

**MINISTERIO DE SALUD**

## **Guía clínica de la profilaxis post exposición**

Ministerio de Salud



**San Salvador, diciembre 2012.**



Ministerio de Salud



Ministerio de Salud  
Viceministerio de Políticas de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Dirección de Regulación y Legislación en Salud  
Dirección Nacional de Hospitales  
Programa Nacional de ITS/VIH/Sida

## **GUIA CLÍNICA DE LA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, DICIEMBRE 2012.

# FICHA CATALOGRÁFICA

## FICHA CATALOGRÁFICA

2012, Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Guía Clínica, Tiraje: N° 1, ejemplares 500.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205-7000.

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Impreso por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales. Programa Nacional de ITS/VIH/Sida.

Guía clínica de la profilaxis post exposición.

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

No. Páginas:

1. Dirección de Regulación y Legislación en Salud.

2. Programa Nacional de ITS/VIH/Sida.

3. USAID/PASCA Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH.

## **AUTORIDADES**

**Dra. María Isabel Rodríguez**

Ministra de Salud

**Dr. Eduardo Espinoza Fiallos**

Viceministro de Políticas de Salud

**Dra. Elvia Violeta Menjívar**

Viceministra de Servicios de Salud

## EQUIPO TÉCNICO

Dra. Ana Isabel Nieto	Coordinadora del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
Dra. Alma Yanira Quezada	Técnica del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
Dra. María Elena Ávalos	Coordinadora de Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia
Dra. Margarita de Velis	Técnica de Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia
Dr. Rolando Masis	Técnico de Dirección de Vigilancia Sanitaria
Lic. Lilian Chipagua	Técnica de Dirección de Vigilancia Sanitaria
Dr. Víctor Odmaro Rivera Martínez	Director de Regulación y Legislación en Salud
Lic. Víctor Manuel Martínez	Colaborador Jurídico, Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dr. Herbert Leonel Díaz Orellana	Colaborador técnico, Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Licda. Alexia Alvarado	USAID/PASCA
Dra. Mirna García	USAID/PASCA
Dra. Marta Aurelia Martínez	Consultora USAID/PASCA

## COMITÉ CONSULTIVO

Dr. Marco Antonio Lemus Barrera	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente.
Dra. Evelyn Soraya Flores Aguilar	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente.
Dra. Zulma Méndez	Hospital Nacional General "San Rafael", Santa Tecla.
Dra. Lucía de Sermeño	Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez", Soyapango.
Dra. Ana Elizabeth de Viana	Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán".
Dr. Farid Danilo Iraheta	Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán".
Dr. Rolando Cedillos	Hospital Nacional Especializado "Rosales".
Licda. Lisseth de Jesús Ramírez	Hospital Nacional General de Sensuntepeque.
Dr. Carlos Rafael Genovez	Hospital Nacional General de Sensuntepeque.
Licda. Nora Eugenia Samayoa B.	Hospital Nacional General de Suchitoto.
Dr. Marvin Antonio Flores Arévalo	Hospital Nacional General de Suchitoto.
Dr. Alexander Alberto Méndez B.	Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios" de Santa Ana.
Dr. Carlos Armando Guevara	Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios" de Santa Ana.

## **AGRADECIMIENTOS**

El Programa Nacional de ITS/VIH/Sida agradece a las personas que participaron en la elaboración de la presente Guía Clínica, así como en su validación.

Se le agradece a USAID/PASCA el apoyo técnico y financiero para la consecución de este valioso instrumento técnico jurídico.

# ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. BASE LEGAL	2
III. OBJETIVOS	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V. DISPOSICIONES TÉCNICAS	5
1.Exposición ocupacional	6
2.Exposición al VIH por violencia sexual	15
3. Planificación, monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica	23
VI. DISPOSICIONES GENERALES	26
VII. LISTADO DE ANEXOS	26
VIII. TERMINOLOGÍA	26
IX. ABREVIATURAS Y SIGLAS	27
X. VIGENCIA	28
XI. ANEXOS	29
XII. BIBLIOGRAFÍA	43

# GUIA CLÍNICA DE LA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN

## I. INTRODUCCIÓN

La presente Guía Clínica desarrolla el manejo del personal de salud que ha sido expuesto a sangre o fluidos corporales, potencialmente contaminados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en adelante VIH, virus de la hepatitis B, en adelante VHB y virus de la hepatitis C, en adelante VHC, durante el desempeño de su actividad laboral y exposición ocupacional, al manejo de la persona afectada por violación sexual y la exposición a Infecciones de Transmisión Sexual, en adelante ITS y VIH por violencia sexual, que consulte a los establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en adelante RIIS. Igualmente se ha agregado el componente de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica en ambas exposiciones. Es importante relacionar este documento con los Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia.

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, respecto a la transmisión VIH por accidente laboral y por violencia sexual, oficializó en julio de 2003 la Guía para el Sistema de Información de la profilaxis post exposición al VIH SIPPE, siendo revisada y actualizada en el 2012, y es sustituida por el presente instrumento técnico jurídico. Este compromiso es retomado en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida e ITS 2011 – 2015 del MINSAL. En el Eje Estratégico de Prevención se contempla el Resultado 1.1.3. “Aumentar el acceso oportuno a la profilaxis post exposición a personas que hayan sufrido accidentes laborales o violencia sexual”.

El riesgo de transmisión de VIH, tanto en la exposición ocupacional como en la violación sexual, varía con relación al tipo de exposición, tipo de material potencialmente infectante y por la condición de VIH de la fuente. Ya ha sido estudiado el riesgo de transmisión del VIH por la exposición de una fuente infectada (anexo1). En estudios prospectivos de personal de salud, el riesgo promedio de adquisición de la infección por el VIH posterior a una exposición percutánea con sangre contaminada se estima del 0.3% (IC 95%= 0.2-0.5%)<sup>1, 2</sup> y posterior a una exposición en mucosas del 0.09% (IC 95%=0.006%-0.5%)<sup>3, 4</sup>. El

<sup>1</sup> Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in health-care workers: an overview. Am J Med 1997;102(5B):9–15.

<sup>2</sup> Cavalcante NJ Et al. Risk of health care professionals acquiring HIV infection in Latin America. AIDS Care. 1991;3(3):311-6.

<sup>3</sup> CDC. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2001;50 (No.RR-11):1-52.

<sup>4</sup> Geberding JL. Incidence and prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and cytomegalovirus among health care personnel at risk for blood exposure: final report from a longitudinal study. J Infect Dis. 1994 Dec;170(6):1410-7.



riesgo de transmisión posterior a exposición con otros fluidos o tejidos contaminados, diferentes a la sangre, no ha sido cuantificado pero probablemente sea considerablemente menor que la exposición a esta última. No hay evidencia directa que brinde una base firme para la terapia múltiple con antirretrovirales, posterior a exposiciones laborales al VIH; sin embargo, dado el éxito en las terapias combinadas en el manejo de las personas con VIH, una combinación de antirretrovirales, en adelante ARV, debe de ser usada en Profilaxis Post Exposición, en adelante PPE<sup>5</sup>.

El personal de salud cuando aprende a protegerse, protege a los demás; la aplicación de los criterios y medidas de bioseguridad tendientes a evitar la exposición ocupacional por sangre y fluidos corporales, siguen siendo la principal herramienta para minimizar los accidentes que puedan tener riesgo de adquirir infecciones por el VIH, VHB y VHC; el personal de salud debe estar capacitado para que en el caso de producirse una exposición ocupacional, puedan atender esa situación y brindar una profilaxis oportuna y eficaz.

El total de pruebas rápidas de VIH realizadas por accidente laboral en el último quinquenio 2007-2011, son 2692, de ellas 1955 son mujeres representando el 73% con positividad de 0.51 y en los hombres se realizaron 737, siendo 27% del total y con positividad de 1.22%<sup>6</sup>. La situación de la violencia sexual en El Salvador es un fenómeno creciente, en la que para el año 2009 se reportan 3,634 casos de los cuales 1925 son violaciones en adultos y 266 son violaciones en niñez y adolescencia, lo que totaliza 2,191<sup>7</sup>, de acuerdo al Instituto de Medicina Legal de El Salvador. Las violaciones son el 60.3% de la violencia sexual.

El MINSAL presenta la Guía Clínica de Profilaxis Post Exposición para fortalecer la seguridad y salud ocupacional, la protección y la atención integral a todas las personas que por causas y determinantes sociales pueden estar en condiciones de riesgo y vulnerabilidad.

## **II. BASE LEGAL**

### **Exposición Ocupacional**

- **Código de Salud. El Salvador.**

---

<sup>5</sup> Young T, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford GW. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2012.

<sup>6</sup> Ministerio de Salud. SUMEVE. Presentado en segundo informe nacional sobre la situación de violencia contra las mujeres en El Salvador 2010. ISDEMU. El Salvador 2010.

<sup>7</sup> Segundo informe nacional sobre la situación de violencia contra las mujeres en El Salvador 2010. ISDEMU. El Salvador 2010.

Art. 41.- Corresponde al Ministerio: Inciso “4) Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias”.

- **Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana**
- **Reglamento de la Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana**

Art. 78.- El Ministerio como rector de la Política Nacional en materia de salud, podrá emitir Protocolos de Atención, Normas Técnicas, Instructivos y las disposiciones que sean necesarias para facilitar y lograr mayor eficiencia en la aplicación de la ley y de este Reglamento.

Las disposiciones contenidas en los mencionados instrumentos serán de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos públicos, autónomos y privados que presten servicios de salud y deberá acatarse por el personal que tenga a su cargo la prestación de dichos servicios.

- **Código de Trabajo de El Salvador**  
Título Segundo “Seguridad e higiene del trabajo”.

Capítulo I Obligaciones de los patronos.

Art. 314 Todo patrono debe de adoptar y poner en práctica medidas adecuadas de seguridad e higiene en los lugares de trabajo, para proteger la vida, la salud y la integridad corporal de sus personales.

Capítulo II Obligaciones de los Personales.

Art. 315 Todo personal está obligado a cumplir con las normas de seguridad e higiene y con las recomendaciones técnicas, en lo que se refiere al uso y conservación del equipo de protección de personal que le sea suministrado, a las operaciones y procesos de trabajo.

## **Exposición por Violencia Sexual**

- **Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres<sup>8</sup>.**

Art. 5 en la que se prohíbe forma de discriminación, entendida ésta, como toda distinción, exclusión, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, identidad sexual, estado familiar, procedencia rural o urbana,

---

<sup>8</sup>

El Salvador, agosto 2010.

origen étnico, condición económica, nacionalidad, religión o creencias, discapacidad física, psíquica o sensorial, o cualquier causa análoga, sea que provenga del Estado, de sus agentes o de particulares.

