

Intervención basada en pruebas diagnósticas para un enfoque integral de las infecciones de transmisión sexual

Intervention based on diagnostic tests for a sexual transmitted diseases' integral approach

AUTORAS

Dra. Ana Margarita Mayor Puerta (1)

E-mail: anamayor@capiro.vcl.sld.cu

Dra. María de Lourdes Sánchez Alvarez (2)

E-mail: peralsan@capiro.vcl.sld.cu

1) Especialista de II Grado en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Investigadora Agregado. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara. Villa Clara.

2) Especialista de II Grado en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Investigadora Agregado. Profesora Auxiliar. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara. Villa Clara.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal descriptivo en diversas comunidades del municipio Manicaragua para Identificar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de Hepatitis B, Virus de Hepatitis C y Treponema pallidum en 448 personas sexualmente activas entre 15 y 59 años de población general. A partir del consentimiento informado y con una explicación de la dinámica de la investigación se procedió a la toma de la muestra y a la entrevista personal. Se aplicaron los principios de Atención Primaria de Salud (APS): equidad, integración y empoderamiento. Se realizó intervención educativo-preventiva y consejería. Las muestras fueron procesadas por tecnología SUMA y se realizó la determinación de anticuerpos al Treponema pallidum por serología VDRL. La positividad general fue de 2,6 % a expensas de los virus de hepatitis y dentro de éstos la reactividad serológica al Virus de Hepatitis C fue 1,33 % y al Virus de Hepatitis B de 0,88 %. A su vez se detectaron dos personas con serología VDRL débil reactiva. No se identificaron personas infectadas por el VIH. Las personas con reactividad serológica VHC y VHB desconocían su estatus serológico. La población que resultó reactiva a las pruebas realizadas fueron mayoritariamente mujeres, en las edades medias de la vida. Se hizo entrega de los resultados al médico de atención primaria. Las personas que accedieron voluntariamente a la prueba de VIH tuvieron otras opciones pues dispusieron de información sobre las ITS-VIH, participaron de un instante de reflexión y análisis personal sobre su percepción de riesgo y finalmente conocieron su estatus serológico ante cuatro agentes causales de estas infecciones.

Palabras clave: infecciones de transmisión sexual, prueba voluntaria de VIH, intervención comunitaria.

SUMMARY

We carried out a cross-sectional, descriptive study in several communities of the municipality of Manicaragua to identify the infection by the Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and *Treponema pallidum* in 448 sexually active people aged 15-59 years from the general population. Starting with the informed consent and a dynamic explanation of the investigation we took samples and did personal interviews. We applied the principles of the Primary Health Care: equity, integration and empowering. We developed an educative-preventive intervention and advisory. The samples were processed by SUMA technology, and the determination of the *Treponema pallidum* was made by VDRL serology. The general positivity was 2,6 % at the expenses of the hepatitis viruses, and among them, the serologic reactivity to the Hepatitis C Virus was 1,33 %, and to the Hepatitis B Virus of 0,88 %. We also detected two persons with mild reactive VDRL serology. We did not identified persons infected with the HIV. The persons with VHC and VHB serologic reactivity did not know their serologic status. The population who resulted reactive to the tests was mainly middle/aged women. We gave the results to the primary care physician. The persons who voluntarily agreed the HIV tests had other options because they had information on STD/HIV, made a reflection and personal analysis on their risk perception and finally knew their serologic status about four causal agents of these infections.

Key words: sexually transmitted infections, voluntary HIV test, communitarian intervention.

INTRODUCCIÓN

Los intentos por lograr un acercamiento a la problemática de las ITS-VIH/sida desde multitud de perspectivas es motivo del accionar de personas que persisten en encaminar su vocación en servir tanto a quienes están expuestos a infectar o a quienes ya han infectado por algunos de los agentes biológicos que ocasionan las infecciones que se transmiten en el plano de las relaciones más íntimas del ser humano.

Son conocidos los clásicos enfoques en la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en ninguno se puede encontrar supremacía, todos en una intención integradora adicionan respuestas y tributan con resultados a tan comprometedor esfuerzo: detener la transmisión entre los vulnerables y las complicaciones entre los afectados.

