fondo después de 8 horas. Los bebés y niños pequeños edad (<10 años) no se deben tratar con lindano.

Tabla AI-11. Resumen de los exámenes de laboratorio específicos para infecciones de transmisión sexual y sus sitios anatómicos o especímenes clínicos para examinación más comunes

	Orina terchoro	Cérvix (espejo o vaginal)	Uretra	Oro farin ge	Recto (proctosco pía)	Vulvo- vagina l (auto aplica do o espejo vagina l)	Úlcera s o vesícula s	Tejidos, pus o líquidos	Suero o plasma
<i>Chlamydia trachomatis</i>	AAN, ELISA A, IFD, C	AAN, ELISA. IFD, C	AAN (solo hombre s), ELISA. IFD, C	AAN, IFD, CT	AAN, IFD, CT	AAN	Para LGV: C, IFD	Para LGV: C, HP	Para LGV: FC y MIF
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	AAN	G, C, AAN	G, C, AAN	C, AAN	C, AAN	C, AAN			
<i>Trichomonas vaginalis</i>	MF, AL, C, AAN	AAN	MF, AL, C, AAN			MF, AL, C, AAN, PR, HAN			
Herpes simple tipo 2							AAN, C		IgG gG2 (HSV-2); IB o WB.
<i>Haemophilus ducreyi</i>							C, AAN	C, AAN (aspirados)	
<i>Treponema pallidum</i>				AAN	AAN	AAN	MFCO, AAN	MFCO*, HP	VDRL, RPR, EIA (IgG /IgM), TPPA, TPHA, FT-abs; IB, prueba rápida (IgG/IgM)
Virus del papiloma humano		Pap, HP,	ANN, HAN	ANN, HAN	Pap ANN, HAN	Pap, HP,		HP (verrujas)	

		AAN, HAN				ANN, HAN			
<i>Klebsiella granulomatis</i>							G, HP	G, HP	
Candidiasis vulvovaginal						Fornix: G, MF, C			
Vaginosis bacteriana						MF, G			
<p>Los ensayos de laboratorio en negritas señalan los estudios que son de primera elección. Abreviaturas: G, Gram; C, cultivo; CT, cultivo tisular; AAN, amplificación de ácidos nucleicos; MF, montaje en fresco; PR, prueba rápida; HAN, hibridación de ácidos nucleicos; FC, fijación de complemento; MIF, micro-inmunofluorescencia. MFCO, montaje en fresco en campo oscuro, VDRL, venereal diseases research laboratory; RPR, prueba rápida de reagina; EIA, inmunoensayo enzimático; TPPA, aglutinación de partículas de T. pallidum; TPHA, ensayo de hemaglutinación de T. pallidum; FTA-abs, anticuerpos treponémicos fluorescentes absorbidos; IB, inmunoblot; HP, histopatológico; Pap, Papanicolaou</p>									

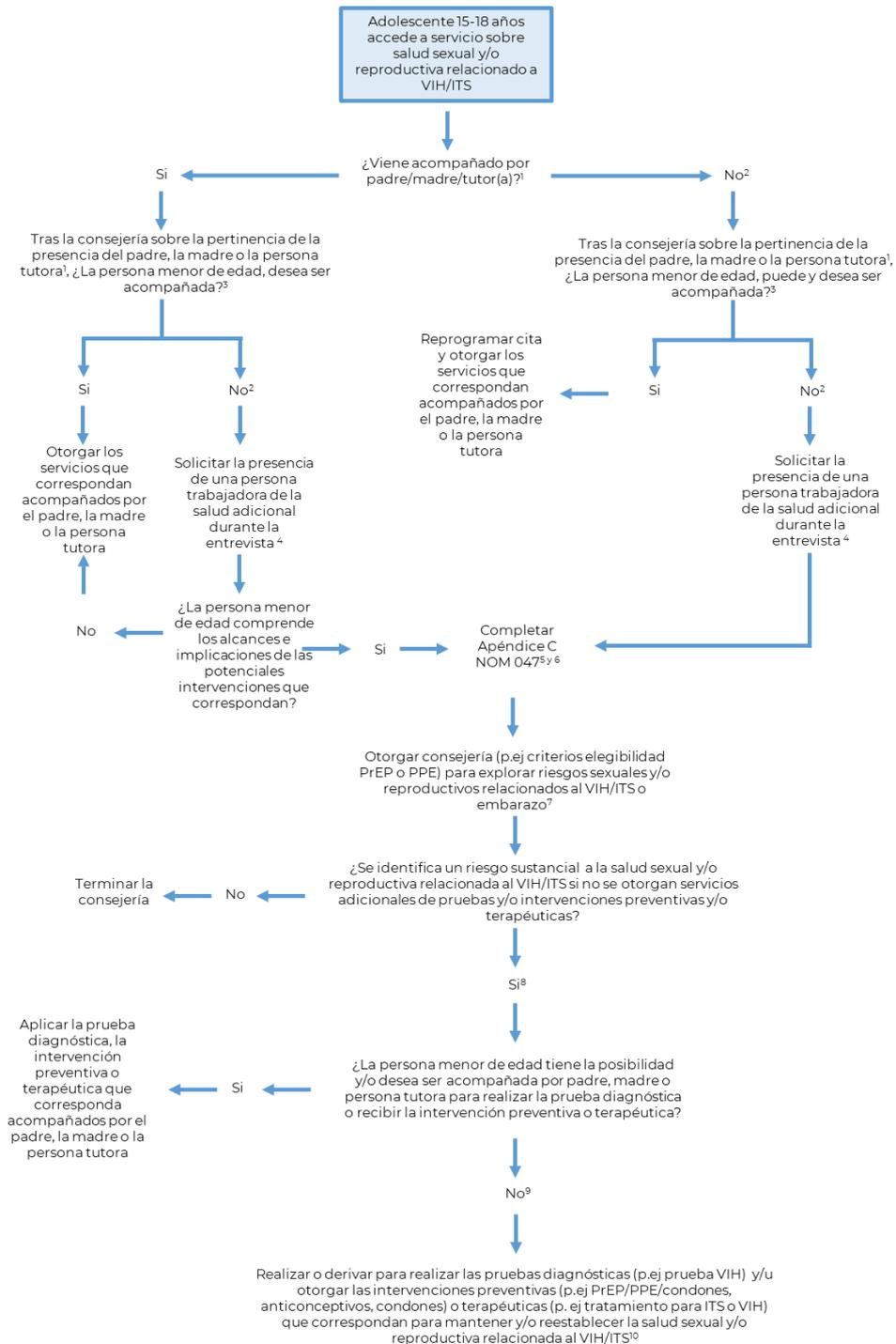
ANEXO J. Modelo de provisión de servicios de prevención y atención integral de salud sexual y reproductiva relacionada al VIH a ITS en personas adolescentes 15-18 años

En los últimos años se ha observado un incremento significativo de los nuevos diagnósticos de la infección por VIH en HSH y mujeres trans menores de 30 años, incluyendo las personas menores de edad. Esta población adolescente es especialmente vulnerable a la infección por VIH debido a las múltiples barreras que enfrentan para acceder a servicios de prevención combinada. Por un lado, el ocultamiento de la orientación sexual e identidad de género que puede incluir al interior de la familia debido al potencial rechazo percibido se relaciona con pronósticos adversos a la salud que incluyen el involucramiento en actividad sexual de alto riesgo sin uso de condón, síntomas depresivos, uso de drogas e intentos suicidas. Por otro lado, una serie de normas sociales pueden hacer que las personas adolescentes y sus familias se inhiban en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva, sin el acompañamiento de la madre, el padre o la persona tutora. Finalmente, el frecuente desconocimiento por parte de las personas servidoras públicas de que las personas menores de edad poseen derechos sexuales y reproductivos y son sujetas a los mismos derechos que el resto de la población, amparados por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y una serie de tratados internacionales convencionales y vinculantes sobre los derechos humanos, se traducen en que los servicios de salud sexual y reproductiva que incluyen la prevención de ITS mediante el uso de la PrEP, pudieran no alcanzar a las personas menores de edad de manera eficaz y eficiente a pesar que el Estado Mexicano ha hecho grandes esfuerzos por garantizar los derechos sexuales y reproductivos en las personas menores de edad. El conjunto de fuentes documentales relacionadas a la operación de los servicios para personas menores de edad que se recomiendan para su revisión, han sido recopilados en el Capítulo 7 (Marco Jurídico) del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, incluido en la *Tabla 1* del capítulo 2.

Con el objetivo final de facilitar y orientar a la persona trabajadora de la salud en la atención de las personas menores de edad se han elaborado dos flujogramas. La Figura AJ-1 muestra los procedimientos para otorgar servicios de consejería (evaluación de riesgos y elegibilidad), diagnóstico (prueba de VIH), prevención (incluyendo la PrEP y la PPE) y tratamiento (para VIH e ITS) relacionados a la salud sexual y reproductiva, incluyendo VIH e ITS en personas menores de edad. Por su parte, la Figura AJ-2 incluye el procedimiento para la aplicación de pruebas de VIH. Estos flujogramas miran en todo momento a las Normas Oficiales involucradas y son ejecutadas por la persona que otorga los servicios de acuerdo con las circunstancias, contextos o riesgos presentes y cuyas decisiones procurarán en todo momento el bien superior de la persona menor de edad.

Es especialmente importante la vinculación del sitio de prevención combinada con instituciones y organizaciones que otorgan diversos servicios de prevención, atención integral, derechos humanos con la finalidad de asegurar el bien de la persona menor.

Figura AJ-1. Flujograma para otorgar servicios de consejería, diagnóstico y tratamiento relacionados a la salud sexual y reproductiva incluyendo VIH e ITS en personas menores de edad



1) La ausencia de responsables legales no justificará la negación de atención **NOM-047-SSA2-2015 Numeral 6.6.**

2) Durante la consejería las personas del Grupo Etario podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal o bien; manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento. **NOM-047-SSA2-2015.6.6. Numeral 6.8.7.**

3) En el supuesto de que la persona del Grupo Etario elija recibir la consejería sin el acompañamiento al que se refiere el punto 6.8.5 de esta Norma, quien otorgue la consejería, debe solicitar la presencia de al menos otro miembro del personal de salud durante el tiempo que dure la consejería. **NOM-047-SSA2-2015. Numeral 6.8.7.**

4) La manifestación de la elección de la persona del Grupo Etario respecto al acompañamiento, se hará constar a través del formato contenido en el Apéndice "C" Normativo de la presente Norma. **NOM-047-SSA2-2015. Numeral 6.8.6**

5) En caso de no presentarse los responsables del menor, se incluirá una nota en el expediente, que rubricará el responsable del servicio. **NOM-047-SSA2-2015. Numeral 6.6.**

6) En materia de salud sexual y reproductiva, se entiende por consejería integral al proceso de comunicación entre el personal de salud y la persona del Grupo Etario, que recibe ayuda para identificar y resolver sus dudas y necesidades en materia de salud sexual y reproductiva **NOM-047-SSA2-2015 Numeral 6.8.4.**

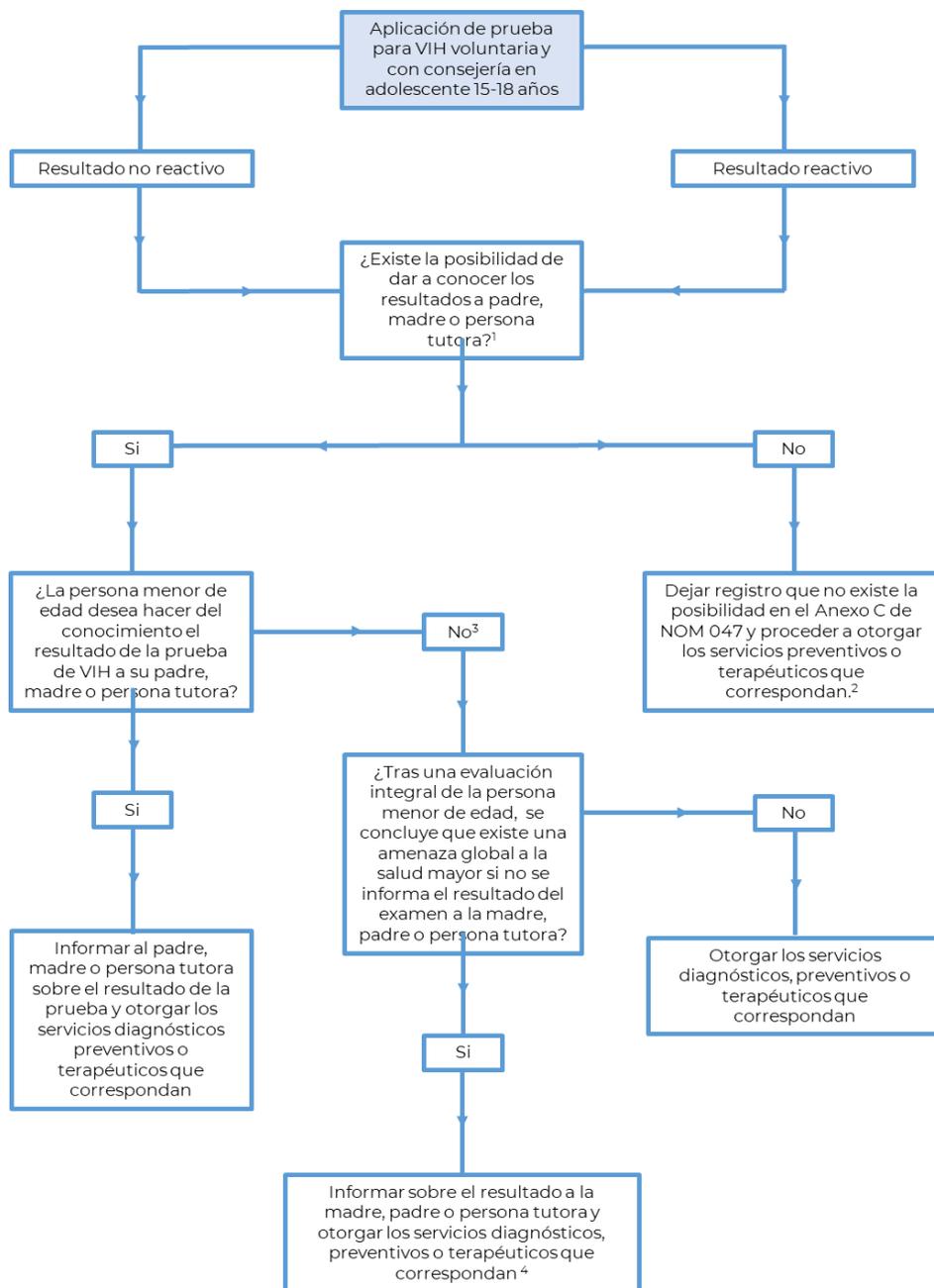
7) En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. **Artículo 4º constitución política de los Estados Unidos Mexicanos**

8) Los Estados Parte deben proteger la confidencialidad de los resultados de las pruebas de detección del VIH, en cumplimiento de la obligación de proteger el derecho a la vida privada del niño (art. 16), tanto en el marco de la atención sanitaria como en el sistema público de salud, y velar por que no se revelen sin su consentimiento, a terceras partes, incluidos los padres, información sobre su estado serológico con respecto al VIH. **OBSERVACIÓN GENERAL N° 3 (2003) El VIH/Sida y los Derechos del Niño numeral 24.**