Art 23. Que forma parte del Capítulo IV que define las responsabilidades del Estado, en este artículo en particular, se describe en siete apartados las responsabilidades del Ministerio de Salud.

- **Código Penal de El Salvador.**

Art. 159 Violación en menor o incapaz.

Art. 161 Agresión sexual en menor e incapaz.

Art. 163 Estupro.

Art. 164 Estupro por prevalimiento.

- **Acuerdo Ministerial 202<sup>9</sup>.**

Art. 2.- El personal de Salud que labora en oficinas administrativas, en hospitales, en unidades de salud, en casas de salud o cualquier otro centro de atención pública de la red sanitaria, no debe discriminar a ninguna persona por su orientación sexual.

- **Decreto Ejecutivo 56<sup>10</sup>.**

Art 1. Prohíbese en la actividad de la Administración Pública toda forma de discriminación por razón de identidad de género y/o de orientación sexual.

- **Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia, LEPINA<sup>11</sup>.**

Artículo 55.- Protección frente al abuso y explotación sexual

Todas las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra el abuso y explotación sexual.

- **Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad<sup>12</sup>.**

Art. 2.- La persona con discapacidad tiene derecho: 1. A ser protegida contra toda discriminación, explotación, trato denigrante o abusivo en razón de su discapacidad.

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Marzo 2009.

<sup>10</sup> Disposiciones para Evitar toda Forma de Discriminación en la Administración Pública, por Razones de Identidad de Género y/o de Orientación Sexual, dado en Casa Presidencial el 4 de mayo de 2010.

<sup>11</sup> Decreto Legislativo N° 839, DADO EN EL SALON AZUL DEL PALACIO LEGISLATIVO: San Salvador, a los veintiséis días del mes de marzo del año dos mil nueve.

<sup>12</sup> Decreto Legislativo N° 888, del 27 de abril del 2000, publicado en el D.O. N° 95, Tomo 347, del 24 de mayo de 2000.

### **III. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Ofrecer al profesional de la salud la herramienta necesaria para realizar la intervención oportuna en la profilaxis post exposición, tanto en casos de accidentes laborales como la atención integral en salud por violencia sexual, con el fin de reducir el riesgo de infecciones.

#### **Objetivos Específicos**

1. Proporcionar al personal de salud el marco de trabajo para la clasificación, valoración del riesgo, tratamiento y seguimiento oportunos, ante la exposición a infecciones que puedan afectar su salud o de las personas que atiende.
2. Facilitar el abordaje integral, multidisciplinario e intersectorial de las personas afectadas por violación sexual, aplicando de manera armónica los instrumentos técnicos jurídicos relacionados, en especial la Norma y los Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia.

### **IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Están sujetas a la aplicación de la presente Guía Clínica de Profilaxis Post Exposición, las personas naturales y jurídicas de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y de otras entidades donde se proporcionen los servicios de promoción, prevención, atención y control en salud.

### **V. DISPOSICIONES TÉCNICAS**

Para el cumplimiento de los objetivos de la PPE debe tenerse en cuenta las siguientes características del manejo integral de las exposiciones en mención:

- Intersectorialidad: en el caso de personas víctimas de violación sexual, otras instituciones están involucradas y para el bienestar de los pacientes, estas relaciones deben de ser armoniosas y de respeto mutuo.
- Atención Integral en Salud: implica que los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitación, paliativa y apoyo para el autocuidado.
- Atención Integrada: enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia, retorno e interconsulta, en los niveles del sistema de salud,

que permite el continuo de la atención a otros servicios de mayor complejidad si es requerido; dicha atención comprende el desarrollo de redes de servicios y proveedores, sistemas de servicios y gestión apropiados.

- Tratamiento farmacológico con ARV: cada caso debe ser estrictamente evaluado en la magnitud del riesgo de la exposición, recordando al personal de salud accidentado y a las personas que han sufrido violación sexual los efectos secundarios con el fin de tolerar y aceptar de mejor manera la PPE.
- Adherencia total: reforzar la importancia del tratamiento completo y fiel apego a la profilaxis; de no ser cumplido de esta manera se incrementan las posibilidades de la transmisión de la infección.
- El estado de ansiedad o estrés producido por la exposición tanto ocupacional como por violencia sexual, debe ser manejado por personal capacitado.
- La PPE no se aplica en casos de personas con VIH.

## **1. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL**

### **1.1 Generalidades**

La prevención primaria es siempre la medida más importante en la prevención de la transmisión de infecciones por exposiciones ocupacionales; por lo que se debe cumplir con los Lineamientos técnicos sobre bioseguridad.

El personal de salud más expuesto a la transmisión del VIH, VHB y VHC, por accidente laboral, llamada exposición ocupacional, es el que tiene contacto con sangre y sus componentes y derivados, órganos, tejidos, y cadáveres, así como con las personas con VIH.

Las RIISS cuentan con establecimientos autorizados para administrar la PPE, la gran mayoría son hospitales nacionales y a éstos debe referirse el personal que ha sufrido accidente laboral con exposición a infecciones.

### **1.2 Consideraciones para la evaluación del riesgo de la exposición**

La exposición ocupacional al VIH es una urgencia médica y la profilaxis debe iniciarse en las primeras dos a cuatro horas. Es ideal iniciar en tratamiento en la primera o segunda hora después del accidente laboral<sup>13</sup>. El equipo

---

<sup>13</sup> Col K Kapila, Col RM Gupta, Brig GS Chopra, SM,VSM,Post-exposure Prophylaxis: What Every Health Care Worker Should Know. MJAFI 2008; 64: 250-253.

multidisciplinario de atención en VIH es responsable de revisar periódicamente la existencia de los medicamento de PPE en sus respectivos hospitales o establecimientos autorizados por el MINSAL. Este tratamiento debe estar disponible las veinticuatro horas del día en todos los establecimientos de salud autorizados.

Todo personal de salud que sufre accidente laboral de exposición a infecciones debe ser atendido y evaluado por personal de salud capacitado en PPE o el de mayor jerarquía. Esta recomendación es de particular atención para los días y horas en que los servicios de salud, especialmente hospitalarios, se cubren por turnos. El (la) Director(a) del establecimiento de salud es responsable de la PPE.

Siempre que sea posible, la PPE debe ser administrada y supervisada por un médico especialista, quien además revisa todos los casos del establecimiento. El personal expuesto debe de ser informado que la PPE no es 100% efectiva en prevenir la seroconversión.

### **Riesgo de la Exposición Ocupacional**

El personal de salud que sufra un accidente laboral con material potencialmente infectado, debe ser evaluado médicamente para valorar el riesgo de la exposición y el subsecuente uso de la PPE.

El riesgo de adquirir la infección por VIH a través de la exposición ocupacional se clasifica en Riesgo Alto, Riesgo Bajo y Sin Riesgo, dependiendo de los siguientes factores:

- Magnitud de la exposición, si la exposición es significativa para la transmisión del VIH, que depende del tipo, mecanismo y gravedad de accidente, en términos del posible contacto con el material potencialmente infeccioso.
- Fuente de la exposición, es la persona o paciente del que proviene el material potencialmente infeccioso. Debe conocerse la condición frente al VIH, la carga viral u otras ITS, de ser posible.

### **Magnitud de la exposición por tipo, mecanismo y gravedad del accidente**

- Los fluidos corporales que se consideran potencialmente infecciosos son: sangre y sus derivados, LCR, líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico y la leche materna. Si bien el semen y secreciones vaginales han sido implicados en la transmisión sexual del VIH, no se han asociado a transmisión ocupacional del mismo. Las secreciones nasales, saliva, esputo, sudoración, lágrimas, vomito, orina y heces no se consideran

potencialmente infecciosos y no requieren PPE, salvo que contenga sangre visible<sup>14</sup>.

- El riesgo varía de acuerdo al material de origen potencialmente infeccioso con el que se produce la lesión, siendo de mayor riesgo cuando el accidente sucede con una aguja hueca visiblemente contaminada con sangre del paciente. También se han reportado casos secundarios a laceración con objeto cortante. Otros factores que aumentan el riesgo de transmisión son la exposición de piel y mucosas no íntegras (ej. dermatitis, abrasiones o laceraciones) a sangre o fluidos corporales potencialmente contaminados con el VIH, VHB, VHC u otras infecciones.
- Estudios han encontrado que la transmisión del VIH está más altamente asociada a lesiones profundas, sangre visible en los instrumentos con filo, procedimientos que involucran una aguja en una vena o arteria del paciente y cuando el paciente fuente se encuentra en estado avanzado<sup>15</sup> o en fase de seroconversión. Existe una relación directa entre la magnitud del accidente (volumen de sangre y carga viral) y la posibilidad de seroconversión, aunque la existencia de cargas bajas o indetectables, no excluye riesgos de infección.
- Labilidad del VIH en el medio ambiente, los objetos o material médico fuera de uso no son contaminantes por la inactivación y consecuente muerte del virus, al encontrarse fuera de sangre fresca u otros fluidos. Aún en agua sin cloro, se desactiva en el 90% en una a dos horas<sup>16</sup>.
- Los pinchazos con agujas “abandonadas” no existirían siempre que se cumpliesen los Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, ya que debe hacerse un descarte seguro de tales elementos punzantes por las personas que las manipulan. En caso de producirse el pinchazo o punción, con una aguja que se sabe que fue utilizada recientemente, se debe investigar su probable procedencia y evaluar su riesgo epidemiológico. Si la aguja ha estado abandonada por algún tiempo, no se considera aplicable la PPE ya que el VIH si estuviera presente, se inactiva al desecarse la sangre.

---

<sup>14</sup> CDC Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to

HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. MMWR Sep 2005;54 (No RR-09):1-24.

<sup>15</sup> Young T, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford GW. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2012.

<sup>16</sup> B. Moore. Survival of Immunodeficiency Virus (HIV), HIV Infected Lymphocytes, and Poliovirus in Water. Applied and Environmental Microbiology, may 1993, p. 1437 – 1443.