El diagnóstico puede ser una forma de lograr una aproximación a poblaciones de personas clásicamente consideradas "en riesgo" sea mayor o menor este riesgo a adquirir infecciones de transmisión sexual y tener por tanto daño en su salud sexual. Por su parte un enfoque de acercamiento a la población general permite relacionar el riesgo y el daño a la salud (1-3), por lo que este estudio se encaminó a realizar una intervención integral sobre infecciones de transmisión sexual a partir de identificar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de Hepatitis B, Virus de Hepatitis C y *Treponema pallidum* en personas de población general.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo en diversas comunidades del municipio Manicaragua, provincia de Villa Clara, para identificar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de Hepatitis B, Virus de Hepatitis C y Treponema pallidum, en 448 personas sexualmente activas entre 15 y 59 años de población general.

Se accedió a 14 comunidades con un equipo de trabajo liderado por el laboratorio y compuesto por médicos especialistas, técnicos de laboratorio, brigadistas sanitarias, promotores de salud, trabajadores sociales, entre otros. A partir del consentimiento informado y con una explicación de la dinámica de la investigación, se procedió a la toma de la muestra y a la entrevista personal a las personas que acudieron voluntariamente. Se realizó intervención educativo-preventiva y consejería.

Se orientó al personal entrevistador sobre la forma de acceder a las preguntas, para dentro de lo posible obtener respuestas verídicas, aun así en el plano de la vida íntima es posible que se omitan o se simulen respuestas. El momento de la toma de la muestra y la entrevista se convirtieron en una oportunidad para una acción educativa no formal pero que sin dudas favorecieron la reflexión en los beneficiarios quienes fueron la motivación principal de la investigación.

Se trabajó en un ensayo de prueba voluntaria de ITS/VIH asociada a consejería (PVC) y en un trabajo educativo preventivo que enriqueció a los presentes desde la concepción de todos como beneficiarios.

Las muestras fueron trasladadas al Laboratorio de Inmunodiagnóstico del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología para ser procesadas por tecnología SUMA con UMELISA recombinante para la detección de anticuerpos a VIH, VHC y Antígeno de superficie. Asimismo, se realizó la determinación de antígeno VDRL como prueba diagnóstica. Se hizo entrega de los resultados al médico de atención primaria. (Véase en anexo 1 el algoritmo de trabajo.)

RESULTADOS

La tabla No. 1 muestra la positividad general a agentes causales de intenciones de transmisión sexual obtenida por pruebas de laboratorio, esta fue de 2,6 % a expensas de los virus de hepatitis y dentro de estos la reactividad serológica al Virus de Hepatitis C fue 1,33 % y al Virus de Hepatitis B de 0,88 %; a su vez se detectaron dos personas con serología VDRL débil reactiva. Esta positividad fue detectada en personas de población general con mayor o menor exposición al riesgo de adquirir una ITS.

Tabla 1. Reactividad serológica a los agentes causales de infecciones de transmisión sexual

Reactividad	VIH		VHC		HBsAg		VDRL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Reactivas	0	0	6	1,33	4	0,89	2 (DR)	0,4
No reactivas	448		442		436		446	
Total	448		448		448		448	

Al documentar el antecedente de realización de la prueba de VIH (tabla No. 2) el 66,7 % tuvo este examen de laboratorio realizado y muy significativamente a expensas de las mujeres para quienes está contemplado en el programa materno-infantil la realización durante el embarazo.

Tabla No. 2. Prueba de VIH realizad*

Pruebas de VIH realizada	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	176	73,9	123	58,6	299	66,7
No	62	26,1	87	41,4	149	33,3
Total	238	53,1	210	46,9	448	100

*p=0.001

En la tabla 3 se describe el uso de protección que fue a expensas de los hombres pues a favor de ellos se demuestra el uso de condón tanto como interrogante general como en la confirmación de su uso en la última relación sexual, hay consistencia en ambas respuestas con relación al enfoque de género en esta práctica segura y es una alerta que la desventaja está a favor de las mujeres quienes expresan un pobre uso de condón. En forma general menos de un tercio de la población usa condón (23,8 %).