9) Las personas del Grupo Etario que acudan a consulta médica o atención a la unidad de salud con posibilidad de haber adquirido una ITS, incluyendo infección por VIH o haber desarrollado Sida, deben recibir, con calidad y calidez la **consejería** necesaria, **el apoyo psicológico** pertinente, **las medidas de promoción y prevención**, así como **la referencia** al nivel de atención que corresponda para la atención integral a la salud, **el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados específicos**, de conformidad con lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas. **NOM-047-SSA2-2015 Numeral 6.6.1.**

Durante la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva, con base en evidencia científica documentada, el personal de salud, debe proporcionar orientación, consejería y, en el caso de instituciones públicas, cuando se cumpla con los requisitos que prevean las disposiciones que rigen para cada establecimiento, **provisión de los métodos anticonceptivos** para la prevención del embarazo no planeado, **así como para la prevención de las ITS, entre ellas, el VIH y el Sida**, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.1, 2.2, 2.6 y 2.14, del capítulo de Referencias, de esta Norma, respectivamente. Tratándose de personas menores de edad del Grupo Etario, se dará a la madre, al padre, el tutor, o quien lo represente legalmente, la participación que les corresponda conforme a las disposiciones aplicables. **NOM-047-SSA2-2015 Numeral 6.8.3.**

Flujograma AJ-2. Procedimientos necesarios para la aplicación de pruebas de VIH en personas menores de edad



1) No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de personas con discapacidad mental o incapacidad legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes ejerzan la patria potestad, o a falta de éstos al tutor. **NOM-010-SSA2-2010. Numeral 6.4.2**

2) En caso de no presentarse los responsables del menor, se incluirá una nota en el expediente, que rubricará el responsable del servicio. **NOM-047-SSA2-2015. Numeral 6.6**

3) Los Estados Parte deben proteger la confidencialidad de los resultados de las pruebas de detección del VIH, en cumplimiento de la obligación de proteger el derecho a la vida privada del niño (Art. 16), tanto en el marco de la atención sanitaria como en el sistema público de salud, y velar por que no se revelen sin su consentimiento, a terceras partes, incluidos los padres, información sobre su estado serológico con respecto al VIH. **OBSERVACIÓN GENERAL N° 3 (2003) El VIH/Sida y los Derechos del Niño. Numeral 24.**

4) En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. **Artículo 4° Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

MÓDULO DE RECURSOS Y MONITOREO

GRUPO DE TRABAJO

MÓDULO DE RECURSOS

Coordinación

Mtro. Héctor Miguel Corral

Asesor de Medición de Impacto
Fronteras Unidas Pro Salud A. C.

Lic. Ricardo Román Vergara

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
Dirección General de (CENSIDA)

Integrantes

Prof. Luis Adrián Quiroz

Presidente
Salud Derechos y Justicia A. C.

Dr. Alfonso Vega Yáñez

Coordinador Institucional del Programa de VIH
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Elizabeth Andrea Durán Piña

Coordinadora del Programa de VIH
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
(ISSSTE)

Dr. Rene Leyva Flores

Director de Área
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Steven Díaz

Coordinador Proyecto ImPrEP
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA MÉXICO)

Edmundo Morales

Asesor de Enfermedades Transmisibles
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Roberto José Julio Guzmán

Director
Red + Positiva de Quintana Roo A. C.

Dr. Alejandro Rivera Marroquín

Coordinador Estatal de VIH/Sida e ITS.
Secretaría de Salud del Estado de Chiapas

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

Coordinación

Mtro. David Alberto López Salas

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
Dirección General de (CENSIDA)

Integrantes

Dr. Antonio de Jesús González Sánchez

Médico especialista
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dra. María Jesús Sánchez

Asesora internacional de Enfermedades Transmisible
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Edmundo Morales

Asesor de Enfermedades Transmisibles.
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

MÓDULO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN

Coordinación

Elizabeth Andrea Durán Piña

Coordinadora del Programa de VIH
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
(ISSSTE)

Ricardo Román Vergara

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
Dirección General de (CENSIDA)

Integrantes

Dr. Alfonso Vega Yáñez

Coordinador Institucional del Programa de VIH
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Dra. Heleen Vermandere

Investigadora
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Dra. Patricia Bonequi Alvarado

Coordinación Vigilancia Epidemiológica
Petróleos Mexicanos

Alfredo Antonio Guzmán Macías

Responsable Estatal del Programa de VIH
Servicios de Salud de Chihuahua

CONTENIDO

INFRAESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE SALUD MÍNIMA REQUERIDA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP	137
INSUMOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, LABORATORIO Y MEDICAMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP.....	139
INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP	142
SERVICIOS DE VINCULACIÓN NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP	143
FUNCIONES DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP	143
RECURSOS DE CAPACITACIÓN	148
MODELO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS EN CENTROS COMUNITARIOS DE PREVENCIÓN COMBINADA QUE INCLUYEN LA PREP	149
MONITOREO DE LA PREP	149
ANEXOS	151

MÓDULO DE RECURSOS Y MONITOREO PARA OPERAR SERVICIOS DE LA PREP

Para que sea posible la implementación del Programa de la PrEP en el Sistema Nacional de Salud, se debe asegurar que se cuenta con los recursos necesarios. Las instituciones de salud podrán incorporar a sus servicios la oferta de la PrEP, sin embargo, para quienes requieren desarrollar infraestructura y planear la adquisición de recursos, se describen los elementos mínimos que se necesitan de acuerdo con la normativa vigente.

1. Infraestructura de las unidades de salud mínima requerida para la implementación de la PrEP

DESCRIPCIÓN	NORMATIVIDAD	REQUERIMIENTO
CONSULTORIO DE ÁREA MÉDICA	Conforme a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	<ul style="list-style-type: none"> a) Área de interrogatorio b) Área de exploración c) Buena iluminación d) Flujo de aire e) Lavabo f) Botiquín de primeros auxilios g) Privacidad asegurada
CONSULTORIO DE ÁREA DE CONSEJERÍA	Conforme a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	<ul style="list-style-type: none"> a) Área de interrogatorio b) Área para realizar las pruebas rápidas c) Buena iluminación d) Flujo de aire e) Privacidad asegurada
ÁREA PARA PRUEBAS RÁPIDAS	Conforme a la Guía para la aplicación de la prueba rápida. CENSIDA 2006. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html	<ul style="list-style-type: none"> a) Espacio cómodo b) Espacio limpio c) Espacio ventilado d) Espacio que asegura la privacidad e) La iluminación en el área de toma de prueba rápida es adecuada (permite la lectura de las pruebas) f) En el espacio (exclusivo o no) para la toma de pruebas rápidas, existe un lavamanos g) Insumos de detección (guantes, pruebas rápidas, lancetas y material que se utiliza para la prueba de detección) es desechable y nueva

		h) Cuenta con un espacio para el almacenamiento seguro de las pruebas rápidas
RESIDUOS BIOLÓGICOS	Conforme a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 y NOM-139-SSA1-1995	a) Equipo para desechar las lancetas, torundas y gasas, entre otros (RPBIs) b) Contenedores rígidos para RPBI d) Señalización de la ruta de RPBI e) Bolsas rojas para RPBI f) Almacén temporal de RPBI
RESGUARDO DE DOCUMENTACIÓN E INSUMOS	No aplica	a) Archiveros con llave para guardar documentos y resultados de las pruebas rápidas b) Espacio para almacenamiento de las pruebas rápidas es a temperatura de entre 8 y 30°C c) Espacio/almacén para pruebas rápidas y material de aplicación de pruebas? d) Bitácora de entradas y salidas de pruebas rápidas e) Archivero o área de resguardo de expedientes bajo llave f) Área de resguardo para medicamento bajo llave g) Bitácora de entradas y salidas de medicamento h) Bitácora de temperatura y humedad del área de resguardo de medicamento
OTROS ESPACIOS	No aplica	a) Sala de espera en el establecimiento limpia b) Información sobre promoción y prevención del VIH disponible (posters, carteles y trípticos, entre otros) c) Sanitarios para personal d) Sanitarios para personas usuarias de los servicios e) Área de medicina preventiva f) Área de farmacia g) Laboratorio (no obligatorio)
INFRAESTRUCTURA EXTERNA	Conforme a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	a) Rampa de acceso para personas con alguna discapacidad física b) Señalización de puntos de encuentro en caso de siniestros c) Señalización de rutas de evacuación d) Extintores señalizados con fecha de caducidad e) Servicios de saneamiento básicos: Luz, agua potable, drenaje f) Aulas/espacios para sesiones grupales, informativas o actividades
EQUIPO DE CÓMPUTO Y DE COMUNICACIÓN	No aplica	a) Internet b) Computadoras c) Plataforma para video llamadas d) Equipo de cámara y micrófono para video llamadas

		e) Correo electrónico f) Teléfono
RECURSOS HUMANOS	Conforme a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	a) Personal médico b) Personal médico especialista c) Personal de enfermería (incluyendo auxiliares) c) Personal de laboratorio (químicos(as) d) Personal de psicología e) Personal de trabajo social f) Personal de farmacia (farmacéutico) g) Personal administrativo

Elaboración: INSP/ CENSIDA

2. Insumos de prevención, diagnóstico, laboratorio y medicamentos para la implementación de la PrEP

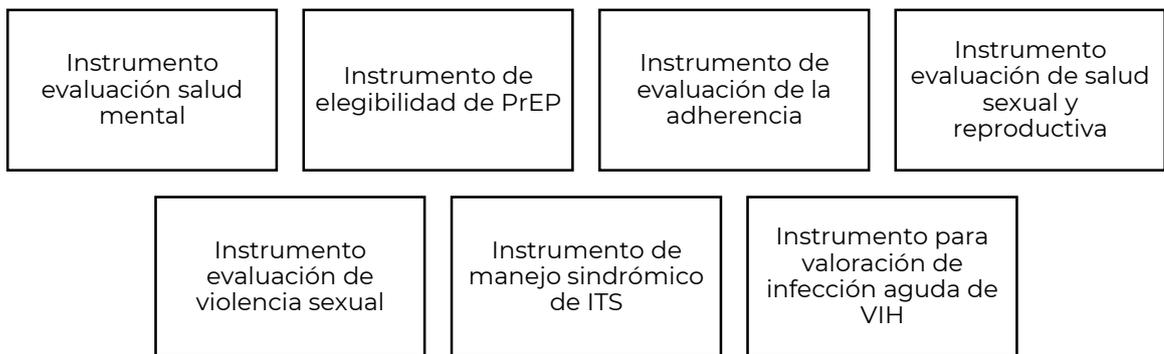
INSUMO	FRECUENCIA DE USO	CLAVE	ESPECIFICACIONES
PRUEBA RÁPIDA DE VIH	2 iniciales según algoritmo diagnóstico, 2 al primer mes según algoritmo diagnóstico y en cada visita según seguimiento trimestral o cuatrimestral	080.829.5539	<p>Tamizaje 4a generación Prueba de laboratorio p24/IgM/IgG1 Prueba rápida p24/IgM/IgG2</p> <p>Pruebas Rápidas. Inmunoanálisis para la detección del antígeno p24 de HIV-1 y anticuerpos al HIV-1 y HIV-2. Inmunoanálisis cualitativo in vitro con lectura visual para la detección simultánea del antígeno (Ag) no inmunocomplejo p24 del HIV-1 en forma libre y anticuerpos (Ab) a HIV-1 y HIV-2 en sangre humana. 10 tarjetas de prueba recubiertas de antígeno HIV 1/2 recombinante y péptidos sintéticos, anticuerpos al antígeno p24 y avidina. Tatc.</p>
		080.829.5356	<p>Tamizaje 3ra generación Prueba de laboratorio IgM/IgG3 Prueba de laboratorio /IgM/IgG</p> <p>Pruebas Rápidas. Prueba rápida para la determinación cualitativa en sangre total de anticuerpos IgG por inmunocromatografía contra el virus de la inmunodeficiencia humana Tipos 1 y 2. Estuche para mínimo 24 pruebas. TATC. Con sensibilidad igual o superior al 99% y especificidad igual o superior al 98% para VIH, de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o en su caso algún otro organismo</p>

		080.980.0001	<p>internacional como la FDA, EMA o la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatografía para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM/IgG anti HIV-1 y HIV-2 simultáneamente en suero, sangre, plasma o sangre total humana. Con lanceta retráctil con 3 niveles de punción, pipeta de toma y solución de corrimiento y sensibilidad igual o superior al 99% y especificidad igual o superior al 98% para VIH, de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA o la Organización Mundial de la Salud. Pieza.</p>
CARGAS VIRALES	En caso de que requieran descartar casos agudos de VIH con una prueba rápida de las referidas en el texto	No aplica	Según procesos de adquisición de las instituciones de salud.
CREATININA SÉRICA	Una inicial y posteriormente 2 determinaciones anuales realizadas según el tipo de seguimiento que aplique (trimestral o cuatrimestral). En personas con factores de riesgo renal el seguimiento recomendado puede ser más estrecho...	No aplica	Estudio disponible que permita hacer la medición según la institución de salud.
PRUEBA RÁPIDA DE HEPATITIS B	Una al inicio de la PrEP y repetir anualmente o antes en caso de síntomas		<p>Prueba de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg)</p> <p>Según procesos de adquisición de cada institución de salud.</p>
PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN A VIH	Según valoración de riesgo personal		Medicamentos antirretrovirales según <i>Tabla II-C</i> . Esquemas preferentes y alternativos para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH de 28 días de la Guía de manejo antirretroviral para las personas que viven con VIH
CONDÓN DE USO INTERNO (FEMENINO)	Cada visita a demanda de las personas usuarias	060.308.0227	Condón femenino de poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos. Envase con 1, 2 o 3 piezas en paquete individual
CONDÓN DE USO EXTERNO (MASCULINO)	Cada visita a demanda de las personas usuarias	060.308.0177	Condón masculino de hule látex. Envase con 100 piezas