## **Características de la Fuente**

- Es importante conocer el estado serológico del VIH, VHB y VHC en la persona que es la fuente. Si no se conoce su estado serológico o existe un resultado serológico no reactivo con sospecha clínica elevada, debe considerarse que existe riesgo potencial de que se encuentre infectada o en periodo de ventana.
- El riesgo se encuentra incrementado cuando se conoce que la persona tiene diagnóstico confirmado de VIH, VHB y VHC, o en caso de que la fuente se encuentre con carga viral VIH detectable con o sin tratamiento antirretroviral.
- Si la fuente es persona con VIH resistente a ARV, el régimen PPE que se indique, debe iniciarse con el mismo régimen de TARV del paciente fuente y luego referirse a hospital de tercer nivel con toda la información del paciente, para ser evaluado por especialista o infectólogo.
- Cuando la fuente es desconocida, investigar los factores epidemiológicos.
- Si la prueba VIH de la fuente resulta negativa, no se indica la PPE o se discontinúa si se ha iniciado.
- Al cumplir medicamentos parenterales con descartable en Y, y hay punción accidental con la aguja, no hay riesgo de exposición al VIH.

## **Disposición del personal de salud a tratamiento completo**

- El personal de salud expuesto debe aceptar el tratamiento completo y hacer el compromiso de adherencia al mismo.
- Al personal de salud expuesto se le es explicado los efectos secundarios de la PPE.

## **1.3 Procedimientos de la Profilaxis Post Exposición Ocupacional**

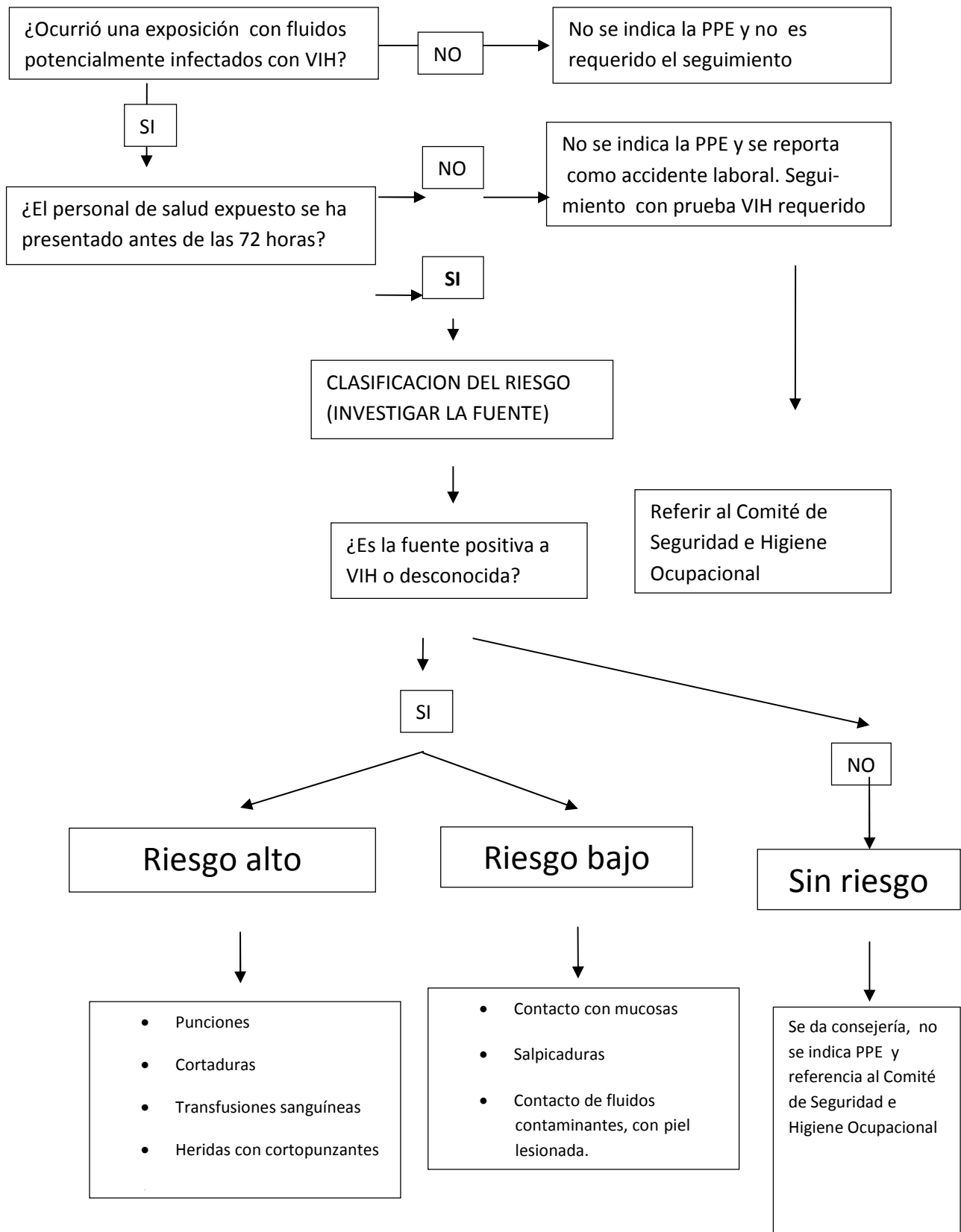
En caso de probable exposición al VIH del personal de salud o de quienes cuidan a persona con VIH al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (pinchazo o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se deben de realizar en forma inmediata las siguientes acciones:

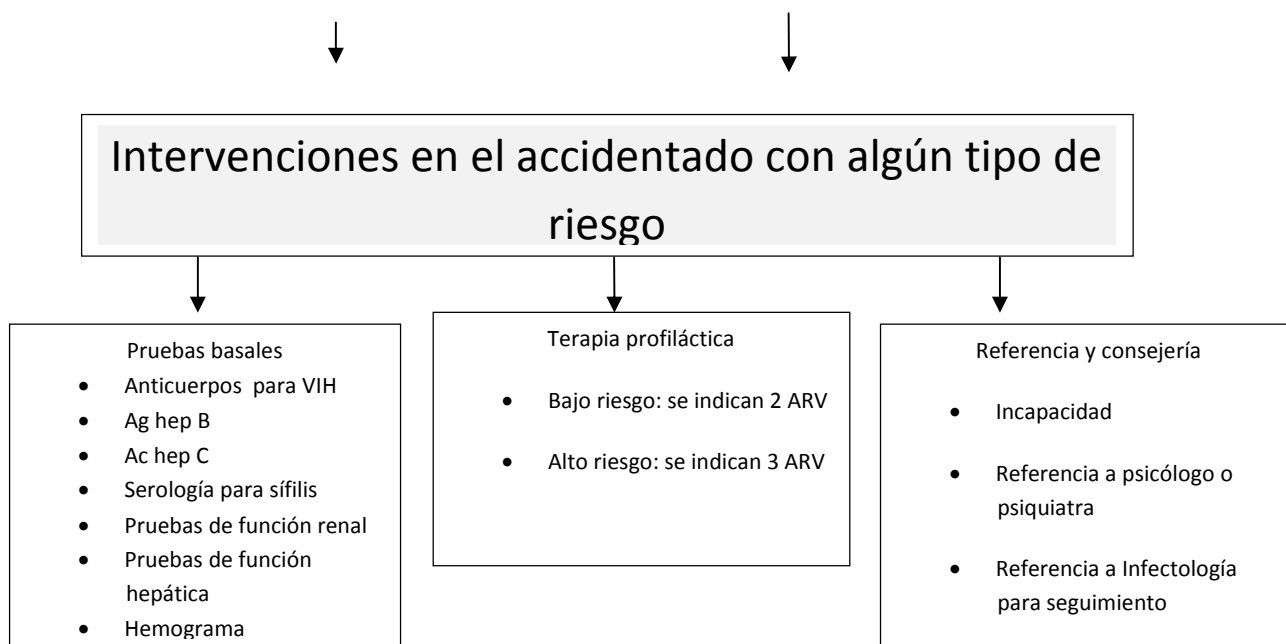
- Permitir sangrado libremente, no succionar.



- Lavar con abundante agua y jabón las mucosas (boca y nariz). En ojos se debe lavar con suero fisiológico.
- Desinfectar con alcohol etílico al 70%.
- Reportar el accidente al Jefe inmediato superior.
- Referir por exposición ocupacional al hospital nacional más cercano o establecimiento autorizado. Usar el formato de referencia a establecimiento de salud (anexo 4). El personal de salud debe hacerse acompañar de la persona fuente o muestra de sangre completa de la fuente al lugar de referencia.
- Evaluar el riesgo de exposición, definiendo el riesgo relativo de la exposición.
  - Dependiendo del tipo de material biológico involucrado, la vía de la exposición y la exposición misma. Ver tabla 1 para la clasificación en riesgo alto, riesgo bajo y sin riesgo.
  - Dependiendo del estado de la fuente de exposición: condición VIH, carga viral. Si se desconoce la condición frente al VIH, se debe solicitar la realización de la prueba VIH, idealmente con prueba rápida.
- Iniciar la Consejería describiendo los servicios que pueden administrarse
  - Consejería pre prueba VIH.
  - Beneficios de la PPE para prevenir el VIH.
  - Importancia y compromiso a la adherencia de la PPE para reducir el riesgo de transmisión al VIH.
  - Posibles efectos secundarios del régimen de PPE.
- Llenar íntegramente el formato para Registro de casos post exposición (anexo 2), indicando si es ocupacional o por violencia sexual. Esto con el fin de informar inmediatamente por escrito el incidente a las instancias correspondientes y para la adecuada vigilancia epidemiológica.
- Tomar inmediatamente una muestra sanguínea basal para la detección de anticuerpos contra el VIH, hepatitis B y hepatitis C, serología de sífilis.
- Si se indica e inicia la PPE también se toma creatinina sérica, pruebas de función hepática y hemograma completo. La respuesta de estos exámenes no es razón para retrasar el inicio la PPE.
- Administrar la PPE es una urgencia médica y debe iniciarse en las primeras dos a cuatro horas, idealmente, la primera hora después del accidente ocupacional que produce la exposición al VIH y no después de las setenta y dos horas. El tratamiento es por veintiocho días continuos.
- Brindar apoyo psicológico o psiquiátrico por la ansiedad y estrés resultante del accidente laboral, especialmente cuando el paciente fuente es conocido VIH. Brindar intervención en crisis si es necesaria.
- Hacer prevención contra hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Debe cumplir esquema de vacunación contra hepatitis B. Primera dosis ya, luego refuerzo a la semana, al mes y a los seis meses.

