



Comisión para el Estudio de la Resistencia Genotípica a Antirretrovirales.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL ITS-VIH/Sida

**Instructivo para completar el Formulario de Solicitud
de Test de Genotipificación en Adultos/as.**

Es imprescindible contestar todos los ítem del Formulario. Hacer una raya sobre lo que no corresponda, **no dejar ítem sin contestar.**

Punto 1 .

INSTITUCION DE ASISTENCIA:	Mail:
FECHA INICIO ASISTENCIA EN LA INSTITUCIÓN: _/_/_	
MEDICO SOLICITANTE:	
Nº de CAJA PROFESIONAL:	TEL. DE CONTACTO:

Dirección de e-mail de la Institución
Fecha de inicio de Asistencia en la Institución que solicita el test.
El teléfono de contacto es el del Médico Tratante.

Punto 2.

Nº de Historia Clínica:	C.I.
INICIALES: MASCULINO: FEMENINO: TRANS:	
FECHA DE NACIMIENTO: _/_/_	
FECHA DIAGNÓSTICO DE VIH: _/_ (mes y año)	
LUGAR GEOGRÁFICO DE ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN – (Ciudad/País):	

Se refiere a los datos filiatorios del paciente.
Interesa desde el punto de vista epidemiológico el género así como el lugar geográfico de adquisición de la infección.

Punto 3.

VÍA PROBABLE DE TRANSMISIÓN (señale con una X)					
SEXUAL		HETEROSEXUAL		HOMOSEXUAL	
DROGAS I/V		VERTICAL		DESCONOCIDA	
OTRA		Especifique:			

Señale la o las vías posibles sí tiene mas de una práctica de riesgo.

Punto 4 .-

Poner resultados al menos los 2 últimos resultados, o sí alguno fue positivo en algún momento (por. Ej. VDRL o PPD). Cuando los resultados son negativos, es imprescindible tener resultados actualizados en el último año.

En caso del PPD, **RECORDAR QUE SE CONSIDERA POSITIVO EN PACIENTES CON VIH 5mm o MAYOR**

Punto 5.

En embarazadas en 5.1, poner los datos de la gestación que cursa.

En 5.2, los datos de los embarazos anteriores sí los hubo. Indicar si recibió o no ARV y el plan incluyendo NVP periparto.

Punto 6.

Se refiere a **Eventos clínicos** relacionados: 1) a la infección VIH; 2) otros de importancia por su impacto en la comorbilidad asociada (Ej.: epilepsia, neoplasia, cuadros psiquiátricos, infarto de miocardio, insuficiencia renal, etc); 3) secundarios a ARV (lipodistrofia, dislipemia, litiasis renal, etc.).



Comisión para el Estudio de la Resistencia Genotípica a Antirretrovirales.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL ITS-VIH/Sida

Punto 7.

Completar el estadio de la infección según CDC (se adjunta cuadro de referencia en el formulario)

Punto 8.

Es de relevancia completar **todos** los datos inmunológicos y virológicos desde el inicio del primer TARV en orden cronológico; así como **todos** los planes terapéuticos recibidos con fecha de inicio y finalización, especificando razones para el cambio de plan (fallo, toxicidad, simplificación, etc).

***El paciente debe contar con una carga viral de un tiempo no mayor 3 meses previo a la realización del test.
Toda carga viral \geq a 1.000 copias/mL debe ser confirmada con otra determinación antes de solicitar el test.***

Punto 9.

Especificar si está actualmente en TARV, condición necesaria para la realización del test.

Punto 10.

Si el paciente tiene test de resistencia, se deben transcribir las mutaciones o enviar el test previo escaneado, especialmente si fue realizado en un centro fuera del país.

Punto 11.

Este punto debe ser completado por el médico tratante o un integrante del equipo sico-social actuante.

Dado que la realización del test de resistencia casi seguramente será seguido del cambio del plan ARV, siendo necesario muchas veces la incorporación de fármacos ARV de rescate, se considera indispensable la evaluación y soporte activo de la adherencia del paciente mediante esta intervención.

El formulario completo debe ser enviado desde un correo electrónico institucional a trprogramasida@msp.gub.uy.



INDICACIONES DEL TEST DE RESISTENCIA GENOTÍPICA A ARV

El test de resistencia genotípica en adultos/as podrá ser indicado en:

1. Pacientes en fallo virológico:

- 1.1. con condiciones de buena adherencia, con mas de 6 meses de iniciado o cambiado el esquema de tratamiento ARV y que la Carga Viral para VIH sea ≥ 1000 copias RNA-VIH/mL en 2 oportunidades separadas por un mes.
- 1.2. Candidatos al uso de ARV de rescate y/o fuera de FTM (mas de 2 esquemas previos con condiciones de buena adherencia): con Carga Viral ≥ 1.000 copias RNA-VIH/mL y < 500.000 copias RNA-VIH/mL. En estos casos se considerará que el paciente tenga al menos 2 fármacos antirretrovirales activos para el diseño del plan de rescate.
- 1.3. Se considerarán en pacientes "naive" con sospecha justificada de resistencia transmitida.

2. Mujeres embarazadas:

- 2.1. recibiendo TARV por un período mayor a 3 meses y con CV ≥ 1.000 copias RNA-VIH/mL
- 2.2. expuesta a antirretrovirales previamente (por ejemplo en embarazos previos)

Nota: Si cumple los requisitos previos y luego de autorizado por la Comisión de Resistencia, enviar la sangre al Departamento de Laboratorios de Salud Pública. Con menos de 6 horas de extraída y antes de la hora 15.

FLUJOGRAMA