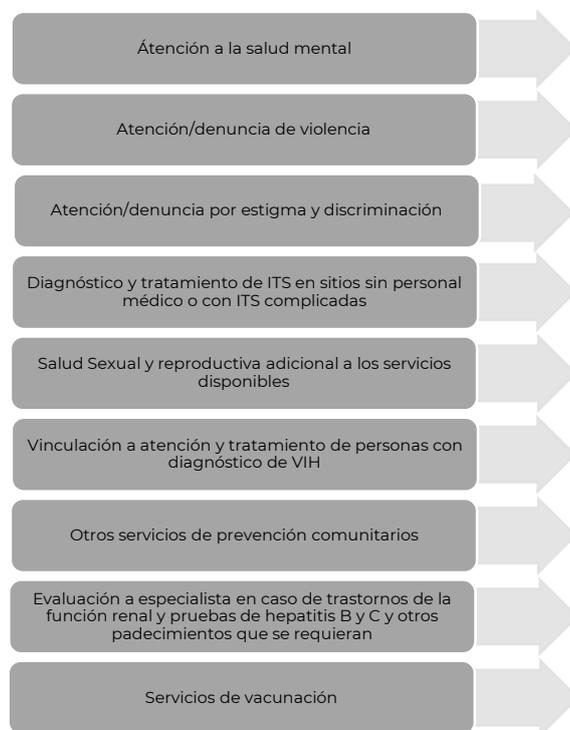
JERINGA	Cada visita a demanda de las personas usuarias	No aplica	Jeringa para insulina con aguja integrada sin espacio muerto inferior, de plástico grado médico, escala graduada de 10 a 100 unidades con capacidad de 1ml, con aguja de acero inoxidable longitud de 13 mm, calibre de 30G con tecnología de pared fina. Según mecanismos de adquisición de las instituciones de salud.
LUBRICANTES A BASE DE AGUA	Cada visita a demanda de las personas usuarias	060.596.0137	Gel lubricante a base de agua. Envase con 5 a 10 grs
PRUEBA RÁPIDA DE VHC	Una inicial, posteriormente una detección anual o antes cuando haya síntomas.	080.829.5521	Prueba rápida para la determinación cualitativa de anticuerpos contra el virus de hepatitis C
PRUEBA RÁPIDA DE SÍFILIS	Una inicial y una cada 6 u 8 meses según el seguimiento trimestral o cuatrimestral.	080.829.5463	Prueba rápida inmunocromatografía para la determinación de anticuerpos de Treponema pallidum en suero o plasma humano. Con sensibilidad no menor al 95% y una especificidad no menor al 98% de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA, o la Organización Mundial de la Salud. Requiere prueba confirmatoria. Envase para mínimo 20 pruebas.
OTRAS ITS (SEGÚN INFRAESTRUCTURA DIAGNÓSTICA DE LA UNIDAD)	Al menos una anualmente o antes cuando haya síntomas.	No aplica	Estudios de laboratorios Clamidia Gonorrea Virus del Papiloma Humano Según disponibilidad y mecanismos de adquisición de las instituciones de salud conforme al Anexo L.
ANTIRRETROVIRALES PARA LA PrEP ENTRICITABINA-TENOFOVIR	PrEP Diario estimar 13 frascos por año y dispensar según el tipo de seguimiento que aplique (trimestral o cuatrimestral). PrEP a demanda un frasco el primer mes y dispensar de acuerdo con la necesidad de la persona usuaria.	010.000.4396.01	Tenofovir disoproxil succinato equivalente a 245 mg de tenofovir disoproxil emtricitabina 200 mg. TDS/FTC Envase de 30 tabletas
PRUEBA DE EMBARAZO	Una inicial y una en caso de amenorrea en mujeres en edad fértil sin uso de anti-concepción efectiva	No aplica	De acuerdo con la disponibilidad o referencia de las instituciones.

VACUNA DE HEPATITIS B	De acuerdo a estatus de inmunidad y disposición de vacunas	No aplica	De acuerdo con la disponibilidad o referencia de las instituciones.
OTRAS VACUNAS	De acuerdo a estatus de inmunidad y disposición de vacunas	No aplica	Vacuna vPH, tétanos o meningitis. De acuerdo con la disponibilidad o referencia de las instituciones.

3. Instrumentos necesarios para la implementación de la PrEP



4. Servicios de vinculación necesarios para la implementación de la PrEP



5. Funciones de los recursos humanos en la implementación de la PrEP

La PrEP como parte de una de las estrategias de la prevención combinada debe integrar un equipo multidisciplinario para la oferta del servicio a fin de brindar atención integral y complementaria. Esta es una intervención que debe ser prescrita y supervisada por personal con facultad y experiencia en el tema de prevención y atención del VIH e ITS. Tomando en consideración estos elementos, se propone que el equipo multidisciplinario se componga de la siguiente manera:

Consejería

Perfil del personal

El personal de consejería puede ser quienes trabajan en la atención de la salud y otras personas que cuenten con la capacitación requerida, por ejemplo, promotores(as) comunitarios en salud o personas pares (consejería entre iguales). No es indispensable que el personal de consejería cuente con formación profesional, pero demostrar contar con los conocimientos, habilidades, y sensibilidad necesaria. Además, se espera que aquellas personas dedicadas a la consejería pero que no son profesionales de la salud hayan concluido la educación primaria y

que cuenten con aptitudes interpersonales y de comunicación. De manera deseable, la persona consejera forma parte de la comunidad en que se proporcionan los servicios de la PrEP. Asimismo, funge como apoyo en la creación de la demanda del servicio, proporciona información sobre el protocolo de la PrEP y otras opciones de prevención entre quienes forman parte de los grupos clave para la respuesta al VIH, especialmente personas cuyas condiciones históricas y sociales las coloquen en mayor grado de vulnerabilidad. De esta forma, el personal de consejería tiene una gran misión de incrementar el nivel de información y conocimientos con que cuenta la población más afectada por la epidemia, incrementando las oportunidades de que se acerquen a los servicios de salud y, por otro lado, tomen decisiones más conscientes e informadas sobre el ejercicio de su sexualidad. Por último, coadyuva a mejorar la adhesión a la PrEP.

Atención Médica

Perfil de Puesto

Licenciatura en medicina general y/o especialista con conocimientos y experiencia en temas de atención a VIH e ITS, para otorgar atención médica integral de calidad y sin discriminación, ni estigmatización a las personas que buscan servicios de prevención del VIH.

Enfermería

Perfil de Puesto

Licenciatura en enfermería con conocimientos en temas de atención a VIH e ITS para apoyar la atención médica integral de las personas usuarias en los sitios de implementación del programa.

Farmacia

Perfil de Puesto

Garantizar el suministro de medicación mediante la organización de la farmacia, el cumplimiento de procedimientos y control de la existencia del medicamento.

Comunitario

Perfil de Puesto

Persona que pertenece a las poblaciones clave y que trabaja en espacios comunitarios. Puede no ser afín a la rama médica, sin embargo, contará con capacitación, formación continua y experiencia previa en los temas de atención a VIH e ITS para otorgar orientación y vinculación a los servicios de salud.

Laboratorio

Perfil de Puesto

Persona con licenciatura o carrera técnica con experiencia en toma de muestras, procesamiento y reporte de estas.

Trabajo social

Perfil de Puesto

Persona con licenciatura en trabajo social para otorgar atención, consejería, navegación de personas en el servicio PrEP, seguimiento de casos con abandono, vinculación de casos a otros servicios o programas.

Psicología

Perfil de Puesto

Licenciatura en Psicología, persona responsable de otorgar consejería, aplicar instrumentos del programa de la PrEP, referencia a atención médica y apoyo psico emocional.

Funciones	Perfiles que pueden desarrollar las funciones según cada institución							
	PM	PC	PE	PL	PP	PTS	PF	PCC
PM: Personal Médico, PC: Personal de Consejería, PE: Personal de enfermería (incluyendo auxiliares), PL: Personal de laboratorio (químicos(as)), PP: Personal de psicología, PTS: Personal de trabajo social, PF: Personal de farmacia, PCC: Personal comunitario con capacitación y experiencia.								
ETAPA 1: Exploración de las puertas de entrada al servicio y las motivaciones para el uso de la PrEP.								
Evaluación inicial a personas que solicitan PrEP	X	X	X		X	X		X
Evaluación inicial a personas de servicios de prevención con riesgo y que pueden ser candidatas a PrEP	X	X	X		X	X		X
Valoración de conocimientos sobre prevención y PrEP	X	X	X		X	X		X
Explorar las necesidades y motivaciones de la persona usuaria para poder brindar un servicio personalizado que incluya la oferta de otros servicios de prevención combinada en paquete adicionales a la PrEP	X	X	X		X	X		X
Evaluar la elegibilidad a los servicios de la PrEP en tres aspectos 1) la evaluación que determine si la persona pertenece a poblaciones clave con elevada incidencia de VIH y tiene condiciones adicionales que le expongan a adquirir la infección por VIH; 2) sus riesgos comportamentales pasados, presentes y futuros y 3) la evaluación del estado de salud	X	X	X		X	X		X
Aplicar consentimiento y aviso de privacidad para PrEP y Detección de VIH e ITS.	X	X	X	X	X	X		X
Asesorar sobre las medidas de prevención con base a los riesgos comportamentales y condiciones adicionales de vulnerabilidad	X	X	X		X	X		X

Entrega de insumos de prevención como condones y lubricantes, información sobre profilaxis post-exposición, detección y tratamiento de ITS	X	X	X		X	X	X	X
Consejería sobre reducción de riesgos y estrategias de reducción del daño por consumo de drogas	X	X	X		X	X		X
Entrega de paquete de jeringas nuevas y vinculación a terapia de sustitución de opioides	X	X	X		X	X	X	X
Consejería pre y postprueba de VIH	X	X	X		X	X		X
Aplicación de pruebas rápidas de VIH y otras ITS	X	X	X	X	X	X		X
ETAPA 2 Evaluación clínica del estado de salud de personas elegibles a la PrEP								
Tomado las muestras sanguíneas para medir la creatinina	X		X	X				
Valoración de trastornos previamente conocidos de la densidad mineral ósea que padezcan osteopenia u osteoporosis demostrada por densitometrías no pueden usar la PrEP	X							
Evaluar infección por VIH y enfermedad renal u ósea.	X		X					
Detección y diagnóstico de ITS a través del método sintromico y por exámenes adicionales entre los que se incluyen pruebas para sífilis, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C.	X		X	X				X
Referencia a evaluación médica detallada de condiciones clínicas pre existentes	X	X	X		X	X		X
Aplicación de prueba de embarazo en mujeres con amenorrea.	X	X	X	X	X	X		X
Confirmar la infección por VIH tras un resultado reactivo en la prueba de tamizaje	X			X				X
Búsqueda de información epidemiológica de exposición reciente al VIH y una evaluación clínica que busque signos físicos directos o indirectos de una potencial infección aguda por VIH	X	X	X		X	X		X
Valoración de infección aguda de VIH con apoyo de escalas de predicción	X	X	X		X	X		X
Consejería casos con posible infección aguda de VIH que requieren seguimiento	X	X	X		X	X		X
Evaluación subjetiva y objetiva salud renal	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación salud ósea	X	X	X		X	X		X
Detección de otras ITS con pruebas rápidas	X	X	X	X	X	X		X
Diagnóstico de otras ITS manejo sintromico	X							
Detección de otras ITS estudios de laboratorio	X			X				
Consejería casos con contraindicaciones por insuficiencia renal o antecedentes de trastornos previas de densidad mineral ósea	X	X	X		X	X		X
Consejería y vinculación a tratamiento de ITS (riesgos y medidas de prevención)	X	X	X		X	X		X
Consejería, seguimiento y vinculación casos reactivos a VHB.- (suspender la PrEP o riesgo de infección de VIH)	X	X	X		X	X		
Consejería y vinculación a atención y tratamiento de personas con otras ITS	X	X	X		X	X		X

Consejería para evaluar deseo reproductivo y ofrecer opciones anticonceptivas efectivas en mujeres en edad reproductiva que lo deseen	X	X	X		X	X		X
Consejería sobre uso de la PrEP y hormonales en personas cis y trans	X	X	X		X	X		X
Consejería sobre las modalidades de la PrEP, valoración de pros y contras de cada modalidad	X	X	X		X	X		
Consejería sobre niveles de protección de la PrEP en hombres, mujeres y personas trans	X	X	X		X	X		X
Consejería sobre la continuidad de la PrEP en función del riesgo sustancial al VIH	X	X	X		X	X		X
ETAPA 3 seguimiento a personas usuarias de la PrEP								
Seguimiento de personas sin la PrEP cada 6 meses para elegibilidad y contraindicaciones	X	X	X		X	X		X
Consejería para personas sin PrEP en PPE, PrEP, condones, lubricantes, jeringas nuevas, vacunas, diagnóstico y tratamiento de ITS.	X	X	X		X	X		X
Seguimiento de personas en PrEP en consejería: visita según modalidad de seguimiento 3 o 4 meses.	X	X	X		X	X		X
Decidir en las visitas continuar o suspender la PrEP en función los riesgos y beneficios y resultados del diagnóstico de VIH	X	X	X		X	X		X
Consejería en casos presuntivos de infección aguda de VIH y primera prueba rápida reactiva	X	X	X		X	X		X
Notificación de diagnóstico positivo a VIH con consejería durante las visitas de seguimiento.	X	X	X		X	X		X
Consejería para asegurar la adherencia a la PrEP y permanencia con trabajo simultáneo y continuo en múltiples fases durante el seguimiento	X	X	X		X	X		X
Valoración de adherencia con auto reporte y posesión de tabletas	X	X	X		X	X	X	X
Valoración para derivación a PEP en visitas de seguimiento	X	X	X		X	X		X
Consejería para confirmar la percepción de riesgo de la persona usuaria concuerde con las prácticas que sostiene, con el objetivo último de disuadir la suspensión o sustituir con otros métodos preventivos (en caso de continuar con prácticas de alto riesgo) o confirmar la suspensión de la PrEP (en caso de ausencia de exposiciones de riesgo)	X	X	X		X	X		X
Evaluar barreras sociales y por medio de consejería procurar resolverlas o mitigarlas con el objetivo de que la persona continúe en la PrEP si el riesgo sustancial para adquirir VIH se mantiene	X	X	X		X	X		X
Consejería de suspensión de la PrEP que consiste en recomendar el cumplimiento adicional de 7 o 28 días de la PrEP según la población, a partir del último sexo (excepto si existe una contraindicación de la PrEP que incluye prueba para VIH reactiva o efecto adverso grave), además de recomendar uso de otras estrategias preventivas alternas que incluyen el correcto y consistente uso de condón y lubricante.	X	X	X		X	X		X
Notificación o consejería en personas con abandono de la PrEP por lo que resulta necesario hacer del conocimiento a todas las personas la necesidad de cumplir con 7 o 28 días adicionales al último contacto sexual según población y a	X	X	X		X	X		X

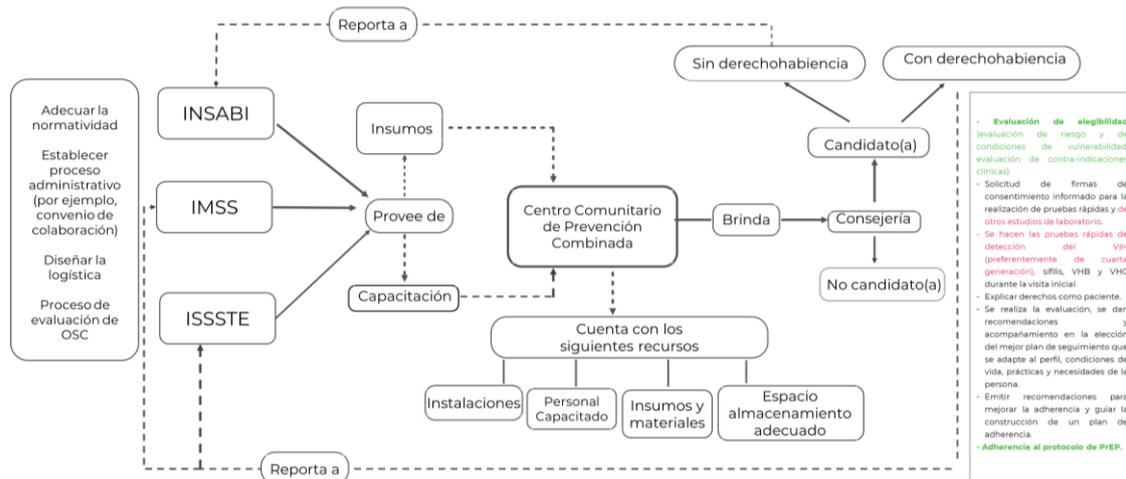
partir del ese contacto, utilizar un método preventivo eficaz que incluye el uso de condón.								
Seguimiento de personas que suspendieron la PrEP con consejería y detección de VIH y otras ITS, ofrecer continuar en seguimiento regular con citas semestrales de seguimiento sin PrEP para continuar evaluando el estatus de VIH e ITS y ofrecer estrategias preventivas que correspondan.	X	X	X		X	X		X
Consejería para reingreso a PPE y PREP e reiniciar la evaluación de elegibilidad y exámenes correspondientes.	X	X	X		X	X		X
Consejería virtual con persona con disponibilidad de tecnología.	X	X	X		X	X		X
Valoración clínica con personas con disponibilidad de tecnología.	x	X	X		X	X		X