## Algoritmo de atención de la PPE por exposición ocupacional





Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

Tabla 1. Tipo de Exposición Ocupacional y su respectivo Régimen Antirretroviral

Tipo de Exposición Ocupacional	Régimen Antirretroviral
<b>Exposición Ocupacional de Alto Riesgo</b>  Contacto con lesiones abiertas en piel, (cortaduras, punción, golpe con pérdida de continuidad de la piel), con líquidos potencialmente infectantes de una persona con VIH o fuente desconocida.	Tenofovir + Emtricitabina (TDF + FTC) 300 + 200 mg* 1 tableta vía oral cada 24 horas  + Lopinavir+ Ritonavir (LPV/r) 200+50 mg* 2 tabletas vía oral cada 12 horas
<b>Exposición Ocupacional de Bajo Riesgo</b>  Contacto con líquidos potencialmente infectantes de una persona con VIH, o fuente desconocida, sobre las mucosas o piel lesionada superficialmente, como mordedura.	Tenofovir + Emtricitabina (TDF + FTC) 300 + 200 mg* 1 tableta vía oral cada 24 horas
<b>Exposición Ocupacional sin Riesgo</b>  Contacto con líquidos potencialmente infectantes de una persona con VIH, sobre la piel intacta, librando las mucosas y los ojos.	No está indicada la PPE

\*Dosis fija combinada

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

## Régimen ARV alternativo

Tabla 2. Tipo de Exposición Ocupacional y su respectivo Régimen Antirretroviral alternativo.

Tipo de Exposición Ocupacional	Régimen Antirretroviral Alternativo
<p><b>Exposición Ocupacional de Alto Riesgo</b></p> <p>Contacto con lesiones abiertas en piel, (cortaduras, punción, golpe con pérdida de continuidad de la piel), con líquidos potencialmente infectantes de una persona con VIH o fuente desconocida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina (AZT) 300 mg* 1 tableta vía oral cada 12 horas +</li> <li>Lamivudina (3TC) 150 mg* 1 tableta vía oral cada 12 horas +</li> <li>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)* 200+50 mg 2 tabletas vía oral cada 12 horas o</li> <li>Atazanavir 300 mg 1 tableta oral cada 24 horas +</li> <li>Ritonavir 100 mg cada 24 horas</li> </ul>
<p><b>Exposición Ocupacional de Bajo Riesgo</b></p> <p>Contacto con líquidos potencialmente infectantes de una persona con VIH, o fuente desconocida, sobre las mucosas o piel lesionada superficialmente, como mordedura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina (AZT) 300 mg* tableta vía oral cada 12 horas +</li> <li>• Lamivudina (3TC) 150 mg* tableta vía oral cada 12 horas</li> </ul>

\*Se prefiere dosis fija combinada

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

Ver en anexo 6 el cuadro de presentaciones, dosis, efectos adversos y contraindicaciones de medicamentos antirretrovirales usados en PPE.

- Después de administrada la primera dosis, el mismo día del accidente, continuar la consejería educando al personal de salud, mediante las siguientes recomendaciones para la prevención de la transmisión durante el período post exposición:
  - Dotación y uso de condón en todas las relaciones sexuales, durante los siguientes meses hasta dar el alta, doce meses después del accidente laboral; otra opción, es elegir la abstinencia sexual; ambas

medidas con el fin de impedir la transmisión sexual y evitar el embarazo.

- Suspender el amamantamiento, si lo hubiera.
  - Abstenerse de donar sangre, plasma, órganos, tejidos o esperma.
  - Dar a conocer los efectos secundarios de la TAR.
  - Insistir en la adherencia. No dejar de subrayar la importancia del cumplimiento total y oportuno del tratamiento antirretroviral.
- Incapacidad: se da incapacidad por tres días calendario para tener una mejor respuesta. Considerar intolerancia a ARV para evaluar continuidad de incapacidad laboral o ingreso hospitalario.
  - En caso de embarazo no cambiar las pautas de tratamiento de PPE.
  - Establecer el plan de seguimiento: llenar adecuada y completamente el formato de seguimiento (anexo 3).

En caso de haber seroconversión en cualquier momento del período de seguimiento, seguir manejo como caso VIH; se clasifica el modo de transmisión como caso de "infección ocupacional".

- Primeras veinticuatro a setenta y dos horas de la exposición ocupacional:
  - Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE.
  - Ver exámenes basales.
  - Verificar esquema de vacunación: hepatitis B, Td.
  - Evaluar los efectos secundarios y el ingreso hospitalario.
  - Evaluar e insistir en la adherencia.
  - Evaluar estado psicológico para referir.
  - Reforzar uso de condón y suspensión de amamantamiento.
  - Evaluar prórroga de la incapacidad laboral.
  - Evaluar otras referencias.
  - Verificar anticoncepción de emergencia.
- Control a la semana post exposición:
  - Evaluar adherencia y efectos secundarios y el ingreso hospitalario por efectos adversos severos.
  - Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: anticuerpos para VIH, serología de sífilis.
  - Reforzar uso de condón.
  - Evaluar estado psicológico.
- Control a los dos meses post exposición:
  - Verificar cumplimiento de la PPE.
  - Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.
  - Constatar fecha de última regla.

- Indicar la prueba VIH y serología de sífilis a tomarse en cinco meses post exposición.
  - Reforzar uso de condón.
  - Indicar antígenos de hepatitis B a tomarse en cinco meses post exposición y cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B.
- Control a los seis meses:
    - Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.
    - Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
    - Indicar la prueba de VIH para ser tomada a los once meses post exposición.
    - Evaluar referencia a Psiquiatría.
  - Control a los doce meses:
    - Verificar resultados de pruebas indicadas anteriormente.
    - Dar alta contra prueba negativa de VIH.

## **2. EXPOSICIÓN AL VIH POR VIOLENCIA SEXUAL**

### **2.1 Generalidades**

La violencia sexual que presenta la posibilidad de transmisión de VIH es la violación sexual<sup>17</sup>. Esta se define en el Código Penal como delito que atenta contra la libertad sexual y que consiste en el “acceso carnal por vía vaginal o anal” por medio de violencia<sup>18</sup>. De igual manera se incluye la vía oral, para los efectos de la exposición al VIH.

La posibilidad de la transmisión del VIH, en la violación sexual es más alta que en una relación sexual no violenta, por el mayor daño en tejidos que puede ocurrir. El VIH empieza a replicarse inmediatamente que entra en el cuerpo de la persona afectada por violación sexual.

Toda persona que solicita los servicios de salud por violación sexual debe tratarse con el debido respeto a su dignidad, el derecho a la igualdad, la privacidad, confidencialidad, y la no discriminación, independientemente de su identidad de género y orientación sexual.

### **2.2 Consideraciones para definir conductas de manejo**

---

<sup>17</sup> Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA., Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. Pediatrics. 1998;102(4):E46.

<sup>18</sup> Código Penal. El Salvador 1997. Art. 158

La profilaxis del VIH en las personas afectadas por violación sexual es una urgencia médica y deben de ser atendidas en las Unidades de Emergencia de los hospitales nacionales u otros establecimientos de las RIIS del Sistema Nacional de Salud, debidamente autorizados.

El abordaje integral de la persona afectada por violación sexual se debe hacer de acuerdo a lo establecido en los “Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia”, que implica la prevención de otras ITS, prevención de embarazo, atención de las lesiones producto de la violación sexual que pongan en riesgo la vida de la persona, atención psicológica o psiquiátrica y manejo del estado general.

Toda persona que sufre violación sexual debe ser atendida y evaluada por personal de salud capacitado en PPE y debe ser el de mayor jerarquía. Esta recomendación es de particular atención para los días y horas en que los servicios de salud, particularmente hospitalarios, se cubren por turnos. El(la) Director(a) del establecimiento de salud asigna al responsable de la PPE.

Si la persona afectada por violación sexual se presenta en un establecimiento de Primer nivel, se le deben estabilizar los signos vitales, evaluar los líquidos endovenosos, atender las lesiones que amenazan la vida, otras medidas de urgencia y realizar referencia al nivel hospitalario. Use el formato de referencia a establecimiento de salud (anexo 4).

### **Prioridad de la PPE como urgencia de salud**

- La violación sexual es una urgencia médica. La PPE debe ser administrada en las primeras dos a cuatro horas, idealmente en la primera hora, hasta las setenta y dos horas después de la violación sexual. Si se indica la PPE debe de iniciarse en ese mismo momento, haya o no denuncia.
- El(la) Director(a) del establecimiento de salud o la persona por el(ella) designada debe dar aviso de casos en los que presume violación sexual a la Fiscalía General de la República o en su defecto a la Policía Nacional Civil, tomando en cuenta que dicho diagnóstico solo puede ser dado por Medicina Legal. El profesional que da aviso debe identificarse a nombre de la institución. Debe asegurarse que este procedimiento quede debidamente registrado en el expediente clínico.
- La persona afectada por violación sexual debe ser atendida y evaluada en el Hospital y no debe movilizarse o referirse. Tanto la Fiscalía como la Policía tienen que llegar al Hospital a realizar los procedimientos que les corresponde por Ley.
- Orientar a la persona afectada por violación sexual o a sus familiares a efectuar la denuncia a las instancias de protección legal: Fiscalía General

de la República o Policía Nacional Civil. En el anexo 5 se incluyen las oficinas en los departamentos del país, para la denuncia.

- Si la persona que sufre la violencia sexual ya ha hecho la denuncia, debe registrarse en el expediente clínico.

### **Abordaje del riesgo por violación sexual**

Tanto la persona que sufra violación sexual y de ser posible el agresor, deben ser evaluados médicamente para identificar la existencia de riesgos en la exposición:

- ITS: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, VHB, VHC y VIH.
- Embarazo.
- Uso de drogas.
- Evaluar lesiones que comprometan la vida y requieran intervenciones de urgencia.