Tabla No. 3. Uso de protección con preservativo en la población general beneficiaria de la investigación *

Protección	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Uso del preservativo	33	13,9	74	35,2	107	23,9
Uso del preservativo en última relación	33	13,9	79	37,6	112	25,0

*p=0.000; p=0.000

Al interrogar en forma general si habían tenido alguna ITS, solo un 18,5 % de personas lo afirmaron a expensas de las mujeres y al reafirmarlo indagando con enfoque sindrómico (tabla No. 4) se logró una mayor purificación del dato con una definición de que el 69,7 % no habían presentado ninguno de los cuatro síndromes, por lo que se infiere que aproximadamente un 30 % de esta población ha tenido alguno de los síndromes en que se agrupan las ITS para el manejo comunitario.

Un 30 % de esta población había tenido alguno de los síndromes en que se agrupan las ITS para el manejo comunitario, sin embargo la incidencia de úlceras genitales en esta población no fue de significación, lo que actuó como factor protector a la transmisión de VIH y otras ITS virales. Desagregar los síndromes permite declarar que la descarga vaginal, como era esperado fue el más reportado (37,8 %), le continúa en orden de frecuencia el dolor abdominal bajo en las mujeres (17,5 %). Por su parte, en los hombres la descarga uretral fue declarada en el 6,2 %.

Tabla No. 4. Síndromes referidos por las personas entrevistadas de población general*

Antecedentes de ITS	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Ninguno	126	52,9	184	87,6	310	69,2
Descarga vaginal	90	37,8	0	0	90	37,8
Descarga uretral	0	0	13	6,2	13	6,2
Dolor abdominal bajo	37	15,5	0	0	37	15,5
Úlcera genital	9	3,8	11	5,2	20	4,4

*p=0.000

En la tabla No. 5 se señalan los agentes causales de ITS presentadas en esta población con anterioridad a investigación actual. La *Cándida albicans* en las mujeres, ocasionando la candidiasis vaginal, fue la más frecuentemente referida y la *Trichomona vaginalis*, también mayoritariamente referida por las mujeres, fue la segunda en frecuencia. La *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo) en los hombres fue referida con frecuencia importante (5,2 %), no así en la mujer, para la que cursa de manera asintomática y de difícil identificación. La *Gardnerella vaginalis* tuvo también una prevalencia importante en las féminas que participaron de esta investigación de campo. El virus del papiloma humano, con valores no despreciables, se reconoció tanto en hombres como en mujeres con similitud porcentual.

Tabla 5. Infecciones de transmisión sexual referidas por personas de población general

ITS	Sexo				Total (N=448)	
	Femenino (N=238)		Masculino (N=210)		No.	%
	No.	%	No.	%		
Condiloma	5	2,1	6	2,8	11	2,4
Herpes labial	1	0,4	3	1,4	4	0,8
Herpes genital	2	0,8	1	0,4	3	0,6
Cándida	64	26,8	4	1,9	68	15,18
Trichomona	17	7,1	1	0,47	18	4,0
Gonococo	3	1,2	11	5,2	14	3,1
Gardnerella	8	3,3	0	0	8	3,3
Treponema pallidum (sífilis)	2	0,84	3	1,42	5	1,1
Virus de hepatitis B	2	0,8	2	0,8	4	0,89

Los temores ante el VIH se exploraron con la pregunta: ¿Le preocupa estar infectado por el VIH? En la tabla No. 6 se traducen tanto la valoración personal como la percepción de riesgo. Los resultados evidencian que no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres, y en general es equitativa la valoración general, pues no se manifestó diferencia significativa entre tener preocupación o no tenerla. Se revela una pasividad, lo que conlleva a revalorizar la percepción de riesgo general en esta población que, aunque no es de alta prevalencia dentro del país, tampoco está en las zonas indemnes a la epidemia.

La pregunta se acompañó de la justificación y esto se aplicó a 269 personas, de las que las respuestas más comunes en los que afirmaron sentir preocupación fueron por la familia.