6. Recursos de capacitación

- Guía de Atención para Otorgar Profilaxis Pre Exposición. Disponible en el sitio web del CENSIDIA: Para la alineación operativa de la prestación del servicio dentro de las políticas y normativas específicas de cada institución u organización implementadora, que incluya los procedimientos puntuales, con énfasis en la consejería.
[HTTPS://WWW.GOB.MX/CENSIDA](https://www.gob.mx/censida)
- Profilaxis Oral Previa a la Exposición (PrEP) al VIH - Herramienta de aprendizaje en línea para profesionales clínicos. Disponible a través de la Organización panamericana de la Salud:
[HTTPS://WWW.CAMPUSVIRTUALSP.ORG/ES/CURSO/PROFILAXIS-ORAL-PREVIA-LA-EXPOSICION-PREP-AL-VIH-HERRAMIENTA-DE-APRENDIZAJE-EN-LINEA-PARA](https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/profilaxis-oral-previa-la-exposicion-prep-al-vih-herramienta-de-aprendizaje-en-linea-para)
- Acceso sin discriminación a Servicios de Salud para población LGBTI. Para conocer las necesidades de salud de las poblaciones LGBTIQPA+, así como los principales contenidos del Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual, las recomendaciones y lineamientos de sus Guías de Atención Específicas, para su incorporación en la operación de los servicios:
[HTTP://MOODLE2.DGCES.SALUD.GOB.MX/MOODLE/LOGIN/INDEX.PHP](http://moodle2.dgces.salud.gob.mx/moodle/login/index.php)
- Curso de Reducción de daños, para que el personal sea capaz de identificar los distintos aspectos que conforman la reducción de daños y riesgos asociados al VIH, VHC, así como la despatologización y descriminalización del consumo de drogas, con la finalidad de eliminar barreras para la atención de personas que usan drogas a los servicios de prevención combinada
- Curso en “Lenguaje Incluyente Libre de Estigma y Discriminación para prestadores de servicios de salud”, con la finalidad de promover el uso

de términos técnicamente correctos, incluyentes, no estigmatizantes ni discriminatorios, en la atención de las personas usuarias

7. Modelo de subrogación de servicios en Centros Comunitarios de Prevención Combinada que incluyen la PrEP



De izquierda a derecha: las instituciones de salud capacitan y proveen de insumos a los Centros Comunitarios de Detección (CCD), los cuales deberán contar con los recursos y las condiciones mínimas necesarias y conforme a la normatividad vigente, que aseguren la implementación efectiva del Programa de PrEP. Los CCD deben reportar a las instituciones de salud, de manera periódica, sobre los insumos utilizados (fármacos, condones, pruebas rápidas, etc.) en la atención de las personas usuarias.

8. Monitoreo de la PrEP

Los servicios de Prevención Combinada de VIH que incluyen PrEP requieren de un sistema de información que permita conocer las personas beneficiarias en el transcurso del tiempo. A continuación, se describen aquellos componentes necesarios para la recolección de información que permitan evaluar el éxito del Programa.

8.1 Registro de las personas en servicios de prevención combinada de VIH

La persona usuaria del servicio o servicios de prevención de VIH deberá ser registrada con el fin de crear una base nominal que permitirá dar seguimiento integral a la atención recibida, así como al impacto en la salud de las personas. En el Anexo L se presenta la información básica para la identificación de las personas usuarias de los servicios de prevención combinada de VIH. Cabe destacar que las preguntas deberán aplicarse a manera de consejería. En cada visita se repiten casi todas las preguntas de este componente.

8.2 Registro de las personas en servicios de la PrEP

La formulación de la pregunta debería cambiar de la visita inicial a las de seguimiento para solicitar la confirmación de los datos registrados, por ejemplo, durante la consejería puede preguntar si la persona cambió de número de teléfono o de dirección; o si ya terminó sus estudios, o si ha cambiado de trabajo, así como cambio en el monto de sus ingresos. También, se tiene que evaluar si la persona ha cambiado de género, tratar de identificar si ha comenzado una transformación que podría tener repercusión directa sobre los esquemas ofrecidos. Finalmente, las preguntas de *motivación para integrarse al programa* y las preguntas que nunca cambian y que no tienen consecuencias clínicas podrían ser eliminadas (ejemplos: CURP y nacionalidad).

Igual, el uso de PEP y la necesidad de considerar el uso de PEP se tiene que evaluar en combinación con el esquema de la PrEP de las personas y su adherencia.

En el Anexo M presentan las preguntas que pueden orientar al personal de salud como registrar a las personas en la PrEP, y las preguntas que deben realizarse cada 6 u 8 meses según esquema de seguimiento.

8.3 Evaluación de adherencia y consejería

Para que la PrEP sea segura, es decir se tenga la mayor protección, es fundamental que las personas usuarias sean valoradas en cada visita en relación con la adherencia y prácticas de riesgo por lo que, con base a lo determinado en el capítulo respectivo a la consejería, se propone en el Anexo B las preguntas y comportamientos de riesgo. Estas preguntas deben realizarse en cada visita de seguimiento y registrarse en el expediente de las personas usuarias que estén asignados a un esquema con la PrEP. Estas preguntas guiarán la toma de decisión por parte de los prestadores de servicio de salud sobre la permanencia en el servicio de la PrEP, así como el esquema asignado.

8.4 Otros instrumentos de registro

El personal de salud que se involucra en la implementación de la PrEP requerirá otros instrumentos de registro necesarios para el historial de las personas y para la toma de decisiones de la continuidad, abandono y suspensión del servicio. A continuación, se presentan los instrumentos y el anexo correspondiente:

Formatos generales

1. Formato de historia clínica abreviado (*Anexo Ñ*)
2. Formato de reacciones adversas (*Anexo O*)
3. Formato de abandono (*Anexo P*)

ANEXO L. Preguntas para registrar en los servicios de prevención combinada que incluyen la PrEP

Sociodemográficos

Características personales

1. CURP
2. Número/folio del participante.
3. Fecha de registro
4. Institución de derechohabiente*
 - a. Seguro popular / Secretaría de Salud
 - b. IMSS
 - c. ISSSTE
 - d. PEMEX
 - e. Defensa o Marina
 - f. Seguro privado
 - g. No estoy afiliado a ninguna institución
 - h. Otra (especificar)
 - i. Prefiero no responder
5. Código de la unidad de salud (CLUES, etc.)
6. Número de derechohabiente*
7. Nombre completo de la persona
8. Nombre de predilección con el que quiere ser llamada la persona
9. Correo electrónico (No obligatorio) *
10. Teléfono celular*
11. Teléfono fijo*
12. Domicilio*
 - a. Calle
 - b. Número exterior
 - c. Número interior
 - d. Colonia
 - e. Municipio o Alcaldía
 - f. Ciudad
 - g. Entidad federativa
 - h. En caso de no tener un hogar fijo, ¿En dónde vives?
13. Fecha de nacimiento
14. Nacionalidad
 - a. En caso de ser extranjero, ¿cuál es el estatus migratorio?
15. Se considera persona indígena
16. Se considera persona con alguna discapacidad
17. Se considera persona afrodescendiente.

Nivel socioeconómico

18. Último nivel educativo completado*
 - a. Ninguna/sin educación formal

- b. Primaria trunca
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria trunca
 - e. Secundaria completa
 - f. Preparatoria trunca
 - g. Preparatoria completa
 - h. Universidad trunca
 - i. Universidad completa
 - j. Posgrado trunco
 - k. Posgrado completo
 - l. Prefiero no responder
19. Ocupación*
- a. Estudiante
 - b. Empleado(a)
 - c. Negocio propio
 - d. Comerciante
 - e. Trabajo sexual
 - f. Hogar
 - g. Desempleado/a
 - h. Jubilado(a)/pensionado(a)
 - i. Otra: _____
 - j. Prefiero no responder
20. ¿Cuál es tu ingreso individual neto aproximado al mes, proveniente de todas las fuentes?
- a. \$0 a \$1,500 mensual
 - b. \$1,501 a \$4,000 mensual
 - c. \$4,001 a \$8,000 mensual
 - d. \$8,001 a \$18,000 mensual
 - e. \$18,001 a \$40,000 mensual
 - f. \$40,001 o más mensual
 - g. No sé
 - h. Prefiero no responder
21. Estado civil
- a. Soltero(a)
 - b. Casado(a)
 - c. Unión libre
 - d. Otra (especifique)
22. Dependientes económicos
23. Número de hijos e hijas

Identidad sexual

- a. Identidad de género
 - Hombre cisgénero
 - Mujer cisgénero
 - Hombre trans
 - Mujer trans
 - Género no binario/queer
 - Otra: _____
 - Prefiero no responder

- 24. Sexo asignado al nacer.
 - a. Hombre
 - b. Mujer
 - c. Intersex
 - d. Prefiero no responder
- 25. Órgano genital actualmente
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - c. Intersexual
- 26. Orientación sexual
 - a. Homosexual
 - b. Heterosexual
 - c. Bisexual
 - d. Asexual
 - e. Otra (especifique)
- 27. Sus prácticas sexuales son con
 - a. Hombres
 - b. Mujeres,
 - c. Personas trans

Servicios de prevención y detección

- 28. Última vez que se realizó una prueba para detección del VIH: *
 - a. Hace menos de 6 meses
 - b. Hace entre 6 y 12 meses
 - c. Hace más de 12 meses
 - d. Nunca me la he realizado
 - e. No sabe
- 29. Resultado de la última prueba que se realizó:
 - a. Positivo
 - b. Negativo
 - c. Indeterminado
 - d. No sabe
- 30. Servicios de prevención solicitados: *
 - a. Acompañamiento a los servicios de salud
 - b. Apoyo / Terapia psicológica
 - c. Grupos de autoapoyo
 - d. Condones
 - e. Lubricantes
 - f. Kit de insumos
 - g. Consejería
 - h. Pruebas para la detección de VIH/Sida
 - i. Pruebas para la detección de otras infecciones de transmisión sexual (Especificar)
 - j. Agujas y jeringas estériles
 - k. Profilaxis Pre Exposición
 - l. Profilaxis Post Exposición

- m. Atención médica
- n. Otro (especifique)

Motivación para el uso de la PrEP

- 31. ¿Conoces qué es la PrEP?
 - a. Si
 - b. No
- 32. Razón principal por la que desea usar la PrEP
- 33. Has sido enviado(a) por alguien (¿pareja, amigo, familiar, médico, promotor, etc.?)
- 34. Ha usado la PrEP anteriormente.
 - a. No
 - b. Sí
 - i. Tiempo del último uso de la PrEP
 - ii. En qué modalidad de la PrEP

*Preguntas que se repiten en cada visita

ANEXO M. Registro de las personas en servicios de la PrEP

Evaluación de riesgo con consejería.

En cada visita se repiten casi todas las preguntas de este componente. La temporalidad de las preguntas se tiene que adaptar a la secuencia de las citas del participante (por ejemplo, preguntar 'en el último mes' para adolescentes y 'en los últimos 4 meses' para los otros).

Igual, el uso de PEP y la necesidad de considerar el uso de PEP se tiene que evaluar en combinación con el esquema de la PrEP del de las personas y su adherencia.

Exposición al riesgo de infección de VIH

Número de parejas sexuales y uso de condón

35. Relaciones sexuales (sexo con penetración) en los últimos 6 meses:

- a. Sí
- b. No (*salto hasta la pregunta 40 de esta sección*)

36. ¿Con cuántas personas ha mantenido relaciones sexuales anales en los últimos 6 meses?

- a. Hombres _____
- b. Hombres Trans _____
- c. Mujeres _____
- d. Mujeres Trans _____
- e. Otro _____
- f. No sé

37. ¿Con cuántas personas ha mantenido relaciones sexuales anales en los últimos 6 meses sin condón?

- a. Hombres _____
- b. Hombres Trans _____
- c. Mujeres _____
- d. Mujeres Trans _____
- e. Otro _____
- f. No sé

38. Señala el tipo de parejas con las que has tenido relaciones sexuales en los últimos cuatro meses. [señala todas las que aplican]

- a. Pareja estable (Persona con la que has tenido relaciones sexuales regularmente durante los últimos 6 meses)
 - i. ¿Cuántas?
 - ii. Tomando valores del 0 al 10 siendo 0 nunca y 10 siempre, señala con qué frecuencia has usado preservativo en tus encuentros sexuales con tu(s) pareja(s) estable(s) durante los últimos 6 meses. _____
 - iii. No sé
 - iv. Prefiero no responder
- b. Pareja ocasional

- i. ¿Cuántas?
 - ii. Tomando valores del 0 al 10 siendo 0 nunca y 10 siempre, señala con qué frecuencia has usado preservativo en tus encuentros sexuales con tus parejas ocasionales durante los últimos 6 meses. _____
 - iii. No sé
 - iv. Prefiero responder
 - c. Pareja transaccional o trabajador sexual (Yo pago por sexo o le doy objetos de valor, drogas, vivienda a cambio de sexo)
 - i. ¿Cuántas?
 - ii. Tomando valores del 0 al 10 siendo 0 nunca y 10 siempre, señala con qué frecuencia has usado preservativo en tus encuentros sexuales con tus parejas transaccionales o trabajadores sexuales durante los últimos 6 meses. _____
 - iii. No sé
 - iv. Prefiero no responder
 - d. Pareja transaccional o trabajador sexual (Me pagaron por sexo o me dan objetos de valor, drogas, vivienda a cambio de sexo)
 - i. ¿Cuántas?
 - ii. Tomando valores del 0 al 10 siendo 0 nunca y 10 siempre, señala con qué frecuencia has usado preservativo en tus encuentros sexuales con tus parejas transaccionales o trabajadores sexuales durante los últimos 6 meses. _____
 - iii. No sé
 - iv. Prefiero no responder
 - e. No he tenido relaciones (pasa a la 40)
- 39. Pareja sexual viviendo con VIH
 - a. ¿Cuántas?
 - b. Tomando valores del 0 al 10 siendo 0 nunca y 10 siempre, señala con qué frecuencia has usado preservativo en tus encuentros sexuales con tus parejas transaccionales o trabajadores sexuales durante los últimos 6 meses. _____
 - c. No sé
 - d. Prefiero no responder
- 40. Pareja sexual viviendo con VIH e indetectable
 - a. ¿Cuántas?
 - b. Tomando valores del 0 al 10 siendo 0 nunca y 10 siempre, señala con qué frecuencia has usado preservativo en tus encuentros sexuales con tus parejas transaccionales o trabajadores sexuales durante los últimos 6 meses. _____
 - c. No sé
 - d. Prefiero no responder