### **Evaluación del riesgo a la exposición al VIH por violación sexual**

Tomar en consideración:

- Magnitud de la exposición. La exposición significativa al VIH se define cuando hay penetración o cuando hay contacto directo de la vagina, ano o la boca con el semen o sangre del agresor, con o sin lesiones físicas, daño de los tejidos o presencia de sangre en el lugar de la violencia sexual. Es igualmente exposición que amerita la PPE cuando hay ruptura de la piel o las membranas mucosas y ésta han entrado en contacto con sangre o semen del agresor o en el caso de mordeduras en las que haya sangre visible.
  - La ausencia de trauma visible no indica que la violación sexual no ocurrió, lo que no descarta el uso de PPE.
  - La PPE será administrada en casos de violación sexual repetitiva cuando la última violación sexual ha sido en las últimas setenta y dos horas.
- Fuente. Es el agresor o agresores. Debe conocerse su condición ante el VIH, de ser posible.
  - Coordinar con la Fiscalía General de la República para que ésta tramite la orden judicial para la toma de las pruebas serológicas del agresor.
  - Si la condición del VIH del agresor no se conoce en el momento oportuno, se considera como fuente desconocida, lo que aporta al criterio para indicar la PPE.
  - Si la condición del agresor, ante el VIH es negativa, se suspende la PPE. El clínico debe evaluar la continuación de la PPE, si así lo define, al considerar los riesgos posibles en la persona que sufre violencia sexual.
  - Si se conoce que el agresor es una persona con infección por VIH, se indica un régimen de PPE más efectivo.



### **Evaluación del riesgo a embarazo por violación sexual**

Debe indicarse anticoncepción de emergencia, en los siguientes casos:

- Penetración vaginal por medio de la violencia.
- Toda mujer en edad fértil, independientemente de su ciclo menstrual.
- Sin anticoncepción permanente.

Debe indicarse anticoncepción de emergencia a toda mujer en edad fértil, sin anticoncepción permanente, que haya sido víctima de penetración vaginal por medio de violencia, independientemente de su ciclo menstrual.

### **Evaluación del riesgo a ITS por violación sexual:**

Independiente del tipo de violación sexual, debe darse profilaxis de acuerdo a los Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia, en los siguientes casos:

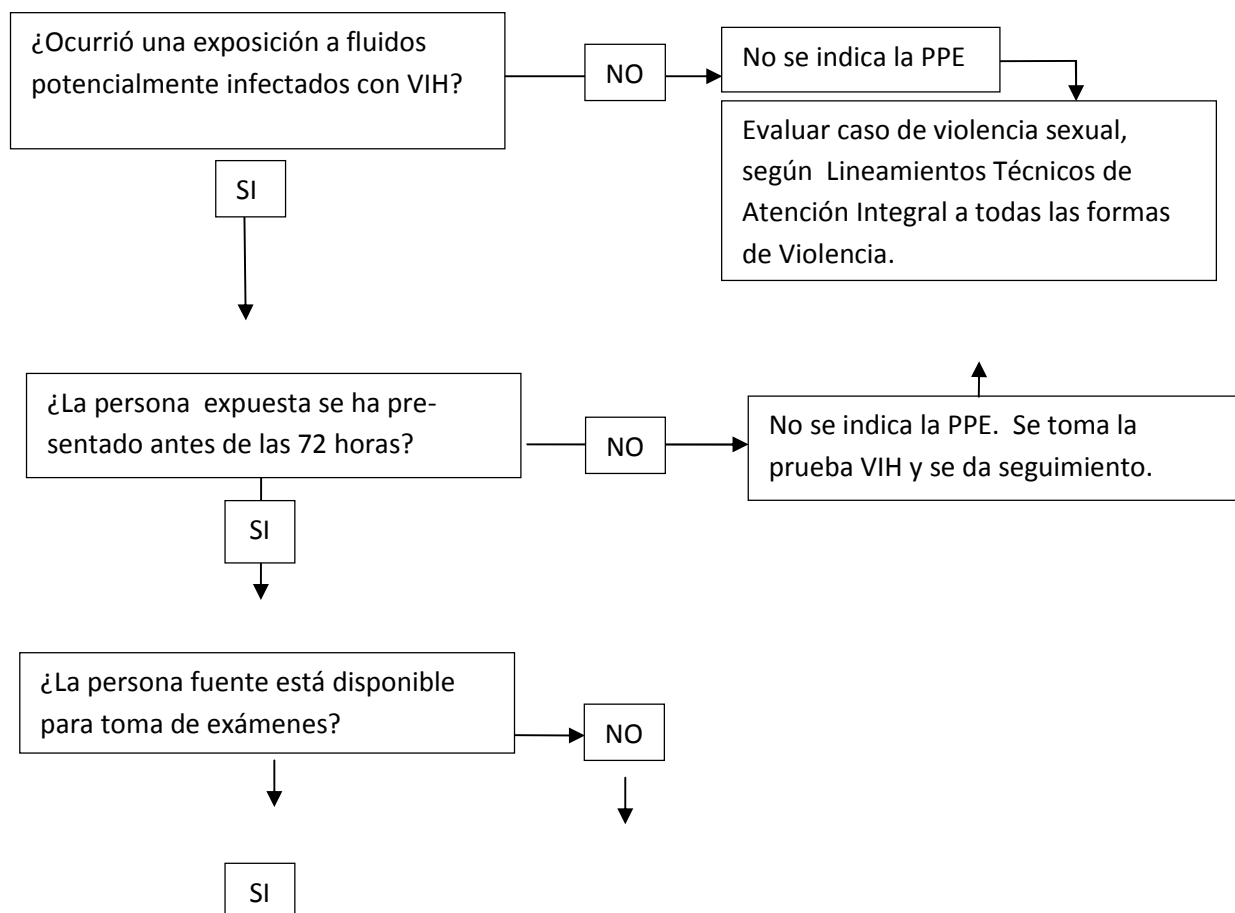
- Hepatitis B (vacunación).
- Sífilis.
- Gonorrea.
- Clamidiasis.
- Tricomoniasis y vaginosis bacteriana.
- Valorar vacunación antitetánica.

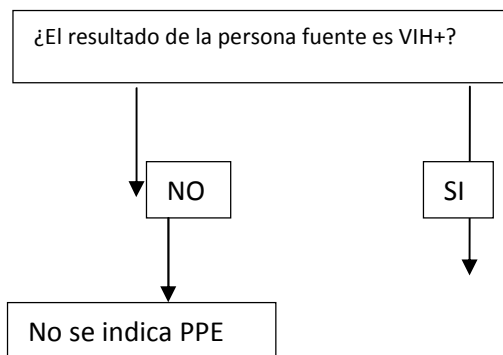
## **2.3 Procedimientos de la Profilaxis Post Exposición por Violencia Sexual**

- Al atender a la persona afectada por violación sexual y proceder a elaborar la historia y exploración física el(la) médico(a) debe:
  - Identificarse y explicar que durante la atención se hará acompañar de otro profesional de la salud.
  - Asegurarle que la atención será con la debida confidencialidad y privacidad.
- Si ha llegado sola(o), ofrecer llamar a un familiar o persona conocida para que le acompañe durante la atención.
- El(la) médico(a) de turno de mayor jerarquía, según la especialidad que brinda la atención, debe evaluar cuidadosamente el riesgo de exposición para definir el uso de PPE.
- La decisión de iniciar la PPE debe ser comunicada clara y sencillamente a la persona expuesta. De ser posible, debe administrarse la primera dosis en la primera hora post exposición y no después de setenta y dos horas de la violación sexual, asegurándose que la persona afectada la acepta y que la tomará completamente. Ver regímenes en tabla 4.
- Brindar consejería, tomando en consideración el estado emocional de la persona afectada por violación sexual y su capacidad de comprensión en ese momento, describiéndole los servicios que pueden administrarse, si los acepta.

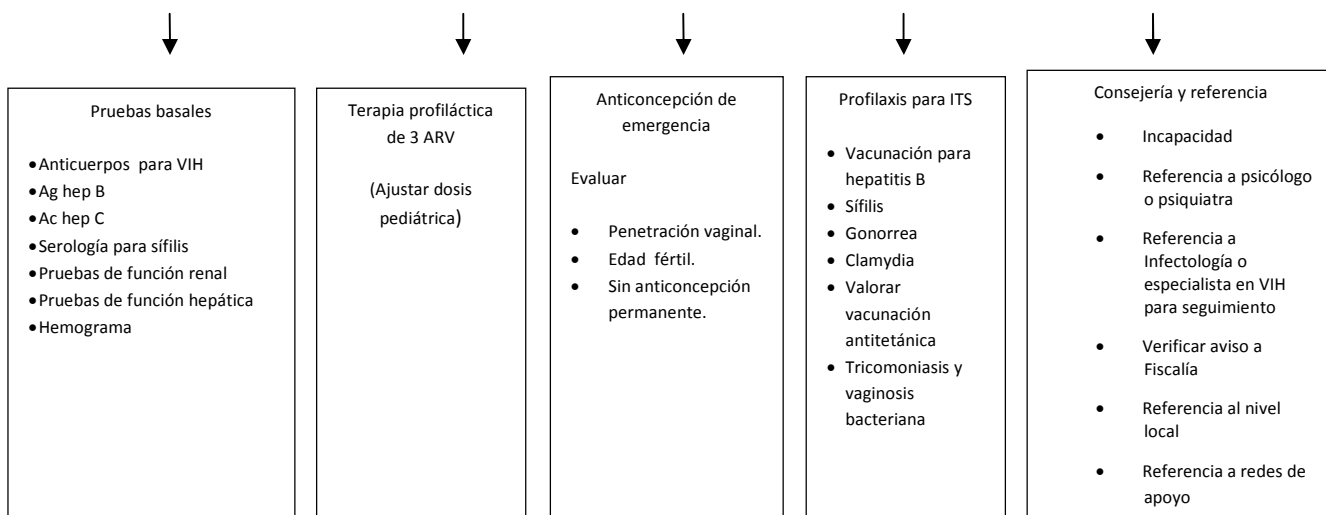
- Tomar una muestra sanguínea basal para la detección de anticuerpos contra el VIH, VHB, VHC, serología de sífilis y prueba de embarazo.
- Si se indica e inicia la PPE, también se toma la creatinina sérica, pruebas de función hepática y hemograma completo. La respuesta de estos exámenes no es razón para retrasar el inicio de la PPE.
- Si las lesiones amenazan la vida de la persona afectada por violación sexual, se debe proceder al manejo médico necesario hasta estabilizar al paciente. Considerar ingreso hospitalario o referencia.
- Llene íntegramente el formato para Registro de casos post exposición (anexo 2), indicando claramente que es por violencia sexual.
- Si hay denegatoria de parte de la persona afectada por violación sexual a la PPE, cítela en veinticuatro horas para asegurarse que aún puede empezar en el período de las setenta y dos horas después de la exposición. Este hecho se registra en el expediente clínico de la persona víctima de violación sexual, quien debe firmar el expediente. De igual manera debe firmar el (la) testigo.
- Las dosis del tratamiento de la PPE se debe adecuar en la infancia. Ver tabla 3.