Tabla No. 6. Temores ante el VIH en la población general*

Le preocupa estar infectado por VIH	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	134	56,3	105	50,0	239	53,3
No	104	43,7	105	50,0	209	46,7
Total	238	53,1	210	46,9	448	100,0

* $p > 0.05$

DISCUSIÓN

No se identificaron personas infectadas por el VIH. Al ser Cuba un país de baja prevalencia y con amplia cobertura de los servicios de diagnóstico, la mayoría de los participantes de esta investigación tenían el VIH realizado en los últimos años, por su parte el seguimiento por estudio seroepidemiológico de los contactos de personas con VIH mantiene el control, y el hecho de no existir en la muestra de esta investigación personas incluidas en posibles redes de contactos redujo la posibilidad de detección de nuevos casos. Todo esto evita diseminación de la infección de forma abierta y no controlada, sin embargo es recomendable continuar estudios como este, pues permitirían cerrar respuestas sobre prevalencia oculta de la infección por el VIH en el municipio, y así prever una epidemia potencial.

Las personas con reactividad serológica VHC y VHB desconocían su estatus serológico. El reporte por interrogatorio del antecedente de infección por Virus de la Hepatitis B fue similar (0,8 %) a lo identificado por inmunodiagnóstico (0,8 %) aplicado a las muestras de esta población general. La hepatitis C no fue reconocida por el grupo de personas que participaron de la entrevista, por lo que la positividad encontrada fue un hallazgo de laboratorio.

La población que resultó reactiva a las pruebas realizadas fueron mayoritariamente mujeres, en las edades medias de la vida.

Los agentes causales de hepatitis viral, específicamente los virus B y C se caracterizan por poseer un mecanismo de transmisión que incluye la vía parenteral como la más eficiente forma de transmisión, a su vez la transmisión sexual, aunque no relevante para el virus C, sí se propone como una de las formas de adquirirlo, es por ello que dentro de los agentes por identificar en poblaciones tanto generales como especiales se contemplan los virus de la hepatitis B y C. La presencia de anticuerpos al VHC no fue considerada determinante de la enfermedad en esta investigación. En los casos que así sucede solo indica que se ha estado en contacto con el virus, por lo que en caso de no haber alteración de las enzimas hepáticas, se lleva a cabo la determinación de ARN del virus. Sin embargo, frente a esta opinión es defendido el principio de que la presencia de anticuerpos C implica la presencia del virus C, puesto que este no es eliminable en etapas de cronicidad. Es una constante el hecho de que la presencia de anticuerpos C es concomitante con la presencia de virus C en los portadores de dicho virus C (4). La positividad al VHB

en esta investigación fue determinada por la presencia de antígeno de superficie y confirmado con la prueba confirmatoria fue de 0,88 %. El estudio realizado en población de donantes jóvenes militares en Cuba con resultados similares a estos y la positividad referida por estos investigadores fue de 0,66 % (5). La positividad encontrada en este estudio de población general es similar a otras investigaciones realizadas en Cuba con este mismo grupo poblacional (6).

Como se ha expresado, la transmisión sexual de la hepatitis entre parejas heterosexuales no está bien documentada, sin embargo en el grupo de pacientes reactivos a anticuerpos a VHC y antígeno de superficie no se reportó antecedentes de contacto con sangre o líquidos corporales, es por ello que pudiera valorarse la transmisión sexual entre estas personas en las cuales el uso de preservativo fue pobre al reportarse no uso en el 58,3 % y no usarlo en la última relación en el 66,7 %.

Vivir en un país de baja prevalencia al VIH es un privilegio, por tanto, encontrar en un estudio de población general a una persona reactiva y confirmada para el VIH es de poca probabilidad, esto fue pronóstico y realidad en esta investigación y representa una confirmación del trabajo organizado del sistema de salud cubano en materia de pesquisa seroepidemiológica al VIH. No obstante, algunas consideraciones acerca de la prueba de VIH reafirman su valor: esta puede resultar positiva o negativa. El mensaje es que en ambos casos hay ganancia, pues conocer la condición ante el VIH permite a personas con resultados negativos identificar y desarrollar estrategias para preservar su condición y para quienes resulten positivos acceder a servicios de atención, cuidado y tratamiento (7,8).