41. En este momento de tu vida, ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales de alto riesgo?
- a. Frecuentemente (2 o más veces a la semana en promedio)
 - b. A veces (menos de 2 veces a la semana en promedio)
 - c. Rara vez (1 o menos de 1 vez al mes en promedio)
 - d. No sé
 - e. Prefiero no responder
42. ¿Sospechas estar en riesgo indirecto de contraer VIH debido al comportamiento sexual de tu pareja?
- a. Si
 - b. No
 - c. No sé
 - d. Prefiero no contestar
43. Durante los próximos 3 meses ¿con qué frecuencia anticipas tener sexo sin condón aproximadamente?
- a. Frecuentemente (2 o más veces a la semana)
 - b. A veces (menos de 2 veces a la semana)
 - c. Rara vez (1 o menos de 1 vez al mes)
 - d. No sé
 - e. Prefiero no responder

Infecciones de transmisión sexual

44. Historia de infecciones de transmisión sexual en los últimos 12 meses (diagnosticado por personal de salud) (*marcar todas las que apliquen*). *Si se responde que sí a alguna, agendar consulta médica.*
- a. Sífilis
 - b. Hepatitis B
 - c. Hepatitis C
 - d. Gonorrea
 - e. Clamidia
 - f. Herpes
 - g. Virus de papiloma humano
 - h. Molusco contagioso
 - i. Otra: _____
 - j. Ninguna
 - k. Prefiero no responder
45. ¿En los últimos 12 meses, has tenido o tienes alguno de los siguientes síntomas? (*Marcar todas las que apliquen*). *Si se responde que sí a alguna, agendar consulta médica.*
- a. Úlcera en la vagina/pene/ano
 - b. Verrugas/condilomas en la vagina/pene/ano
 - c. Ámpulas en la vagina/pene/ano
 - d. Secreción vaginal o uretral de color diferente, con mal olor o comezón

- e. Ninguno
 - f. Prefiero no responder
46. Vacunación contra VHB
- a. Sí *En caso afirmativo:*
 - i. Fecha (mm/aaaa)
 - ii. Esquema completo
 - iii. No sé si es esquema completo
 - b. Esquema incompleto
 - c. No *(Recomendar vacunación)*
 - d. No sé
 - e. Prefiero no responder
47. Vacunación contra VPH
- a. Sí *En caso afirmativo:*
 - i. Fecha (mm/aaaa)
 - ii. Esquema completo
 - b. No sé si es esquema completo
 - c. Esquema incompleto
 - d. No *(Recomendar vacunación)*
 - e. No sé
 - f. Prefiero no responder

Salud Mental

48. ¿Alguna vez te han diagnosticado un problema de salud mental?
- a. No
 - b. Sí *¿Cuál? (Marcar todos los que apliquen)*
 - i. Depresión
 - ii. Trastorno de ansiedad
 - iii. Trastorno por déficit de atención
 - iv. Trastorno bipolar
 - v. Otro: _____
 - vi. Prefiero no responder

- seguiste *Para las opciones señaladas: ¿Sigues o tratamiento?*
- o No
 - o Prefiero no responder
 - o Sí *En caso afirmativo: ¿Qué tipo de tratamiento (Marcar todos los que apliquen)? *no obligatoria*
 - Terapia psicológica
 - Medicamento
 - Tratamiento alternativo
 - Otra: _____

Drogas

49. En los últimos 12 meses ¿has tenido sexo bajo la influencia de alguna droga?
- Si
 - No
 - En caso afirmativo, ¿Cuál?
 - Alcohol
 - Poppers
 - Cocaína en polvo
 - Marihuana
 - Cristal
 - Tachas/MDMA/éxtasis
 - Alucinógenos (LSD, hongos)
 - Cloruro de etilo (Traumazol)
 - Ketamina
 - GHB o GBL (G o E)
 - Crack/piedra
 - Estimulantes para erección (Viagra, Cialis, etc.)
 - Inhalables/chemo
 - Otra: _____
 - Prefiero no responder
 - Para cada droga señalada: Vía de administración:*
 - Fumada
 - Inyectada
 - Anal
 - Otra: _____
50. ¿En los últimos 12 meses has compartido instrumentos (jeringuillas / agujas) para usar anabolizantes/esteroides anabólicos/hormonas/silicona o alguna otra sustancia o droga?
- Si
 - No
 - Prefiero no responder

PEP

51. ¿Cuántas veces usaste la PEP en los últimos 6 meses?
- (Ingresar cantidad, incluso si es 0) ****(potencial persona candidata)
 - Prefiero no contestar
52. ¿Has Exposición de riesgo al VIH (sin protección, eyaculación, con sangrado/violencia sexual/compartir jeringas/accidente ocupacional) **en los últimos 14 días** (*adaptar según la prueba usada*) **sin tomar la PrEP**
- Sí, hace más de 72 horas (*Reagendar seguimiento hasta que concluya el periodo de ventana*)

- b. Sí, en las últimas 72 horas (*Agendar consulta médica el mismo día para evaluar la administración de PEP*)
 - c. No
 - d. Prefiero no responder
53. En los últimos 30 días, ¿has tenido signos o síntomas de infección viral (episodios de fiebre (temperatura >38.3°C), diarrea, hinchazón de ganglios, bolitas en cuello, axilas o inglés, dolor de garganta, dolor de cuerpo o ronchas “erupciones en la piel”, lesiones en la boca, fatiga)?
- a. Sí (*Agendar consulta médica el mismo día*)
 - b. No
 - c. Posiblemente/No estoy seguro(a)
 - d. Prefiero no responder

Salud reproductiva **no aplica si el participante elige “Hombre” en “Sexo al nacer”*

(Vincular con pregunta de datos personales- sexo al nacer: solo abrir para personas con sexo de mujer al nacer)

54. Método anticonceptivo actual

- a. Sí ¿Cuál?
 - 1. Métodos de barrera (condón masculino/femenino)
 - 2. Métodos hormonales de acción corta (pastillas, anillo vaginal, parche cutáneo o inyección)
 - 3. Métodos hormonales de acción prolongada (DIU o implante)
 - 4. Obstrucción tubárica/ligadura
 - 5. Otro: _____
- b. Ninguno (*Ofrecer vinculación a servicios de planificación familiar*)
- c. No aplica
- d. Prefiero no responder

55. Confirmación actual de embarazo o posibilidad de embarazo

- a. Sí (*Si el embarazo no está confirmado, ofrecer vinculación a servicios de planificación familiar*)
- b. No
- c. No aplica
- d. Prefiero no responder

Antecedentes médicos

Si se responde que sí a alguna de las preguntas, agendar consulta médica en el sitio.

56. Historia personal de diagnóstico (marcar todas las que apliquen)
- a. Hipertensión
 - b. Diabetes Mellitus
 - c. Obesidad
 - d. Fracturas no relacionadas a traumatismo, osteoporosis u osteopenia
 - e. Enfermedades cardíacas
 - f. Tuberculosis pulmonar resistente
 - g. Cáncer
 - h. Infecciones óseas (osteomielitis) activas
 - i. Enfermedad renal
 - j. Infección por VHB
 - k. Otra: _____
 - l. Ninguna
 - m. No sé
 - n. Prefiero no responder
57. Alergia conocida a los siguientes medicamentos (marcar todas las que apliquen)
- a. PrEP (Tenofovir o Emtricitabina)
 - b. Penicilina
 - c. Sulfas
 - d. Analgésicos
 - e. Otra: _____
 - f. Ninguno
 - g. No sé
 - h. Prefiero no responder
58. Consumo actual de proteínas prescritas por entrenador o en gimnasio para ganar masa muscular:
- a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder
59. Consumo actual de otros medicamentos:
- a. Sí, ¿cuál? _____
 - b. No
 - c. Prefiero no responder

Población de pertenencia

60. Con base en la evaluación realizada, ¿a qué población(es) clave o en situación de vulnerabilidad pertenece la persona? (Marcar las que apliquen)
- a. Hombre que tiene sexo con hombres
 - b. Mujer trans
 - c. Persona trabajadora sexual
 - d. Persona que se inyecta drogas
 - e. Persona privada de su libertad
 - f. Pareja de población clave
 - g. Adolescente mayor de 15 años
 - h. Persona con pareja serodiscordante
 - i. Población migrante y móvil
 - j. Población indígena
 - k. Persona en situación de calle
 - l. Otra, con alto riesgo de adquirir VIH

Toma de decisión – Consejería

En esta sección se registran resultados de laboratorio y la decisión del personal de consejería, derivada del análisis de las respuestas a las preguntas de la *Guía de Evaluación de Riesgo*. Esta sección será completada durante el proceso de inclusión al programa y en cada seguimiento.

Resultado de prueba de VIH

61. Primera prueba rápida (tipo, fecha y resultado)
- a. Prueba de 3^a generación (tipo, fecha y resultado)
 - b. Prueba de 4^a generación (tipo, fecha y resultado)
62. Segunda prueba rápida (tipo, fecha y resultado)
- a. Prueba de 3^a generación (tipo, fecha y resultado)
 - b. Prueba de 4^a generación (tipo, fecha y resultado)
63. Si se tiene sospecha de infección viral aguda de la persona:
- a. Carga viral:
 - i. Fecha de la toma de sangre
 - ii. Fecha del análisis
 - iii. Resultado del conteo de carga viral
 - iv. La persona fue referida para iniciar ART en diagnóstico confirmado de VIH
 1. Si (dónde y fecha)
 2. No
 3. No sé
64. En caso de identificar a una persona con VIH reactivo en la visita inicial con prueba de 4^a generación reactiva:
- a. Carga viral:
 - i. Fecha de la toma de sangre
 - ii. Fecha del análisis

- iii. Resultado del conteo de carga viral
 - iv. La persona fue referida para iniciar ART en diagnóstico confirmado de VIH
 - 1. Si (dónde y fecha)
 - 2. No
 - 3. No sé
65. En caso de que la persona inscrita en el programa sero convierta: identificar una prueba rápida reactiva.
- a. Carga viral:
 - i. Fecha de la toma de sangre
 - ii. Fecha del análisis
 - iii. Resultado del conteo de carga viral
 - iv. La persona fue referida para iniciar ART en diagnóstico confirmado de VIH
 - 1. Si (dónde y fecha)
 - 2. No
 - 3. No sé

Resultados de pruebas

66. Órdenes y resultados de otras pruebas de laboratorio (fecha de la toma, tipo de prueba, resultado):
- i. Sífilis
 - ii. Hep B
 - iii. Hep C
 - iv. Creatinina
 - v. Otras_____

Decisión del personal de consejería derivada de la evaluación de riesgo

67. La persona no es elegible a la PrEP
- a. Servicios de prevención otorgados
 - i. Acompañamiento a los servicios de salud
 - ii. Apoyo / Terapia psicológica
 - iii. Grupos de autoapoyo
 - iv. Condones
 - v. Lubricantes
 - vi. Kit de insumos
 - vii. Consejería
 - viii. Pruebas para la detección de VIH
 - ix. Pruebas para la detección de otras infecciones de transmisión sexual (Especificar)
 - x. Agujas y jeringas estériles
 - xi. Profilaxis Pre Exposición
 - xii. Profilaxis Post Exposición
 - xiii. Atención médica
 - xiv. Otro (especifique)
68. La persona es elegible a la PrEP diario
69. La persona es elegible a la PrEP 2-1-1

70. La persona es elegible a la PrEP episódico
71. Definir tiempo: _____
72. Comentario, argumento consejero, sobre:
- Nivel de riesgo
 - Potencial en adherir a un esquema de la PrEP
 - Persona usuaria no desea adherirse al programa
 - Preferencia de esquema de la persona
 - Otro

Consulta médica - Toma de decisión del medico

En este componente se capturan los datos del personal médico conforme a su valoración sobre la decisión final sobre el esquema de la PrEP asignado, tomando en cuenta la información registrada por el personal de consejería y la generada durante la consulta médica.

Le personal médico deberá realizar una historia clínica general durante la visita inicial, donde se plantearán preguntas dirigidas a identificar criterios de exclusión:

Preguntas de exclusión por contraindicaciones médicas (Salud renal y ósea).

73. En los últimos 30 días ¿ha tenido signos o síntomas de infección viral (episodios de fiebre, diarrea, hinchazón de ganglios, bolitas en cuello, axilas o ingles, dolor de garganta, dolor de cuerpo o ronchas “erupciones en la piel”, lesiones en la boca, fatiga)?
- Sí
 - No
74. ¿Tienes o has tenido debilidad/fragilidad en los huesos o una fractura no relacionada con un traumatismo (golpe)?
- Sí
 - No
75. ¿Tienes o has tenido enfermedades cardíacas, tuberculosis pulmonar resistente, cáncer o infección en los huesos? (Que sigan activas)
- Sí
 - No
76. ¿Consumes algún medicamento para una infección viral o bacteriana fuerte o que bajan las defensas, dañan los riñones?
- Sí (registrar medicamento)
 - No
77. ¿Tienes o has tenido alguna enfermedad en los riñones?
- Sí (Especificar)
 - No
78. ¿Tienes Hepatitis B? (Reciente diagnóstico o daño permanente en hígado)
- Sí
 - No

79. ¿Tienes alergia o contraindicación al uso de la PrEP (Tenofovir o Emtricitabina)?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sé

Historia clínica abreviada (Anexo Ñ)

Decisión tamizaje/evaluación de riesgo

80. La persona no es elegible para la PrEP (Ofrecer otras alternativas de prevención)
81. La persona se le prescribe la PrEP diario
82. La persona entra con la PrEP por evento
83. La persona entra con la PrEP corto plazo
84. Comentario médico
- a. Nivel de riesgo
 - b. Potencial en adherir al esquema
 - c. La persona decide no continuar
 - d. Otro

Elegir esquema PrEP

85. Sin PrEP
86. PrEP diario
87. PrEP por evento
88. PrEP corto plazo
89. Impresión de recetas:
- a. 1 mes
 - b. 2 meses
 - c. 3 meses
 - d. 4 meses

Eventos adversos

Este apartado se incluirá en todas las visitas de seguimiento (incluida la visita de 30 días).

90. Desde su última visita ha sufrido de:
- a. Náusea
 - b. Vómitos
 - c. Diarrea
 - d. Flatulencia
 - e. Dolor abdominal
 - f. Otro, especifique
 - g. Ninguno
 - h. Prefiero no responder
91. ¿Las reacciones adversas identificadas representan un criterio de exclusión para que el participante tome la PrEP?

- a. No y su seguimiento será regular
- b. No, pero su seguimiento requerirá la siguiente especificación:

- c. Sí
- d.