### Algoritmo de atención de la PPE al VIH por violación sexual





## Intervenciones en la persona afectada por violación sexual (niños, niñas, adolescentes y adultos)



Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

- Administrar el siguiente tratamiento antirretroviral en niños y niñas durante veintiocho días (cuatro semanas) continuos, explicando a la familia los aspectos antes mencionados.

Tabla 3. Régimen PPE de tres medicamentos para niños y niñas con peso menor de 40 Kg.

RÉGIMEN PPE DE TRES MEDICAMENTOS PARA NIÑOS Y NIÑAS	
Medicamento	Dosis
Zidovudina (AZT) 50 mg/5 ml	180–240 mg/m <sup>2</sup> vía oral cada 12 horas
Lamivudina (3TC) 50 mg/5 ml	4 mg/kg vía oral cada 12 horas
Lopinavir+ Ritonavir (LPV/r) 80+20 mg/ml	230-350 mg/m <sup>2</sup> vía oral cada 12 horas (dosis calculada en base a Lopinavir)

Fórmula de la superficie corporal en  $m^2 = (\text{Peso en Kg} \times 4 + 7) / (\text{Peso en Kg} + 90)$   
 Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

- Administrar el siguiente tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos durante veintiocho días (cuatro semanas).

Tabla 4. Régimen PPE de tres medicamentos para adultos y adolescentes.

RÉGIMEN PPE DE TRES MEDICAMENTOS ADULTOS Y ADOLESCENTES	
Medicamento	Dosis
Zidovudina (AZT) 300 mg*	1 tableta vía oral cada 12 horas
Lamivudina (3TC) 150 mg*	1 tableta vía oral cada 12 horas
Lopinavir+ Ritonavir (LPV/r) 200+50 mg	2 tabletas vía oral cada 12 horas

Se prefieren dosis fijas combinadas

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

Tabla 5. Régimen alternativo de tres medicamentos para adultos y adolescentes.

RÉGIMEN ALTERNATIVO DE PPE DE TRES MEDICAMENTOS ADULTOS Y ADOLESCENTES	
Medicamento	Dosis
Tenofovir + Emtricitabina (TDF + FTC) 300 + 200 mg*	1 tableta vía oral cada 24 horas
Lopinavir+ Ritonavir (LPV/r) 200+50 mg	2 tabletas vía oral cada 12 horas

f

Dosis fija combinada

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

Uso endovenoso de AZT en casos de no estar indicada la vía oral:  
 carga de Zidovudina (AZT) EV 2 mg/kg a pasar en una hora y  
 mantenimiento de 1 mg/kg/hora hasta recuperar la vía oral.

Ver en anexo 6 el cuadro de presentaciones, dosis, efectos adversos y  
 contraindicaciones de medicamentos antirretrovirales usados en PPE.

- Después de administrada la primera dosis oral, continuar la consejería el mismo día de la agresión, haciendo las siguientes recomendaciones para la prevención de la transmisión durante el período post exposición:

- Impedir la transmisión sexual y evitar el embarazo. Uso correcto y consistente de condón, durante los siguientes meses hasta el alta. Otra opción es elegir la abstinencia sexual.
- Suspender el amamantamiento, si lo hubiera.
- No donar sangre, plasma, órganos, tejidos o esperma.
- Insistir en la adherencia. No dejar de subrayar la importancia del cumplimiento total y oportuno del tratamiento antirretroviral.
- Citar de las veinticuatro a setenta y dos horas y reforzar estas indicaciones, recordar que por el estado de la persona afectada por violación sexual no puede asimilar todas las recomendaciones y tratamientos administrados.
- En caso de embarazo, no cambiar las pautas de tratamiento de PPE.
- Incapacidad: se da incapacidad de acuerdo a la seriedad del daño en tejidos y al impacto psicológico producida y no menor de tres días calendario. Considerar intolerancia a ARV para evaluar continuidad de incapacidad laboral o ingreso hospitalario.
- Establecer el plan de seguimiento.  
Llenar adecuada y completamente el formato de seguimiento (anexo 3).  
En caso de haber seroconversión en cualquier momento del período de seguimiento, continuar manejo como caso VIH; se clasifica el modo de transmisión como caso de "infección por violencia sexual". El seguimiento con especialista de VIH se detalla a continuación.
- Primeras veinticuatro a setenta y dos horas de la exposición por violación sexual:
  - Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE.
  - Ver exámenes basales.
  - Verificar esquema de vacunación: hepatitis B y Td.
  - Evaluar los efectos secundarios e ingreso hospitalario.
  - Evaluar e insistir en la adherencia.
  - Evaluar estado psicológico para referir a manejo especializado.
  - Reforzar uso correcto y consistente de condón.
  - Suspensión de amamantamiento.
  - Evaluar prórroga de la incapacidad laboral.
  - Evaluar otras referencias.
  - Verificar anticoncepción de emergencia.
- Control a la semana post exposición:
  - Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos.
  - Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: anticuerpos para VIH y serología de sífilis.
  - Reforzar uso correcto y consistente de condón.
  - Evaluar estado psicológico.

- Control a los dos meses post exposición:
  - Verificar cumplimiento de la PPE.
  - Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.
  - Constatar fecha de última regla.
  - Indicar la prueba VIH y serología de sífilis a tomarse en cinco meses post exposición.
  - Reforzar uso correcto y consistente de condón.
  - Indicar antígenos de hepatitis B a tomarse en cinco meses post exposición y cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B.
  
- Control a los seis meses:
  - Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.
  - Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
  - Evaluar referencia a Psiquiatría.
  - Dar alta contra prueba de VIH con resultado no reactivo.

### **3. Planificación, monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica de la PPE**

El componente de planificación, monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica es una función y responsabilidad del Nivel Superior, Regiones de Salud, SIBASI, hospitales nacionales, UCSF y Ecos Familiares. Está conformado por:

#### **3.1 Formularios**

- Formato para Registro de casos post exposición (anexo 2), indicar si es exposición ocupacional o por violencia sexual.
  - Formato de seguimiento (anexo 3).
  - FVIH01 para la solicitud de la prueba VIH, indicando el control correspondiente. En el apartado IV de datos de solicitud y motivos de examen, de esta hoja.
- 
- 3.1.1 En caso de exposición ocupacional, en este formulario marcar según el caso: “Accidentado laboral”, la persona que ha sufrido el accidente que lo expone al VIH; y marcar “Fuente del accidente laboral, quien es la persona de quien provienen los líquidos potencialmente contaminantes.
  - 3.1.2 En caso de exposición por violación sexual se indica como “Víctima de violación sexual”, quien es la persona que sufre de violación sexual y como “Agresor de violación sexual”, quien es la persona de quien provienen los líquidos potencialmente contaminantes.

Se debe facilitar el acceso a los formularios para el manejo integral de la persona afectada por violencia sexual.

### **3.2 Indicadores**

En base a la información de los formularios, el módulo correspondiente del Sistema Único de Información en Salud, en adelante SUIIS, y las estadísticas locales producen los siguientes productos en forma trimestral y anual.

- Porcentaje de servicios de salud con profilaxis post exposición disponible.
- Número de casos de exposición por mes, por trimestre y por año.
- Número de PPE ocupacionales.
- Número de PPE por violación sexual.
- Porcentaje de PPE completas en exposición ocupacional.
- Porcentaje de PPE completas en exposición por violación sexual.
- Porcentaje de personas con seguimientos de la PPE a las veinticuatro a setenta y dos horas, a la semana, a los dos, seis y doce meses en exposición ocupacional.
- Porcentaje de personas con seguimiento de la PPE a las veinticuatro a setenta y dos horas, a la semana, los dos y seis meses en exposición por violación sexual.
- Porcentaje de seroconversiones por exposición ocupacional.
- Porcentaje de seroconversiones por exposición por violación sexual.

Ver anexo 7 con ampliación sobre indicadores.

### **3.3 Acciones de planificación, monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica**

**Por niveles de atención:**

#### **Nivel Superior**

- a) Monitorear la implementación de la presente Guía Clínica en Regiones de Salud y SIBASI.
- b) Evaluar indicadores nacionales e indicadores en cada Región de Salud.
- c) Asegurar que las Regiones de Salud y hospitales cuentan con las habilidades necesarias para realizar las acciones de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, a través de un plan de capacitación integrado.
- d) Asegurar que las Regiones de Salud y hospitales nacionales cuentan con un flujo de información oportuna y de calidad para registrar información, analizarla y presentar resultados confiables.

- e) Asegurar que las Regiones de Salud y hospitales nacionales cuentan con medicamentos, reactivos y fuentes primarias de captura de información.
- f) Participar en el SUIS, en el componente de vigilancia epidemiológica.

### **Nivel Regional**

- a) Monitorear la implementación de la presente Guía Clínica en SIBASI, UCSF y Ecos Familiares.
- b) Evaluar indicadores en cada hospital o establecimiento autorizado para PPE.
- c) Asegurar que los SIBASI, UCSF y Ecos Familiares cuentan con las habilidades necesarias para realizar acciones de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, a través de un plan de capacitación integrado.
- d) Asegurar que los SIBASI, UCSF y Ecos Familiares cumplen con el flujo para el registro de información oportuna y de calidad, análisis y presentación de resultados en la Sala Situacional.
- e) Asegurar que los SIBASI, UCSF y Ecos Familiares cuentan con los reactivos requeridos para la toma de pruebas de laboratorio y fuentes primarias de captura de información.

### **Nivel Local**

- a) Garantizar la atención y el seguimiento a las personas que han sufrido exposición al VIH ocupacional y por violencia sexual.
- b) Llenado completo y legible de formularios, de acuerdo a la Guía Clínica.
- c) Monitorear de las actividades del establecimiento de salud por el equipo multidisciplinario.
- d) Evaluar las actividades, resultados, retos y logros por el equipo multidisciplinario.
- e) Cumplir con el flujo de información oportuna y de calidad para el registro de información, análisis y presentación de resultados confiables por el epidemiólogo del establecimiento.
- f) Evaluar de indicadores de vigilancia epidemiológica local, por el equipo multidisciplinario y el epidemiólogo; y presentarlos en la sala situacional.
- g) Integrarse al Comité Intersectorial en su área de responsabilidad.
- h) Contar con los reactivos requeridos para la toma de pruebas de laboratorio y fuentes primarias de captura de información.



## VI.DISPOSICIONES GENERALES

### **Sanciones por incumplimiento**

Es responsabilidad del personal técnico y administrativo que labora en los establecimientos de las RIIS del Sistema Nacional de Salud, darle cumplimiento a la presente Guía Clínica; en caso de infracción a lo dispuesto en el presente instrumento técnico jurídico, se sancionará de acuerdo a la normativa correspondiente.