Actualmente, en muchos países se observan epidemias concentradas en que la prevalencia general en la población se mantiene baja, no obstante las tasas de infección están aumentando entre algunos grupos de población de alto riesgo (usuarios de drogas, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres). Por supuesto que cada país tiene su patrón histórico que pudiera estar sujeto a variación. Aún en lugares en que la prevalencia del VIH es baja las tasas de otras ITS pueden ser altas, factor que indica que el ascenso del VIH puede iniciarse en el futuro (9).

Aun cuando un país sea considerado de baja prevalencia y una región del mismo casi "índemne a la epidemia de VIH" sería sabio pensar que esto pudiera evolucionar y convertirse en un problema de gran magnitud. Es posible que los factores favorecedores a la diseminación del VIH sean efectivamente de poca intensidad y frecuencia, por lo que la epidemia se mantiene circunscrita a un grupo pequeño de población con alto grado de comportamientos de riesgo. No se deben pasar por alto realidades que pudieran hacer que el país o la zona del mismo se mantendrán en real baja prevalencia. Si bien la epidemia de VIH a menudo crece de forma exponencial, es probable que en ciertos lugares no sea así y el tiempo que demora el VIH en "encontrar" los grupos de población más propicios varía mucho de un país a otro, lo que puede indicar que en muchos años aún no ha transcurrido suficiente tiempo para que se haya desarrollado la epidemia (10).

Al referir agentes causales de infecciones de transmisión sexual presentadas con anterioridad en esta población general se marca una diferencia muy significativa en comparación de proporciones entre mujeres y hombres a favor de las mujeres en la Cándida, y Trichomonas agentes causales de vaginitis y de la misma forma hacia la *Gardnerella vaginalis* que ocasiona la vaginosis bacteriana. Geográficamente las mujeres habitantes de zonas más cercanas a la capital provincial refirieron diagnóstico previo de *Gardnerella vaginalis* lo que debe estar en concordancia con la oferta diagnóstica para este agente. El Gonococco ocasionando gonorrea

presentó diferencias significativas a favor de los hombres, como habitualmente sucede en los reportes de esta ITS. Se debe reemarkar que la incidencia de úlceras genitales en esta población no fue de significación, lo que actúa como factor protector a la transmisión de VIH y otras ITS virales. El reporte por interrogatorio del antecedente de infección por Virus de la Hepatitis B fue similar (0,8 %) a lo identificado en el inmunodiagnóstico (0,8 %) aplicado a esta población general. La hepatitis C no fue reconocida por el grupo de personas que participaron de la entrevista por lo que fue un hallazgo de laboratorio la positividad encontrada.

Se exploró la percepción de riesgo con la pregunta: ¿Si tuviera que ubicar su comportamiento de riesgo de infectarse por el VIH u otras ITS en la escala del 1 al 10 donde se ubica? (1 es poco riesgo y 10 mucho riesgo), se mostró la escala y la persona decidía el lugar y cada entrevistador marcaba en la encuesta:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un gran por ciento de las personas de población general se perciben en la escala de riesgo en los más bajos niveles.

En países donde la prevalencia es baja, incluso los individuos que saben que tienen comportamientos que conllevan un riesgo importante pueden no sentirse "en peligro", pues creen que no haya infección por VIH de manera significativa entre sus contactos. Esta falta de percepción del riesgo se hace más factible por la ausencia de individuos visiblemente infectados por el VIH o con síntomas de SIDA que puedan servir de "prueba" de que existe una epidemia (11).

Se trabajó en el principio de la integración de la microbiología a la APS, lo que contribuyó a fortalecer el programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida en el municipio beneficiario desde la visión del trabajo en equipo para el pesquisaje al que se incluyeron acciones educativo-preventivas y de consejería. Algunos de los fundamentos del empoderamiento de los profesionales y técnicos incluidos en la investigación fueron: confiar, escuchar, personarse y aspirar la participación activa con sentido de pertenencia del trabajo que se estaba realizando.

A su vez, el respeto a la individualidad y a la organización estructural de los servicios de salud a todos los niveles en nuestro país fueron fundamento para el desarrollo del trabajo de campo aunque se hizo parte de este trabajo a los voluntarios que consideraron, por ser conocedores de su comunidad, que se debía intervenir en el más cercano nivel de contacto con la población vulnerable, fueran finalmente positivos o no, pues el valor del trabajo estuvo en reforzar o iniciar en las personas la percepción de riesgo.