En caso de haber presentado una reacción adversa que llevara al usuario a estar hospitalizado por más de 24 horas, que hubiera puesto en peligro su vida, que le ocasionará una discapacidad física que sea persistente o significativa, que ocasionará una anomalía congénita a su descendencia o bien que hubiera causado la muerte el médico deberá completar el Anexo O.

ANEXO Ñ. Formato de historia clínica abreviado

Sexo: _____ Edad: ____Años. Fecha: / / 20 __ Visita #
inicial

		Número expediente en el programa:				
Nombre:						
HISTORIA CLÍNICA						
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES						
.....						
.....						
.....						
<ul style="list-style-type: none"> • ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, NO PATOLÓGICOS, TOXICOMANÍAS Y SEXUALES DE RIESGO: (Interrogatorio dirigido a identificar osteoporosis, enfermedades cardíacas graves, tuberculosis, o cáncer, identificar consumo de medicamentos contraindicados en uso concomitante con la PrEP, enfermedad renal, hepatitis reciente o daño hepático) 						
Alergias a medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cirugías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grupo RH (Especifique)						
Vacuna:	Vacuna Anti Influenza estacional	Vacuna Anti Tétanos	Vacuna Anti VPH (Dosis)	Vacuna Anti Hepatitis B (1)	Vacuna Anti Hepatitis B (2)	Vacuna Anti Hepatitis B (3)
Fecha Aplicación:						
Signos Vitales	INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS					
Estatura (cm): _____	Síntomas generales:					
Peso actual (Kg) _____	Órganos de los sentidos: a) Ojos b) Oídos c) Nariz d) Garganta e) Gusto Cardiorrespiratorio Vascular Urinario	<input type="checkbox"/> Interrogado y negado <input type="checkbox"/> Interrogado y negado	Genital Digestivo Hemolinfático Endócrino Nervioso Psiquiátrico Músculo esquelético Dermatológico Dolor	<input type="checkbox"/> Interrogado y negado <input type="checkbox"/> Interrogado y negado		

	COMENTARIOS DEL INTERROGATORIO:	
Frecuencia respiratoria (x min)	
Exploración Física	¿Se realizó exploración física? <input type="checkbox"/> Sí No: <input type="checkbox"/>	
	Describe anomalías	
Habitus Exterior:	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones	
Cabeza y cuello:	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones	
Tórax y abdomen:	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones	
Extremidades:	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones	
Exploración Neurológica:	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones	
PIEL	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones	
Otro:		
Signos de Infección Viral Aguda	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si:	

Resultados de Laboratorio			(1=Positivo, 2= Negativo, 3=Sin datos)		
Prueba de laboratorio	Resultado	Fecha	Prueba de laboratorio	Resultado	Fecha

TRATAMIENTOS PREVIOS Y RESULTADOS OBTENIDOS	
.....	

Examen ano genital	¿Fue realizado el examen? <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>	
	¿El usuario está circuncidado?: <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	
	Examen Nota: Complete el examen utilizando una lupa manual de 4x	Normal =1 Anormal =2 No se realizó=3
	Región inguinocrural (busque ganglios inflamados)	Describe anomalía
	Genitales externos	
	Región perianal	
Examen anal		

	Detalles:

Diagnostico Sindromático	¿Se integra diagnóstico Sindrómico? <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/> Sujeto clínicamente sano
	<input type="checkbox"/> Síndrome Ulcerativo <input type="checkbox"/> Uretritis/ Cervicitis <input type="checkbox"/> Flujo Vaginal <input type="checkbox"/> Tumoral / VPH <input type="checkbox"/> Enf. Inflamatoria Pélvica
	<input type="checkbox"/> Ectoparasitosis <input type="checkbox"/> Epididimitis <input type="checkbox"/> Proctitis / Proctocolitis, Enteritis <input type="checkbox"/> Prevenibles por vacunación HVA, VHB, VHC
	<input type="checkbox"/> Gonorrea Anal <input type="checkbox"/> Clamidiasis Anal <input type="checkbox"/> Otras
	Detalles:

Plan y Tratamientos:
Incluya: la prescripción de creatinina si el usuario será asignado a un esquema con la PrEP, laboratorios adicionales necesarios para confirmar sospecha de diagnósticos

Elaborado por Dr. (a). _____ Cédula profesional

ANEXO O. Formato de reacciones adversas

Aviso de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos

Homoclave del formato
FF-COFEPRIS-11
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos.
Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave y nombre del trámite

Homoclave: COFEPRIS-04-017	Nombre: Aviso de sospecha de reacciones adversas de medicamentos
----------------------------	--

No. de notificación (de acuerdo a origen)	No. de notificación (general)	No de notificación (laboratorio)

2. Datos del paciente

Iniciales del paciente	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estatura (cm)	Peso (Kg)
	DD / MM / AAAA	Años Meses	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		

3. Datos de la sospecha de reacción adversa

Fecha de inicio de la reacción	DD / MM / AAAA	
Descripción sospecha de reacción adversa (incluyendo los datos de exploración y de laboratorio)		
Consecuencias del evento		
<input type="radio"/> Recuperado sin secuela	<input type="radio"/> Muerte-debido a la reacción adversa	<input type="radio"/> No se sabe
<input type="radio"/> Recuperado con secuela	<input type="radio"/> Muerte-el fármaco pudo haber contribuido	
<input type="radio"/> No recuperado	<input type="radio"/> Muerte- no relacionada al medicamento	

4. Información sobre el medicamento sospechoso

Nombre genérico
Número de lote:
Vía de administración:
Denominación distintiva:

Fecha de caducidad:	DD / MM / AAAA
Fecha de la administración inicial:	DD / MM / AAAA

Laboratorio productor:
Dosis:
Motivo de prescripción:

Fecha de la administración final:	/ /
	DD MM AAAA

¿Se retiró el medicamento sospechoso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
¿Desapareció la reacción al suspender el medicamento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
¿Se disminuyó la dosis?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuánto? _____			
¿Se cambió la farmacoterapia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuál? _____			
¿Reapareció la reacción al re administrar el medicamento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
Si no se retiró el medicamento. ¿Persistió la reacción?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe

5. Farmacoterapia concomitante

Medicamento	Dosis	Vías de administración	Fechas						Motivo de prescripción
			Inicio			Término			
			/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
			DD MM AAAA						
			/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
			DD MM AAAA						
			/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
			DD MM AAAA						

6. Datos importantes de la historia clínica

Diagnósticos, alergias, embarazo, cirugía previa, datos del laboratorio

7. Procedencia de la información

Origen y tipo del informe

Laboratorio productor
Tipo de informe: <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Seguimiento <input type="radio"/> Estudio
Origen: <input type="radio"/> Profesional de la salud <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Asistencia extra hospitalaria <input type="radio"/> Hospital

Profesional
Tipo de informe: <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Seguimiento
Origen: <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Asistencia extra hospitalaria

Fecha de recepción en el laboratorio: ^(a) DD / MM / AAAA	¿Informado en el período estipulado? : ^(a) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Informó esta reacción al laboratorio productor? : ^(b) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
--	--	--

(a) En caso de que el informante sea al laboratorio productor.
 (b) En caso de que el informante sea un profesional.

Persona física	Persona moral
RFC:	RFC:
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Lada:	
Teléfono:	
Extensión:	
Correo electrónico:	
Datos del informante (laboratorio productor o profesional)	

Domicilio del informante (laboratorio productor o profesional)

Código postal: Tipo y nombre de vialidad: (Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracería entre otros.) Número exterior: Número interior: Tipo y nombre de asentamiento humano: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)	Localidad: Municipio o alcaldía: Entidad Federativa: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Lada: Teléfono: Extensión:
--	---

Nota: El envío de este informe no constituye necesariamente una admisión de que el medicamento causó la reacción adversa.

En caso de que el informante sea el laboratorio productor indicar los datos de este. Estos datos son requeridos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia cuando el laboratorio notifique directamente y

deberá ser en un período no mayor a 15 días después de la recepción de la notificación. Indicar datos del profesional notificador, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario. En caso de que el informante sea un profesional, indicar datos de este, dirección y teléfono con la finalidad de canalizar una respuesta si fuera necesario.

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario (Artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo).

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

Sí

No

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en la Ciudad de México o de cualquier parte del país marque sin costo al **01-800-033-5050** y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al **01-800-420-4224**.

ANEXO P. Formato de abandono

1. ¿Porque no has asistido a tus seguimientos de la PrEP? (marca todas las opciones que apliquen):
 - a. No he ido a mi cita de la PrEP porque ya no quiero tomar la PrEP (*pase a Pregunta 2*)
 - b. No he ido a mi cita de PrEP porque ya no quiero ir a las citas (*Pase a pregunta 3*)
 - c. No he ido a mi cita de PrEP porque decidí que ya no necesito tomar PrEP (ya no tengo alto riesgo para contraer ВИН) (*pase a pregunta 4*)
 - d. No he ido a mi cita de la PrEP porque me dijeron que ya no me iban a dar la PrEP (*pase a pregunta 5*)
 - e. No he podido asistir a mi cita de la PrEP por razones de tiempo, dinero, distancia, mudanza, etc. (*pase a pregunta 6*)
 - f. No tengo una cita, pero me gustaría regresar. (*pase a pregunta 7*)
 - g. No quiero contestar (fin del cuestionario)

2. ¿Por qué ya no quieres tomar la PrEP (marque todo lo que aplica):
 - a. Tengo miedo de eventos adversos a largo plazo
 - b. Me sentí mal por el medicamento. Tuve: _____ (Presenté eventos adversos)
 - c. Para mí es difícil tomar un medicamento diario
 - d. Por miedo a que alguien notara que tomaba la PrEP
 - e. Otro
 - f. No quiero contestar

3. ¿Por qué ya no quieres ir a las citas? (marque todo lo que aplica):
 - a. No quiero ir cada 3 meses a la clínica/asociación
 - b. Me trataban mal
 - c. Horario incompatible con trabajo o escuela
 - d. Me tomaba mucho tiempo acudir a las citas
 - e. Me hacían demasiadas preguntas
 - f. Me hacían demasiadas pruebas
 - g. Otro
 - h. No quiero contestar

4. ¿Por qué ya no necesitas la PrEP (marque todo lo que aplica):
 - a. Tengo menos parejas (hombres y/o mujeres trans)
 - b. Tengo menos sexo anal
 - c. Siempre uso condón
 - d. Otro
 - e. No quiero contestar

5. ¿Por qué ya no te dieron la PrEP (marque todo lo que aplica):
 - a. Me dijeron que ya no tengo riesgo
 - b. Tengo menos parejas (hombres y/o mujeres trans)
 - c. Tengo menos sexo anal
 - d. Siempre uso condón
 - e. Tengo condiciones médicas que no son compatibles con la PrEP

- f. Tengo mala adherencia – no pude tomarlo bien/cada día
 - g. Otro
 - h. No quiero contestar
6. ¿Por qué no pudiste ir (marca todo lo que aplica):
- a. Horario incompatible con trabajo o escuela
 - b. Toma mucho tiempo acudir a la cita
 - c. Me hacían demasiadas preguntas
 - d. Me cambie de casa y me queda muy lejos
 - e. Me cambie de ciudad
 - f. Salí de viaje varios meses
 - g. Otro
 - h. No quiero contestar



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN PARA OTORGAR PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

MÓDULO DE COMUNICACIÓN

GRUPO DE TRABAJO

MÓDULO DE COMUNICACIÓN

Coordinación

Dra. Patricia Bonequi Alvarado

Coordinación Vigilancia Epidemiológica
Petróleos Mexicanos

Mtro. Juan Manuel Coronel Morales

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
Dirección General de (CENSIDA)

Integrantes

Erika Ivonne Villegas Hernández

Presidenta
Agenda Nacional Política Trans de México, A. C.

Dra. Claudia Aidé Rodríguez Trejo

Coordinadora Estatal del Programa de VIH/SIDA E ITS Y VHC
Secretaría de Salud del Estado de San Luis Potosí

Mtro. Álvaro Velarca Hernández

Coordinador de seguimiento internacional e interinstitucional del
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Ricardo Hernández Forcada

Jefe de División PHAE
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Aarón Rojas Cortés

Director de Programas y Educación
Inspira Cambio A. C.

CONTENIDO

MODELO DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN	180
EJES RECTORES DE LA PROPUESTA ADAPTATIVA DE MODELO PARA LA DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN	181
DISEÑO ESTRATÉGICO Y CONCEPTUAL DE LOS MENSAJES CLAVE	181
PROPUESTAS PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS	182
CAMPAÑA DE 360.....	184
ANEXOS	187

DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN COMBINADA LA PREP

Las estrategias de comunicación, promoción y educación juegan un papel determinante en el éxito de programas de salud, los cuales deben estar sustentados en una planeación estratégica y apoyarse en herramientas de mercadotecnia en salud, divulgación y comunicación que hayan mostrado su validez y permitan el uso más eficiente de los recursos destinados a su diseño, difusión y evaluación. Al mismo tiempo, deben alcanzar a la población objetivo sin improvisaciones y tomando en cuenta las interseccionalidades de los grupos.

La propuesta para la comunicación y divulgación en México de la profilaxis oral previa a la exposición o pre exposición (PrEP), como una opción a elegir dentro de una gama de estrategias de prevención combinada, tiene por objetivo sugerir y proponer estrategias para integrar esta intervención biomédica en campañas y estrategias de comunicación de salud en las diferentes instituciones y centros de atención.

La propuesta parte de un enfoque de salud pública basado en los derechos humanos y centrados en la persona que busca evitar estigmatización de las comunidades que pueden acceder a la PrEP. Al mismo tiempo, se busca potenciar otras intervenciones para la prevención de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, como el uso de condón, promoción de la detección oportuna del VIH, así como los programas de reducción de daños para las personas que utilizan drogas inyectables.

Debido a los contextos específicos de las poblaciones y a las necesidades particulares en la implementación de los servicios de prevención combinada con PrEP en México, la propuesta de comunicación y divulgación plantea diversos panoramas para la creación de materiales que hagan llegar a la población la información clara y objetiva sobre el programa. Se parte de reconocer que cada institución de salud cuenta con recursos y capacidades diferenciadas. Así mismo, la aplicación de estrategias de divulgación se centra en recomendaciones de la OMS y buscan acortar la brecha socioeconómica y cultural que les impide a las personas adquirir el conocimiento científico y utilizarlo para la toma de decisiones en cuestiones referentes a su salud.

Por lo anterior, se propone una visión que puede ser adaptada y su realización debe contemplar los principales ejes rectores aquí propuestos. A continuación, se describen las estrategias de comunicación que permitan difundir información correcta y efectiva para la promoción de la PrEP entre las poblaciones clave con mayor riesgo y en contextos de mayor prevalencia de VIH.

1. Modelo de comunicación y divulgación

La propuesta de divulgación y comunicación para la PrEP está enfocada a aumentar la concientización general respecto a la prevención combinada que incluya la PrEP. Esto, desde un enfoque de derechos humanos y servicios de salud centrados en las personas y las comunidades.

Por lo mismo, se plantea utilizar de forma diferenciada un modelo de campaña de comunicación que contempla el uso de medios y espacios de difusión masiva como pueden ser televisión, radio y portales digitales. De igual manera, se contempla la posibilidad de una estrategia de divulgación que contemple el uso de espacios especializados e intervenciones ciudadanas que garanticen la participación de la sociedad en la democratización del conocimiento médico como pueden ser las ferias de salud.

