

VIH: Enfocados en la detección temprana

Desde el inicio de la epidemia de SIDA, y luego de identificar al virus VIH-1, los esfuerzos se dirigieron al diagnóstico por pruebas serológicas a pacientes sintomáticos, asintomáticos y a donantes de sangre.¹

Guías, directrices y algoritmos

Desde 1989, CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) ha dado directrices para el diagnóstico de VIH-1 en pruebas serológicas. En 1992 incluyó pruebas para detectar anticuerpos de VIH-2 y, en 2004, estableció un protocolo para confirmar las pruebas de detección rápida de anticuerpos (*point of care*); todas estas guías incluían solo anticuerpos de VIH.²

En 2014, con la evaluación independiente de un amplio grupo de científicos CDC aceptó establecer un nuevo algoritmo para las pruebas diagnósticas de VIH y así detectar la infección más temprano, diferenciar VIH-1 de VIH-2, tener menos resultados indeterminados y una mayor prontitud.³ Estas eliminan las pruebas serológicas del VIH-1 *Western Blot* y VIH-1 IFA antes recomendadas.

Diagnóstico preciso, tratamiento temprano

Para evitar omitir pacientes infectados que luego fueron detectados por pruebas virológicas, se incluyeron las pruebas de detección de antígenos-VIH y ácidos nucleicos (*NAT*).⁴ Es claro que pacientes con niveles de antígenos-VIH detectables y sin anticuerpos de VIH tienen una alta concentración viral y una mayor probabilidad de infectar a otros. Al ser identificados, pueden recibir un tratamiento temprano, lo que minimiza el daño a su sistema inmunológico y mejora su expectativa de vida.

El Dr. José A. Carreras-Rivera mencionó (*Galenus* 49, 2011) en consenso con CDC que, con una medicación adecuada, el VIH es una condición crónica tratable. Sus efectos pueden reducirse en forma significativa si se refuerza el conocimiento, la prevención y el diagnóstico temprano. Por eso se recomienda que toda persona entre los 13 y 64 años (15-65 años por el *US Preventive Task Force*) se haga una prueba de rutina. Las embarazadas que no sepan su estatus de VIH deben hacerse las pruebas.

Angelisa Bonilla de Franceschini, MD

Patóloga clínica y anatómica
Director Médico Laboratorios Borinquen.

Directora Dpto. de Patología,
Universidad Central del Caribe.




La representante de CDC en la Convención de la *American Academy of Clinical Chemistry* actualizó la información de las guías para diagnosticar el VIH y afirmó la probabilidad de modificar el más reciente algoritmo (de 2014), una vez se recolecten, evalúen y discutan los datos de las nuevas pruebas serológicas, aprobadas por FDA después de 2012.

Pruebas de diagnóstico y su evolución

En el algoritmo actual las pruebas de 4ª generación (FDA, 2010) –pruebas inmunológicas combinadas antígeno/anticuerpo– son la primera línea para detección de enfermedad establecida de VIH-1, enfermedad establecida de VIH-2 y la enfermedad aguda de VIH-1. *Detecta más infecciones agudas que las pruebas de 3ª generación.* Como esta prueba es un *combo*, cuando es reactiva requiere de pruebas específicas para anticuerpos de VIH-1 y de VIH-2. Si estas resultan negativas o indeterminadas, se hace una prueba de VIH-1 NAT y si, en efecto, es reactiva a VIH-1 NAT, se trata de un caso de infección aguda de VIH-1.5 Debemos recordar que la ventana de detección disminuye a los 17 días.

La primera prueba de detección viral de 5ª generación diferencia los componentes, los marcadores de VIH, la reactividad al antígeno-VIH-1 (antígeno p24), al anticuerpo de VIH-1 y el anticuerpo de VIH-2.

Comentario

El diagnóstico de VIH continúa evolucionando con pruebas de laboratorio con una mayor capacidad de diferenciación de los antígenos, los anticuerpos VIH-1 y VIH-2 y las pruebas rápidas de ácidos nucleicos (*NAT*'s). Una vez se evalúe la data de estas pruebas de mayor especificidad CDC estará reevaluando las directrices para continuar con la consigna de “diagnóstico temprano”. 

Referencias

1. Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations; June 2014 CDC stacks.
2. MLO: Understanding the CDC's Updated HIV tests protocol.
3. AACC 2015: Dr. Michelle Owens.
4. BIO-RAD: Bioplex 2200 multiplexing platform and Geenius HIV 1/2 supplementary testing. FDA recommendation.