La presencia más de una vez del equipo de trabajo en una comunidad fue trazando la confianza necesaria de sus líderes y pobladores para participar, por su parte, el compromiso de la comunidad a involucrarse fue fundamental para lograr que accedieran en forma voluntaria los que están en mayor riesgo.

La disposición de las personas de las poblaciones más alejadas a ser parte de la investigación fue una realidad, probablemente no eran las de mayor riesgo de ITS-VIH/sida. Sin embargo, fueron referencia para los que más lentamente acudían a pesquisar y con visión de futuro en próximas experiencias solo será continuar lo ya iniciado y las probabilidades de encontrar mayor positividad pudiera ser una realidad si accede a los grupos especiales.

Una vez analizados los resultados de la investigación se puede considerar que se contribuyó a la prevención desde las acciones que emanan del diagnóstico y se

colaboró con la salud sexual e integral de las personas pesquisadas al poder entregarles sus resultados positivos y-o negativos, facilitar material educativo, medios de protección y detenerse con estas comunidades en la reflexión para la percepción del riesgo.

Como acciones finales de salud los pacientes que resultaron positivos al marcador antígeno de superficie y reactivos a anticuerpos al VIH fueron remitidos a consulta especializada de gastroenterología y la realización de las siguientes muestras para el algoritmo de seguimiento se realiza en el mismo laboratorio de inmunodiagnóstico.

La etapa de la investigación conformó un proceso de enseñanza-aprendizaje de jóvenes, tanto técnicos como voluntarios en nueva formación, y se logró empoderamiento de los participantes en el equipo de trabajo a partir de las vivencias. La movilización hacia los sitios más cercanos a la residencia de la persona permitió realizar y dar a conocer diagnósticos no conocidos previamente, y el ocuparse de la entrega de los resultados ya fueran positivos o negativos formó parte de la garantía de la calidad del servicio.

El lugar del voluntario en la convocatoria y como enlace con la localidad en las coordinaciones permitió acceder a las comunidades y poder desarrollar el trabajo de pesquisa en un verdadero trabajo participativo. Se demostró el lugar del líder formal de la comunidad para lograr el acceso de las personas de las comunidades para participar conciente y voluntariamente a la realización de la prueba de VIH.