1.1 Objetivo para la divulgación y comunicación

- Difundir información para dar a conocer la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición.
- Promover el la PrEP como una estrategia de prevención combinada que incluye otros métodos de prevención disponibles.
- Generar información pertinente para las poblaciones clave sobre la prevención.

1.2 Objetivos específicos

- Fortalecer conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado y las estrategias de prevención combinada para la erradicación de la epidemia por VIH. Esto, sin sustituir ni competir con intervenciones para la prevención de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, como el uso de condones o los programas de reducción de daños para las personas que utilizan drogas inyectables.
- Promover el uso de métodos de prevención de VIH basado en las necesidades de las personas, posibilitando con ello, una mejor adherencia.
- Divulgar un enfoque de salud pública basado en los derechos humanos y centrados en la persona que tome en cuenta el impacto de la infección por VIH en la trayectoria de vida de las poblaciones clave.

- Usar de manera eficiente y racional de recursos que respondan a una planeación estratégica.

2. Ejes rectores de la propuesta adaptativa de modelo para la divulgación y comunicación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando se ofrece la PrEP a personas con un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH, es importante adoptar un enfoque de salud pública basado en los derechos humanos y centrado en la persona. Como ocurre con otras intervenciones de prevención y tratamiento de la infección por el VIH, un enfoque basado en los derechos humanos da prioridad a cuestiones relativas a la cobertura universal de salud, la igualdad de género y los derechos relacionados con la salud, incluidas la accesibilidad, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de la PrEP.

La presente propuesta de comunicación busca que las instituciones y centros de atención adopten este enfoque y se centre en la divulgación del tratamiento como una opción de prevención combinada. Esto, a la par del uso de los otros métodos disponibles como el condón interno, el condón externo, el uso de lubricante a base de agua y la Profilaxis Post Exposición. Los materiales de las campañas y estrategias deberán responder a las principales inquietudes de la población, sin que esto genere más estigmatización hacia las comunidades que lo utilizan. El mensaje es el uso de la PrEP como un método de prevención de VIH, no las prácticas sexuales de las personas usuarias. Es decir, se debe poner énfasis en las interseccionalidades y las desigualdades sociales que plantean la necesidad de acceder a la PrEP por una situación de vulnerabilidad frente al VIH. Por lo mismo, se plantea adherirse a la terminología y visión que plantea ONUSIDA para el abordaje de la prevención del VIH y Sida.

Se hace hincapié en mostrar la PrEP como parte de un sistema de salud pública, por lo cual la decisión de adherirse al tratamiento debe surgir de la persona interesada y el método de prevención que se elija debe ser el que se ajuste a sus necesidades. Por lo cual, las preguntas principales que deben contestar los materiales son:

- ¿Qué opciones de prevención de VIH existen, están disponibles y son eficaces?
- ¿La PrEP es para mí?
- ¿Cómo acceder a la PrEP?

3. Diseño estratégico y conceptual de los mensajes clave

La comunicación sobre el programa PrEP deberá mostrar de forma clara y concreta los siguientes temas para la realización de mensajes clave:
Eficacia y beneficios de la PrEP.

- La PrEP como una estrategia de prevención combinada que incluye otros métodos de prevención disponibles.
- Para quién es la PrEP. Criterios básicos de incorporación a la PrEP
- Para garantizar la eficacia en la comunicación, los mensajes claves deberán cumplir las siguientes características:
- Ayudar a promover la adopción conductas de autocuidado y estrategias de prevención combinada para el VIH y las infecciones de transmisión sexual.
- Ser claros, sencillos y fáciles de recordar.
- Contar con sustento en evidencia y/o fundamentos científicos traducidos en un lenguaje comprensible sin saturar de información.
- Ser empáticos y capaces de generar confianza.
- Motivar al cambio y comunicar el beneficio de usar la PrEP.
- Consistentes en la repetición y difusión.
- Señalar implicaciones prácticas que tiene la PrEP.
- Utilizar un número limitado de palabras para lograr mensajes claros y asertivos.
- Evitar el uso de términos, imágenes o cualquier elemento que fomente prejuicios y estigmas sociales en contra de comunidades claves.
- Evitan generar confusión y ambigüedad.
- Toman en cuenta el habla y costumbres, el consumo de medios locales, pero sin modismos.
- Relevantes, atractivos, significativos y estimulantes.
- Originales y novedosos.

Dentro de las estrategias de comunicación y divulgación se debe de contemplar el público clave en donde se busca incidir. A partir de dicho análisis, se debe enriquecer el material informativo y gráfico con la información que se puede observar en el *Anexo K* sobre las preguntas y respuestas más frecuentes de las personas usuarias de la PrEP.

4. Propuestas para el diseño de estrategias

A partir del análisis de diferentes estrategias de comunicación en salud, se propone que la integración de la PrEP en las campañas de las instituciones y centros de atención contemple tres etapas estratégicas:

4.1 Expectativa

Difundir mensajes que generen expectativa sobre alternativa de prevención combinada de VIH para que las personas que se encuentran en situaciones y en períodos de su vida en los cuales pueden tener un alto riesgo de adquirir la infección por el VIH tengan información basada en evidencia científica y que considere las diferentes intersecciones de las poblaciones.

Se incentivará el uso del condón (interno y externo) y el lubricante a base de agua con la PrEP como parte de un derecho al acceso a los métodos de prevención.

Opciones de mensajes:

Mensajes	Productos
1. ¿Conoce qué es la PrEP? 2. Acércate al personal de salud y a las consejeras y consejeros para conocer nuevas maneras de prevención de VIH y otras ITS. 3. Aprovecha todas las maneras en que puedes protegerte contra el VIH. 4. Métodos de prevención del VIH y nuevos enfoques. 5. Material para poblaciones con alta prevalencia de VIH o con prácticas de riesgo. Posibles slogans PrEP+Condón= Mayor protección <ol style="list-style-type: none"> PrEP, condón y lubricante de agua, la mejor forma de protegerte. El VIH es PrEPvenible <ol style="list-style-type: none"> PrEP para tu tranquilidad. La satisfacción y la seguridad se PrEPan. 	Infografías Postales para redes sociales, Banners en páginas de internet Carteles Espectaculares Periódicos murales Puntos clave (farmacias, unidades médicas, lugares donde venden condones, sex shops) Redes Sociales

4.2 Divulgación de información sobre la PrEP

Utilizar estrategias de divulgación científica para concientizar a partir de información y estudios útiles. Contacto con medios de comunicación para brindar información clave para implementar el programa. Se busca que las personas que se han acercado a los métodos de prevención tengan información a detalle para ponderar el uso de la PrEP en conjunto con otros métodos.

Opciones de mensajes

Mensajes	Productos
1. Conocer la población clave y requisitos para el acceso al tratamiento. 2. Beneficios de la PrEP. 3. Mecanismo de acción. 4. Duración de la PrEP. 5. Estudios de seguimiento. 6. Qué formas de protegerme tengo acceso. Posibles slogans PrEParse para prevenir el VIH <ol style="list-style-type: none"> La PrEP te protege y previene del VIH. PrEP es prevenir, PrEP es proteger...Piensa PrEP. Si deseas prevenir... primero, PrEP. <ol style="list-style-type: none"> ¡PrEPárate! PrEPárate para ser libre. PrEPárate por tu seguridad. 	Infografías Postales para redes sociales Banners en páginas de internet Carteles Espectaculares

4.3 Interés humano

Promoción de la PrEP a través de relatos de interés humano que muestran experiencias entre pares y los esfuerzos de los equipos de salud por hacer llegar la PrEP a las poblaciones a través de un servicio proporcionado por personal capacitado y sensibilizado.

Opciones de mensajes

Mensajes	Productos
1. ¿Cuál es la eficacia de la PrEP? 2. ¿Qué es un método de Prevención combinado? 3. Importancia de adherencia: puedes olvidar muchas cosas en tu día, tu PrEP nunca. 4. Relación con terapia hormonal. 5. Sitios para tener acceso. 6. ¿Tengo que usar preservativos cuando estoy tomando la PrEP? Posibles slogans (pensados en públicos específicos) Estoy PrEPParado Estoy PrEPParada <ol style="list-style-type: none"> 1. para mi libertad. 2. para mi seguridad. 3. para mi satisfacción. 4. PrEP es para mí y para las personas que buscan prevenir el VIH. PrEP VIH niendo <ol style="list-style-type: none"> 1. PrEPVIHniendo + Condon – ITS = vivir mejor. 2. VIHda con PrEPvisión y Condon, menos ITS. 	Videos documentales Entrevistas Cápsulas Informativas Cápsulas audiovisuales de consejería Videos informativos para redes sociales Entrevistas en programas de radio Podcast

5. Campaña de 360°

A partir de un análisis de las capacidades con las que se cuenta para promocionar y divulgar la prevención combinada con servicio de la PrEP en cada localidad, se podrá optar por diferentes estrategias para alcanzar al público objetivo. A partir de las diferentes opciones con las que se cuenta, se podrá optar por una campaña o una estrategia de divulgación en la comunidad para lo cual se debe tener en cuenta los siguientes elementos:

Para ampliar el alcance y penetración en la transmisión de los mensajes clave las tres fases de la comunicación se puede organizar un modelo de 360°; es decir una campaña de comunicación en la cual se emplean de manera sinérgica y coordinada distintos canales de difusión, que van desde los medios masivos de visibilidad externa, las redes sociales hasta las acciones de comunicación social.

Se puede encontrar los espacios de acceso digital en los cuales se deben centrar los esfuerzos para la campaña digital.

Para el abordaje de las diferentes etapas de la campaña se plantea el uso de los siguientes medios de difusión y comunicación:

- i. Medios Masivos de Visibilidad Externa:
 - 1. Televisión
 - 2. Radio
 - 3. Vallas
 - 4. Anuncios
 - 5. Medios impresos
 - 6. Inserciones en periódicos
 - 7. Inserciones en revistas
 - 8. Publireportajes
 - 9. Cine
- ii. Redes Sociales y micrositio
 - 1. Micrositio
 - 2. Facebook
 - 3. Twitter
 - 4. Talleres en Podcasts

En cuanto a la labor de divulgación en las comunidades, se recomienda utilizar el material generado para realizar las siguientes acciones y procesos:

- iii. Acciones de la Comunicación Social
 - 1. Módulos informativos
 - 1. Carteles
 - 2. Dípticos
 - 3. Folletos
 - 4. Artículos promocionales
 - 2. Ferias informativas
 - 3. Perifoneo
 - 4. Congresos
 - 5. Entrenamiento y operación de voceros para entrevistas y participaciones en medios
 - 6. Conferencias de prensa
 - 7. Relaciones públicas
 - 8. Entretenimiento Educativo
- iv. Acciones dirigidas al personal de salud
 - 1. Presentación de la campaña y estrategia de comunicación
- v. Acciones de alcance comunitario
 - 1. Charlas, conversatorios, talleres impartidos por la sociedad civil
 - 2. Distribución de materiales informativos a las poblaciones clave a través de actividades en lugares de encuentro
 - 3. Abordajes cara a cara con poblaciones clave en lugares de alcance comunitario
 - 4. Actividades comportamentales basadas en una estrategia de pares

Sitio web

Si se tiene la opción, se plantea la necesidad de crear un sitio web que englobe la identidad gráfica y conceptual del proyecto de comunicación en el que se incluyan todos los materiales de información y diferentes mecanismos de referencia.

La promoción de la PrEP debe:

- a) Enfocarse en sus beneficios (como prevención del VIH y bienestar)
- b) Dirigirse a cualquier persona que lo necesite tras una evaluación de sus riesgos
- c) Enmarcarse en integración con otros servicios de salud

ANEXO K. Preguntas y respuestas frecuentes de las personas en la PrEP

¿Qué es la PrEP?

- PrEP significa “Profilaxis Preexposición”. La “profilaxis” quiere decir “prevención de la enfermedad”. La PrEP es una pastilla que, cuando una persona seronegativa la toma todos los días, disminuye de manera considerable las posibilidades de contraer el VIH.
- Las pastillas de la PrEP asocian dos medicamentos ARV diferentes en solo comprimido. Estos son los mismos fármacos ARV que se usan en general como parte del esquema de tratamiento de la infección por el VIH en las personas seropositivas.

¿Para qué funciona la PrEP?

- La PrEP protege contra el VIH, pero no aporta ninguna protección contra la mayor parte de las demás infecciones de transmisión sexual ni evita el embarazo.

¿Qué tan bien funciona la PrEP?

- La PrEP no es eficaz 100% para prevenir la infección por el VIH. Sin embargo, puede ser sumamente eficaz cuando se toma todos los días.
- La PrEP no cura la infección por el VIH. En cambio, puede prevenir esta infección en las personas que son seronegativas.

¿Quién debe pensar en utilizar la PrEP?

- La PrEP ayuda a las mujeres y los hombres seronegativos frente al VIH a que sigan siendo seronegativos.
- Es un método de prevención útil para cualquier persona que se encuentre en un riesgo significativo ante el VIH.

¿Quién no puede utilizar la PrEP?

- Las personas que tengan algún padecimiento o daño renal u óseo, reacciones adversas al ARV y personas positivas a VIH.

¿Cómo guardo mis medicamentos?

- Dentro de su frasco en el que es entregado o en caso de ser necesario dentro de un pastillero (verificando que cierre perfectamente). Mantener en un lugar fresco, lejos de la luz del sol y libre de humedad.
- Muy parecido a cualquier otro medicamento, verificar siempre las fechas de caducidad.

¿Cuándo y cómo tomo la PrEP?

- Es necesario tomar una pastilla de la PrEP todos los días. Durante las épocas en las que una persona corre el riesgo de contraer el VIH, se debe tomar la PrEP cada día, aunque la persona no tenga relaciones sexuales todos los días. Es como las pastillas anticonceptivas, que una mujer debe tomar todos los días para evitar el embarazo. Con la PrEP, tomar el medicamento todos los días garantiza que haya suficiente medicamento en el cuerpo en todo momento para prevenir la infección.
- De igual forma se puede tomar solo cuando se tiene planeado una relación de alto riesgo, en esquema 2-1-1. Se debe tomar 2 pastillas de 2 a 24 horas antes de la relación sexual, 1 más al cumplir las 48 horas después de la primera toma y otra para culminar al cumplir las 72 horas.

¿Cómo puedo acordarme de tomar la PrEP?

- Es importante generar una estrategia sistemática, de acuerdo con sus necesidades y actividades cotidianas, que permita optimizar la toma diaria de la PrEP en un horario habitual, y se fortalezca el compromiso con el seguimiento clínico de la estrategia, para asegurar la asistencia regular a los servicios.
- Se sugiere realizar: alarmas que recuerden la toma, asociar la toma a alguna actividad diaria, llevar una dosis extra a la mano, llevar conteo de pastillas de tal forma que corresponda a los días transcurridos, etc.

Y ¿qué pasa si me olvido de tomar una dosis?

- Procurar tomarla inmediatamente al detectar el olvido, siempre y cuando no se traslape con la dosis del siguiente día. Procure no tomar más de 1 pastilla de manera frecuente.