### **Derogatoria**

Déjese sin efecto la Guía para el Sistema de Información de la profilaxis post exposición al VIH, SIPPE, de julio 2003.

### **De lo no previsto**

Lo que no esté previsto en la presente Guía Clínica de la Profilaxis Post Exposición, se debe de resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de la Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

## VII. LISTADO DE ANEXOS

Forman parte de esta Guía Clínica los anexos siguientes:

- Anexo 1** Riesgo de transmisión de VIH tras exposición a una fuente infectada.
- Anexo 2** Formato para Registro de Casos Post Exposición.
- Anexo 3** Formato de Registro de seguimiento de casos de PPE.
- Anexo 4** Formato de Referencia, retorno e interconsulta.
- Anexo 5** Listado de las Oficinas Departamentales de la Fiscalía General de la República.
- Anexo 6** Dosis, efectos adversos y contraindicaciones de medicamentos antirretrovirales usados en PPE.
- Anexo 7** Tabla de Indicadores de Monitoreo y Evaluación.

## VIII. TERMINOLOGÍA

**Fuente:** es la persona o el paciente de donde proviene el material biológico, independientemente de su estado serológico.

**Material de Origen:** material con el que se tuvo contacto que produjo la exposición, y causó la lesión durante el accidente.

**Material potencialmente infeccioso (MPI):** se refiere a sangre y fluidos corporales en los que se considera que pueden representar riesgo ocupacional (líquido cefalorraquídeo líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico y líquido amniótico), tejidos e insumos médicos, equipamiento o superficies ambientales contaminadas con dichos fluidos. Otros fluidos corporales, como orina, materias fecales, sudor, saliva, expectoración, lágrimas y vómitos se consideran MPI de bajo riesgo, excepto que contengan sangre visible. Las secreciones genitales, si bien se consideran MPI en situaciones de contacto sexual, no existen evidencias que las impliquen como riesgo potencial ocupacional para los personales de la salud. En la exposición por violencia sexual son los fluidos corporales potencialmente infecciosos como sangre, secreciones vaginales y semen u otros fluidos que contengan sangre visible.

**Personal de Salud:** todo el personal de instituciones de atención de salud y de laboratorio clínico, incluidos los voluntarios y los estudiantes, que dentro de sus actividades tengan contacto con pacientes, sangre u otros líquidos corporales.

**Profilaxis Post Exposición (PPE):** es la respuesta de urgencia médica para aquellos individuos que han sido expuestos al VIH por accidente laboral o por violación sexual. Su fin es proveer protección inmediata y acceso a servicios de salud por medio de las siguientes actividades: acompañamiento médico y psicológico, consejería, acceso a medicamentos especiales y a pruebas de laboratorio.

## IX. ABREVIATURAS Y SIGLAS

A3TC	Lamivudina
AZT	Azidotimidina (Zidovudina)
ARV	Antirretrovirales
CD4	Recuento de Linfocitos CD4
Ecos Familiares	Equipos Comunitarios de Salud Familiar.
ETMI	Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil
FTA ABS	Prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes
IM	Intramuscular
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MINSAL	Ministerio de Salud
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011 - 2015
PPE	Profilaxis Post Exposición
RIISS	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
RPR	Serología de sífilis Reaginina Plasmática Rápida
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud sexual y reproductiva
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
TARV	Terapia antirretroviral

Td	Toxoide Tetánico y diftérico, vacuna contra tétanos y difteria para mayores de 10 años
TMI	Transmisión Maternoinfantil
UCSF	Unidades Comunitarias de Salud Familiar

## **X. VIGENCIA**

La presente Guía Clínica entrará en vigencia a partir de la fecha de oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, 7 de diciembre de 2012.



María Isabel Rodríguez  
Ministra de Salud

## **XI. ANEXOS**



## Anexo 1



### Riesgo de transmisión de VIH tras exposición a una fuente infectada

Tipo de exposición	Riesgo estimado de transmisión del VIH en %
Transfusión de sangre (una unidad)	90 - 100
Recepción anal	0.1 – 3.0
Recepción vaginal	0.1 – 0.2
Penetración vaginal	0.03 – 0.09
Penetración anal	0.06
Felación receptiva	0.0 – 0.04
Pinchazo percutáneo con aguja	0.3 ( 0.2 – 0.5 IC 95%)
Compartir material de inyección	0.67
Exposición mucosa	0.09 (0.006 – 0.5 IC 95%)

Fuente: Fisher M., Benn P, Evans B. Clinical Effectiveness Group. (British Association for Sexual Health and HIV). UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. International Journal of STD & AIDS 2006; 17: 81–92



## Anexo 2

### Formato para Registro de Casos Post Exposición

Establecimiento de salud \_\_\_\_\_  
SIBASI \_\_\_\_\_ Región de Salud \_\_\_\_\_

Exposición Ocupacional al VIH \_\_\_\_ Exposición al VIH por Violación Sexual \_\_\_\_

#### A) Datos del accidentado o persona afectada por violación sexual

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la entrevista \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Área del establecimiento de salud en que labora \_\_\_\_\_

Cargo en el establecimiento en que labora \_\_\_\_\_

Fecha y hora del accidente o violación sexual \_\_\_\_\_

#### B) Magnitud de la exposición por accidente laboral o violación

Qué ocurrió? \_\_\_\_\_

Exposición Ocupacional al VIH	
<b>Riesgo Alto</b> ____ Punciones ____ Cortaduras ____ Transfusiones sanguíneas ____ Heridas con cortopunzantes	<b>Riesgo Bajo</b> ____ Contacto con mucosas ____ Salpicaduras ____ Contacto de fluidos contaminantes, con piel lesionada.

Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

Dónde ocurrió (lugar)? \_\_\_\_\_

Área del cuerpo afectada \_\_\_\_\_

Llevaba el equipo de protección establecido para la actividad que realizaba? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Utilizó la técnica adecuada para el procedimiento que realizaba? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Accidentes previos: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ NO Fecha \_\_\_\_\_

Fue notificado \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

**C) Datos del paciente fuente o el agresor en caso de violación**

Nombre \_\_\_\_\_

No. Expediente \_\_\_\_\_

Datos clínicos \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

¿Es persona con infección por VIH? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Hepatitis B Si \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Serología para Sífilis \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ NO

Resultado Prueba Rápida VIH \_\_\_\_\_ Fecha de prueba Rápida VIH \_\_\_\_\_

Resultado de antígenos Hepatitis B (AngVHBs) \_\_\_\_\_ anticuerpos Hepatitis C \_\_\_\_\_

Resultado de serología de sífilis \_\_\_\_\_

**D) Riesgo (En Exposición Ocupacional) y manejo de la Exposición al VIH**

\_\_\_\_ Alto

\_\_\_\_ Bajo

\_\_\_\_ Sin Riesgo

Tratamiento instaurado \_\_\_\_\_

Días de incapacidad \_\_\_\_\_

Médico/a tratante \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.



### Anexo 3

#### Formato de Seguimiento de casos de PPE



Establecimiento de salud \_\_\_\_\_  
SIBASI \_\_\_\_\_ Región de Salud \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Exposición Ocupacional al VIH \_\_\_\_\_ Exposición al VIH por Violación Sexual

#### A) Datos del accidentado laboralmente o persona afectada por violación sexual

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Historia clínica \_\_\_\_\_

Examen Físico \_\_\_\_\_

Primeras 24 a 72 horas	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"><li>Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE</li><li>Ver exámenes basales</li><li>Verificar esquema de vacunación: hepatitis B, Td, neumococo, influenza.</li><li>Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos</li><li>Evaluar estado psicológico</li><li>Evaluar prórroga de la incapacidad laboral</li><li>Evaluar otras referencias</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones   Indicaciones   Firma
Control a la semana	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos</li><li>Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: anticuerpos para VIH, serología de sífilis.</li><li>Reforzar uso de condón</li><li>Evaluar estado psicológico</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones   Indicaciones   Firma
Control a los 2 meses	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"><li>Cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B</li><li>Verificar cumplimiento de la PPE</li><li>Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas</li><li>Indicar de prueba VIH a tomarse en 5 meses post exposición</li><li>Verificar uso de condón</li><li>Indicar antígenos de Hepatitis B a tomarse en 5 meses post exposición</li><li>Indicar serología de sífilis</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones   Indicaciones   Firma
Control a los 6 meses	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"><li>Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B</li><li>Verificar resultados de las pruebas de seguimiento</li><li>Indicar la prueba de VIH para ser tomada a los 11 meses post exposición</li></ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones   Indicaciones Firma
Control a los 12 meses	Marcar si hecho	Fecha _____



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar resultados de pruebas indicadas anteriormente</li> <li>▪ Dar alta contra prueba negativa de VIH</li> </ul>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Observaciones Indicaciones Firma
---	---	--

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto, 2012.



## ANEXO 4

### MINISTERIO DE SALUD

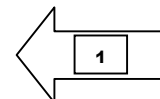
#### HOJA DE REFERENCIA E INTERCONSULTA

A. Referencia ☐ B. Interconsulta ☐ C. Emergencia ☐  
D. Consulta externa ☐ E. Demanda espontánea ☐

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Área de responsabilidad: \_\_\_\_\_ Expediente UCSF: \_\_\_\_\_

Establecimiento de salud que envía referencia o interconsulta: \_\_\_\_\_

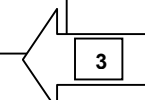
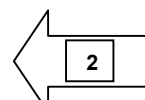


Especialidad a la que se interconsulta o refiere: \_\_\_\_\_

Establecimiento al que se refiere o interconsulta: \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

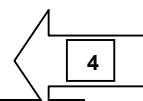
Motivo de referencia o interconsulta:



Datos positivos al interrogatorio y examen físico

Estado actual: Signos Vitales: T° \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ AU: \_\_\_\_\_  
FCF: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Información relevante del paciente (exámenes realizados y resultados)



Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

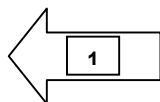
Nombre de la Persona que refiere o Interconsulta: \_\_\_\_\_ Cargo:

\_\_\_\_\_ Firma y Sello: \_\_\_\_\_

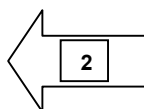
Visto bueno Director del establecimiento o Delegado del Director: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

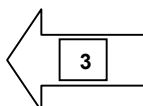
### INFORMACIÓN IMPORTANTE DE LA REFERENCIA E INTERCONSULTA



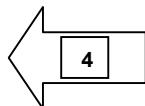
Incluir fecha y hora de la entrevista.