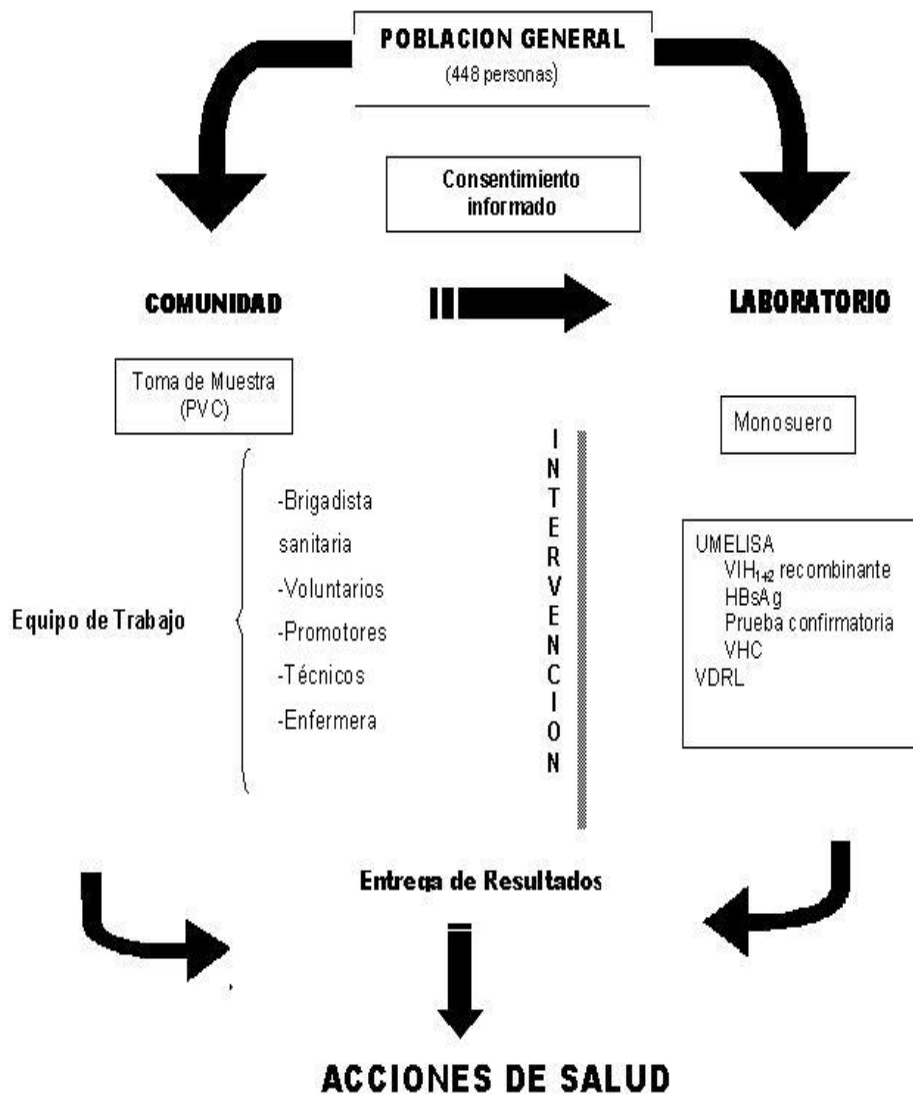
Las acciones educativo-preventivas armonizaron todos los intentos de lograr que esta investigación fuera una intervención integral sobre infecciones de transmisión sexual capaz de convocar a acciones desde el diagnóstico en diversos lugares del municipio Manicaragua, en la provincia Villa Clara. Las personas que accedieron voluntariamente a la prueba de VIH tuvieron otras opciones, pues dispusieron de información sobre las ITS-VIH, participaron de un instante de reflexión y análisis personal sobre su percepción de riesgo y finalmente conocieron su estatus serológico ante cuatro agentes causales de estas infecciones ya fueran estos resultados positivos o negativos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud, sexualidad y VIH-SIDA: actualización para el debate con los docentes. Buenos Aires: Gob BS/Ag; 2003.
2. Ministerio de Salud Pública. Trabajo de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Manual Metodológico. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; 2004.
3. Orman Reyes AL, Ochoa Reyes R, Mayor Puerta AL. Consideraciones básicas sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La Habana: Editorial Lazo; 2006.
4. Huarte MP, Casi MA. Virología, pruebas diagnósticas, epidemiología y mecanismos de transmisión del VHC. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2004 [citado 14 Jul 2007]; 27(Supp 7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000400006&lng=es

5. Menéndez López JR, Duardo Castellón FL, Infante Velásquez M. Marcadores contra los virus de hepatitis B y C en una población de donantes voluntarios. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2004 Jul-Sep [citado 14 Jul 2007]; 33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300003&lng=es
6. Sánchez Álvarez ML, Mendoza Acosta M, Mayor Puerta AM. Virus de hepatitis C y B: amenaza creciente para las personas que viven con VIH. Medicentro [Internet]. 2006 [citado 14 Jul 2007]; 10(Supl SIDA). Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202006/Supsida/virus.htm>
7. Iniciativas en América Latina para promover la prueba del VIH. Acción Sida. 2007; (46): 1-12.
8. ¿Por qué y para qué hacerse la prueba del VIH?; 2006 [Internet] [citado 10 sept 2007] Disponible en: <http://www.Iniciativa hazte la prueba – Portada.htm>.
9. Estrategias de prevención eficaces. Suiza: Family Health Internacional; 2003.
10. Mantener la promesa. Resumen de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2002.
11. Osimani ML, Latorre L. Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) y T Pallidum (sífilis) en usuarios de cocaína no inyectable. Montevideo: Instituto IDES; 2003.

Anexo 1. ALGORITMO DE TRABAJO



CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mayor Puerta AM, Sánchez Alvarez ML. Intervención basada en pruebas diagnósticas para un enfoque integral de las infecciones de transmisión sexual. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado: fecha de acceso];33(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema05.htm>