Y ¿qué pasa si tengo efectos adversos o secundarios?

- Acércate inmediatamente con la persona profesional de salud que le provee PrEP para una valoración y la determinación de una estrategia pertinente para la atención de estos efectos para su disminución o desaparición.

¿Qué pasa con la PrEP en el embarazo y la lactancia?

- El riesgo de transmitir la infección por el VIH al bebé es mayor cuando la madre contrae la infección durante el embarazo. Los datos de seguridad existentes respaldan la utilización de la PrEP en las mujeres durante el embarazo y la lactancia cuando persiste el riesgo significativo de contraer la infección por el VIH.
- La opción de continuar o interrumpir la PrEP cuando una mujer queda embarazada es una decisión que debe adoptar la propia mujer, después de haber analizado los riesgos y los beneficios con su prestador de atención de salud.

¿Cuándo y cómo puedo interrumpir la PrEP?

- El uso de la PrEP puede interrumpirse en cualquier momento del curso de vida. La PrEP puede dejar de tomarse cuando la persona lo decide o cuando existen factores que llevan al personal encargado de realizar la consejería sugerir la detención del uso o por indicación médica, pero si decide dejarlo de utilizar sugerir informar inmediatamente.
- Se puede retomar en cualquier momento que la persona lo considere necesario y pertinente para sus necesidades; siempre y cuando se cumpla nuevamente con los criterios de elegibilidad.

¿Funciona la PrEP en las mujeres transgénero?

- La PrEP es eficaz en las mujeres transgénero cuando se utiliza de manera sistemática. Entre los métodos que fomentan la utilización eficaz de la PrEP en las mujeres transgénero se puede incluir las intervenciones de reafirmación de la identidad de género como el tratamiento hormonal feminizante.

¿Interfiere la PrEP con las hormonas masculinizantes o feminizantes?

- No, el cuerpo procesa las hormonas de reafirmación de género en el hígado y los fármacos de la PrEP se procesan en los riñones. No se ha observado interferencia entre las hormonas sexuales y el TAR.

¿Se obligará a las personas trabajadoras sexuales a tomar la PrEP?

- Toda utilización de medicamentos debe ser voluntaria. Aun así, en el asesoramiento se debe destacar que tomar la PrEP siempre es una opción voluntaria.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Agutu, C.A. (2019). Systematic review of the performance and clinical utility of point of care HIV-1 RNA testing for diagnosis and care. *PLoS One*. Junio 27; 14(6).
- Baeten, J (2018). HIV Incidence in Persons Using Truvada (FTC/TDF) for HIV Pre exposure Prophylaxis (PrEP): Worldwide Experience From 46 Studies. *HIV Research for Prevention*, 1-25 octubre.
- Bassett, I.V. (2011). Screening for acute HIV infection in South Africa: finding acute and chronic disease. *HIV Med.*;12(1):46-53.
- Bazzi, A.R. (2019). Systematic review of HIV treatment adherence research among people who inject drugs in the United States and Canada: evidence to inform pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence interventions. *BMC Public Health*. 8;19(1):31.
- Bignell, C. (2006). Gonorrhoea. *Sex Transm Infect*. 82 Suppl 4: iv 6-9.
- Boeras, D.I. (2011). Indeterminate and discrepant rapid HIV test results in couples' HIV testing and counselling centres in Africa. *J Int AIDS Soc*. 8;14: 18.
- Branson, B.M. (2019). HIV Diagnostics: Current Recommendations and Opportunities for Improvement. *Infect Dis Clin North Am.*;33(3): 611-628.
- Braun, D.L. (2015). Frequency and Spectrum of Unexpected Clinical Manifestations of Primary HIV-1 Infection. *Clin Infect Dis*.15;61(6): 1013-21.
- Caceres C (2021) Early predictors of seroconversion among enrolees in a PrEP program in Brazil, Mexico and Peru: the IMPREP Demonstration study. *11 th IAS Conference on HIV Science*. Berlin, 18-21 Julio 2021. A-IAS2021-01488. Consultado en: <https://conference.ias2021.org/media-690-early-predictors-of-seroconversion-among-enrolees-in-a-prep-program-in-brazil--mexico-and->
- Carder, C. (2006). Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Infect*. 82 Suppl 4: iv 10-2.
- CENSIDA. (2006). *Manual sobre consejería en VIH e ITS*. Consultado en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/manual-de-consejeria-en-vih-sida-e-its?idiom=es>
- CENSIDA. (2018). *Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Consultado en:

<https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guia-para-la-deteccion-del-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih-143342?idiom=es>

- CENSIDA. (2019). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*, Ciudad de México. Consultado en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-manejo-antirretroviral-de-las-personas-con-VIH>
- Ching, S.Z. (2020). Meta-synthesis of Qualitative Research of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Adherence Among Men Who Have Sex With Men (MSM). *AIDS Educ Prev*.32(5):416-431.
- Curlin, M.E. (2017). Analysis of False-Negative Human Immunodeficiency Virus Rapid Tests Performed on Oral Fluid in 3 International Clinical Research Studies. *Clin Infect Dis*. 64(12): 1663-1669.
- Clínica Especializada Condesa. (2021). *Guía de Consejería Especializada en Estrategias de Prevención Integral del VIH y Otras ITS*. Ciudad de México: Clínica Especializada Condesa.
- De Clercq, J. (2020). Benefits of antiretroviral therapy initiation during acute HIV infection. *Acta Clin Belg*. 29:1-9.
- Delaney, K.P. (2017). Time Until Emergence of HIV Test Reactivity Following Infection With HIV-1: Implications for Interpreting Test Results and Retesting After Exposure. *Clin Infect Dis*. 1;64(1): 53-59.
- Delaugerre, C. (2017). Assessment of HIV Screening Tests for Use in Preexposure Prophylaxis Programs. *J Infect Dis*. 1;216(3):382-386.
- Edeza, A. (2021). Experienced barriers to adherence to pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among MSM: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *AIDS Care*. 33(6):697-705.
- Elliott, T. (2019). Challenges of HIV diagnosis and management in the context of pre-exposure prophylaxis (PrEP), post-exposure prophylaxis (PEP), test and start and acute HIV infection: a scoping review. *J Int AIDS Soc*; 22(12): e25419.
- Fiscus, S.A. (2007). Rapid, real-time detection of acute HIV infection in patients in Africa. *J Infect Dis*. 1;195(3):416-24.
- Fogel, J.M. (2015). Determination of HIV Status in African Adults With Discordant HIV Rapid Tests. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1;69(4):430-8.
- Gandhi, M. (2016). Association of age, baseline kidney function, and medication exposure with declines in creatinine clearance on pre-exposure prophylaxis: an observational cohort study. *Lancet HIV*.3(11): e521-e528.

- Gaydos, C.A. (2021). A Narrative Review of Where We Are With Point-of-Care Sexually Transmitted Infection Testing in the United States. *Sex Transm Dis.*48(8S): S71-S77.
- Geretti, A.M. (2006). Genital herpes. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv31-4.
- Ghayda, R.A. (2020). A Review of Pre-Exposure Prophylaxis Adherence among Female Sex Workers. *Yonsei Med J.* 61(5): 349-358.
- Gilson, R. (2006). Hepatitis A, B, and C. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv35-9.
- Guanira, J.V. (2015). Streamlining HIV testing for HIV preexposure prophylaxis. *J Clin Microbiol.* 53(1): 179-83.
- Herring, A. (2006). Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2006 Dec. 82 Suppl 4: iv23-5.
- Hillis, A. (2020). Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention Among Men Who Have Sex with Men (MSM): A Scoping Review on PrEP Service Delivery and Programming. *AIDS Behav.* (11):3056-3070.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). Implementación de Profilaxis pre-Exposición (PrEP) de VIH en México: un proyecto demostrativo en el contexto de prevención combinada (ImPrEP México). Versión 7. Documento interno no publicado.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Clínica Especializada Condesa, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (2020). Manual de consejería para la provisión de la PrEP. Documento interno no publicado.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021). Guía para la implementación del programa de prevención combinada que incluye profilaxis pre exposición en México (Programa PrEp. V2). Documento interno no publicado.
- INSP, INPRFM, CEC. (2020). *Manual de Consejería para la Provisión de la PrEP.* Ciudad de México: INSP/INPRFM/CEC.
- Jafari, Y. (2013). Are Treponema pallidum specific rapid and point-of-care tests for syphilis accurate enough for screening in resource limited settings? Evidence from a meta-analysis. *PLoS One.* 8(2): e54695.
- Keane, F. (2006). Bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv16-8.
- Lewis, D.A. (2006). Chancroid. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv19-20.
- Lewis, D.A. (2006). Syphilis. *Sex Transm Infect.* Suppl 4: iv13-5.
- Lin, T.C. (2018). The Amsterdam Symptom and Risk-Based Score Predicts for Acute HIV Infection in Men Who Have Sex With Men in San Diego. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Oct 1;79(2): e52-e55.

- Livant, E. (2017) The fourth generation Alere™ HIV Combo rapid test improves detection of acute infection in MTN-003 (VOICE) samples. *J Clin Virol.*;94: 15-21.
- Mabey, D. (2006). Trichomonas vaginalis infection. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv26-7.
- Maheshwari, A.K. (2021). Effect on Kidney Function During Gender Affirming Hormonal Treatment in Transgender Individuals. *J Endocr Soc.* 3; 5(Suppl 1): A790.
- Masciotra, S. (2020). Could HIV-1 RNA Testing be an Option as the Second Step in the HIV Diagnostic Algorithm? *Sex Transm Dis.* 47(5S Suppl 1): S26-S31.
- Maw, R. (2006). Anogenital warts. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv40-1.
- Maxwell, S. (2019). Pre-exposure Prophylaxis Use and Medication Adherence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review of the Literature. *J Assoc Nurses AIDS Care.*30(4): e38-e61.
- McCoy, S.I. (2009). Sexually transmitted infections among patients with acute HIV in North Carolina. *Sex Transm Dis.* 36(6): 372-4.
- Mugwanya, K.K. (2016) Reversibility of Glomerular Renal Function Decline in HIV-Uninfected Men and Women Discontinuing Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate Pre-Exposure Prophylaxis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1;71(4): 374-80.
- Mugwanya, K.K. (2018) Frequency of Monitoring Kidney Function in HIV-Uninfected Persons Using Daily Oral Tenofovir Disoproxil Fumarate Pre-exposure Prophylaxis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1;77(2): 206-211.
- OMS/OPS. (2017). *Herramientas de la OMS para la Implementación de la Profilaxis Previa a la Exposición al VIH. Modulo 3: Consejeros.* World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Consultado en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). ¿Qué es el “2+1+1”? Profilaxis preexposición oral a demanda para prevenir la infección por el VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: actualización de la recomendación de la OMS sobre la PrEP oral. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51795>
- Ortiz, D.A. (2020). The Traditional or Reverse Algorithm for Diagnosis of Syphilis: Pros and Cons. *Clin Infect Dis.* 71(Suppl 1): S43-S51.

- ONUSIDA. (2015). Acción acelerada para la prevención combinada. Consultado en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf
- Park, I.U. (2020). Sensitivity and Specificity of Treponemal-specific Tests for the Diagnosis of Syphilis. *Clin Infect Dis.* 71(Suppl 1): S13-S20.
- Pilcher, C.D. (2004). Frequent detection of acute primary HIV infection in men in Malawi. *AIDS.* 18(3): 517-24.
- Pitasi, M.A. (2020). Performance of an Alternative Laboratory-Based HIV Diagnostic Testing Algorithm Using HIV-1 RNA Viral Load. *Sex Transm Dis.* 47(5S Suppl 1): S18-S25.
- Pleuhs, B. (2020). Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS.* 34(3):111-123.
- Powers, K.A. (2007). Improved detection of acute HIV-1 infection in sub-Saharan Africa: development of a risk score algorithm. *AIDS.* 18; 21(16): 2237-42.
- Rich, J.D. (1999). Misdiagnosis of HIV infection by HIV-1 plasma viral load testing: a case series. *Ann Intern Med.* 130(1): 37-9.
- Richens, J. (2006). Donovanosis (granuloma inguinale). *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv21-2.
- Robb, M.L. (2016). Prospective Study of Acute HIV-1 Infection in Adults in East Africa and Thailand. *N Engl J Med.* 374(22): 2120-30.
- Rolland, M. (2020). Molecular dating and viral load growth rates suggested that the eclipse phase lasted about a week in HIV-1 infected adults in East Africa and Thailand. *PLoS Pathog.* 16(2): e1008179.
- Rosenberg, N.E. (2012) Detection of acute HIV infection: a field evaluation of the determine® HIV-1/2 Ag/Ab combo test. *J Infect Dis.* 205(4): 528-34.
- Rowan, S.E. (2021). Same-day prescribing of daily oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. *Lancet HIV.* 8(2): e114-e120.
- Rutstein, S.E. (2020). Initiation, discontinuation, and restarting HIV pre-exposure prophylaxis: ongoing implementation strategies. *Lancet HIV.* 7(10): e721-e730.
- Sanders, E.J. (2015). Targeted screening of at-risk adults for acute HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *AIDS;* 29 Suppl 3(0 3): S221-30.
- Secretaría de Salud y CENSIDA. (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al Sida (Informe GAM)*. Consultado en:

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MEX_2019_countryreport.pdf

- Sidebottom, D. (2018). A systematic review of adherence to oral pre-exposure prophylaxis for HIV - how can we improve uptake and adherence? *BMC Infect Dis.*18(1):581.
- Siegler, A.J. (2020). A Review of HIV Pre-exposure Prophylaxis Streamlining Strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 17(6):643-65.
- Sivay, M.V. (2017). Characterization of HIV Seroconverters in a TDF/FTC PrEP Study: HPTN 067/ADAPT. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 75(3):271-279.
- Smith, D.K. (2018). A Strategy for PrEP Clinicians to Manage Ambiguous HIV Test Results During Follow-up Visits. *Open Forum Infect Dis.* 21;5(8): ofy180.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa. Consultado en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf
- Vanhems, P. (2004). The incubation period of acute retroviral syndrome as a multistep process: a parametric survival analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.*37(4):1529-33.
- Velloza, J. (2021). Interventions to improve daily medication use among adolescents and young adults: what can we learn for youth pre-exposure prophylaxis services? *AIDS.* 1;35(3):463-475.
- Veloso, V.G. (2019). *Safety, early continuation and adherence of same day PrEP initiation among MSM and TGW in Brazil, Mexico and Peru: the ImPrEP Study.* 10 th IAS Conference on HIV Science. Ciudad de México 21-24 Julio 2019. TUAC0404LB. Consultado en: <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4894>
- White, D.J. (2006). Vulvovaginal candidiasis. *Sex Transm Infect.* 82 Suppl 4: iv28-30.
- Workowski, K.A. (2021). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 23;70(4): 1-187.
- World Health Organization. (2017). *Implementation Tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) of HIV Infection.* Module 1: Clinical. Consultado en: <https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-supplement-jias-2015/en/>
- Wu, H. (2017). Diagnosing acute HIV infection: The performance of quantitative HIV-1 RNA testing (viral load) in the 2014 laboratory testing algorithm. *J Clin Virol.* 93:85-86.