Indicar si se trata de exposición ocupacional al VIH o exposición al VIH por violación sexual.



Detallar la fecha y hora del accidente o violación. En caso de violación sexual, si se dio aviso a la Fiscalía General de la República.



Detallar los procedimientos realizados.

¿Se acompaña de la fuente? Es la persona de la cual proviene el material potencialmente infeccioso. Nombre, dirección y teléfono de esa persona. ¿Se tomó la prueba de VIH a la fuente? ¿ La persona expuesta lleva consigo la muestra de sangre de la fuente?



## ANEXO 5



### Oficinas Departamentales de la Fiscalía General de la República, año 2012.

OFICINA FISCAL	DIRECCIÓN	TELÉFONOS
<b>Oficina Fiscal San Salvador</b>		
<b>Edificio Fiscalía General de la República</b>	Calle Cortés Blanco Poniente No.20, Ur4b. Madre Selva 3, Antiguo Cuscatlán	Tel (503) 2523-7400, 223-7401.
<b>Edificio Atención al Usuario</b>	Bulevar La Sultana No. G-12, Antiguo Cuscatlán	Tel 2523-7000, 2523-7001. Fax 2523-7409
<b>San Marcos</b>	1ª. Calle Oriente No. 14-B, Col, El Milagro	Tel 2213-0517, 2213-0634
<b>Soyapango</b>	Km. 7 antigua carretera panamericana, Parque Industrial y Comercial Desarrollo	Tel 2294-9472, 2294-9536
<b>Apopa</b>	Urb María Elena, Polig. F, Pje 7 No. 23, Km 13 ½ de la carretera de Apopa a Quezaltepeque	Tel 2316-3124, 2216-3125, 2294-9378
<b>Mejicanos</b>	Calle a Ayutuxtepeque No, 320-C, Urb. Dolores.	Tel 2282-4738, 2282-2781, 2282-2908
<b>Oficina Fiscal La Unión</b>	Intersección de la 3ª Calle Pte, y 8ª Ave. Sur, Barrio Honduras, frente a BFA.	Tel 2604-3113, 2604-3114
<b>Oficina Fiscal Morazán</b>	1ª Calle Oriente y 2ª Ave. Nte. No.6, Barrio El Calvario, San Francisco Gotera.	Tel 2654-1506, 2654-1507
<b>Oficina Fiscal San Miguel</b>	15 Calle Oriente No, 804, Barrio Concepción, costado sur Centro de Gobierno.	Tel 2645-2500
<b>Oficina Fiscal Usulután</b>	2ª Ave. Nte. No. 39, frente a Estadio "Sergio Torres".	Tel. 2662-3229, 2662-3724
<b>Oficina Fiscal San Vicente</b>	7ª Calle Oriente No. 22, Barrio El Santuario.	Tel 2393-1039, 2393-1202, 2393-0351
<b>Oficina Fiscal La Paz</b>	12ª. Calle Oriente No. 10, Barrio El Calvario, Zacatecoluca.	Tel 2334-2090, 2234-2006
<b>Oficina Fiscal Cabañas</b>	6ª Calle Pte No. 47, Barrio El Calvario, Sensuntepeque.	Tel 2382-0668, 2382-0674, 2382-3056
<b>Oficina Fiscal Cuscatlán</b>	Antigua Carretera Panamericana Km, 44, Barrio Concepción, Cojutepeque.	Tel. 2372-1471, 2372-1472
<b>Oficina Fiscal de La Libertad</b>		
<b>Puerto de la Libertad</b>	Calle Gerardo Barrios No. 11-3, Barrio y Pje San José.	Tel, 2346-0824, 2346-0825
<b>Santa Tecla</b>	Ave, Manuel Gallardo Nte. y calle El Boquerón, Centro Salesiano Rinaldi.	Tel 2288-2260, 2288-2261
<b>Oficina Fiscal Chalatenango</b>	6ª Ave. Sur y 2da. Calle Ote. Pje 3, casa 29, Barrio y Col. San Antonio, Chalatenango.	Tel 2301-0326 y 2307
<b>Oficina Fiscal Sonsonate</b>	Kilometro 67 carretera a Acajutla,	Tel 2451-6255, 2451-6272

	Cantón y Hda. Las Delicias, Sonsonate.	
<b>Oficina Fiscal Ahuachapán</b>	3ª Ave.Sur No. 1 – 10, Ahuachapán.	Tels. 2413-4098, 2413-4093
<b>Oficina Fiscal de Santa Ana</b>	8ª Calle Poniente y 10 Ave. Sur, Santa Ana.	Tel 2441 – 2144, 2447 – 9564

Fuente: [http://www.fiscalia.gob.sv/?page\\_id=372](http://www.fiscalia.gob.sv/?page_id=372) Números telefónicos sujetos a cambios



## ANEXO 6

### DOSIS, EFECTOS ADVERSOS Y CONTRAINDICACIONES DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES USADOS EN PPE

Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Nucleótidos (ITRN)			
Medicamento	Presentación	Dosis	Observaciones
<b>Zidovudina</b>  (AZT)	Jarabe: 10 mg/ml  Cápsulas: 100 mg  Tabletas: 300 mg   Combinado con 3TC: Combivir: tabletas AZT 300 mg y 3TC 150 mg.	Prematuros: 1,5 mg/kg/vo c/12 h hasta las 2 semanas de edad, luego 2 mg/kg/vo c/8 h  Neonatos: 2 mg/kg/vo c/6 h  IV: 1.5 mg/kg/día c/ 6 h  Niños: 160 mg/m <sup>2</sup> /vo c/6-8 h o 240 mg/m <sup>2</sup> /vo c/12 h  Adolescentes y adultos:  200 mg. c/8 h o 300 mg c/12 h.	<b>Toxicidad:</b> Anemia miopática, hepatitis, granulocitopenia,  <b>Interacciones:</b> Ganciclovir TMP/SMX Aciclovir, Interferon Alfa, Fluconazole Acido Valproico, Cimetidina, Rifampicina, Rivabutina, Ribavirina, estavudina  Puede ser tomada con alimentos, debe ajustarse en falla renal y hepática
<b>Lamivudina</b>  (3TC)	Solución: 10 mg/ml  Tabletas: 150 mg.	RN: 2 mg/kg/vo c/12 h  Niños: 4 mg/kg/vo c/12 h  Adolescentes > 50 kg y adultos:  150 mg c/12 h	<b>Toxicidad:</b> Diarrea, vómito, exantema, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, neutropenia,  <b>Interacciones:</b> TMP/SMX  <b>Instrucciones:</b> Puede darse con alimentos, ajustar en falla renal
Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Nucleósidos			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Observaciones
<b>Tenofovir</b>  (TDF)	Tabletas: 300 mg  Combinado con Emtricitabina (FTC) Truvada: tabletas TDF 300 y FTC 200 mg.  Combinado con Efavirenz (EFV) y Emtricitabina (FTC): Atripla: Tabletillas: TDF 300mg. FTC 200 mg y EFV 600 mg.	Pediátrica: No tiene aprobación para uso en < 12 años.  Adolescentes (>12 años o 35 kg), y adultos: 300 mg una vez al día  Observar densidad ósea en niños prepuberales en estadio Tanner: 1 o 2.	<b>Toxicidad:</b> Astenia, cefalea, diarrea, náuseas, vómitos y flatulencia. Insuficiencia renal (disfunción tubular proximal que puede causar síndrome de Fanconi). Disminución de densidad ósea.  <b>Interacciones:</b> Debe evitarse combinación con ddI. Si se utiliza con ATV debe ser potenciado con Ritonavir. Excreción Renal. Monitorear por Virus de hepatitis B antes de iniciar TDF.

<b>Emtricitabina (FTC)</b>	Cápsula: 200 mg	<p>Oral.</p> <p>Lactantes <math>\geq</math> 4 meses, niños, adolescentes &lt; 18 años: 6 mg/kg, máx. 240 mg, 1 vez/día (sol.); con p.c. mín. de 33 kg: 200 mg, 1 vez/día (cáps.).</p> <p>Adultos.: 200 mg, 1 vez/día (cáps.) o bien 240 mg, 1 vez/día (sol.).</p>	<p><b>Toxicidad:</b> Cefalea, diarrea, náuseas, elevación de CK, neutropenia, hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hiperbilirrubinemia, reacción alérgica, mareo, astenia, insomnio, pesadillas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, exantema, prurito, erupción maculopapular, vesiculobullosa y pustular, urticaria, discromía, dolor y elevación de: lipasa sérica, amilasa incluida pancreática, AST, ALT. En niños: anemia, discromía, hepatitis.</p> <p><b>Interacciones:</b> No se puede recomendar con: zalcitabina.</p>
--------------------------------	-----------------	---	---

<b>Inhibidores de la Proteasa (IP)</b>			
Medicamento	Presentación	Dosis	Observaciones
<b>Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)</b>	<p>Solución: Kaletra, 80 mg (LPV) + 20 mg (RTV) por ml.</p> <p>Cápsulas: Kaletra 133.3 mg (LPV) + 33.3 mg (RTV)</p> <p>Tabletas Meltrex® Aluvia: LPV 200 mg + RTV 50 mg.</p>	<p>RN: Se desconoce</p> <p>Pacientes sin NVP o EFV, 6 meses a 2 años en base a LPV:</p> <p>7 a &lt;15 kg: 12 mg/kg/c/12 h</p> <p>15 a &lt;40 kg: 10 mg/kg/c/12 h</p> <p>Adolescentes &gt;40 kg y adultos:</p> <p>400 mg/kg/c/12 h ó 230 mg/m<sup>2</sup> SC c/12 h</p>	<p><b>Toxicidad:</b> Diarrea, Cefalea, astenia, náusea y vómito. Incremento de los triglicéridos y colesterol sérico, exantema. <b>Son raros:</b> sangrado en hemofílicos, pancreatitis, hiperglicemia, cetoacidosis, diabetes y hepatitis.</p> <p><b>Interacciones:</b> No administrar con antiaritmicos, antihistamínicos, cisaprida, midazolam, rifampicina.</p> <p><b>Otros:</b> Anticonvulsivos, dexametasona, claritromicina, rifabutina, ketoconazole.</p> <p><b>Instrucciones:</b> Con Alimentos, las grasas aumentan la absorción. Dar 1 h antes o 2 hs después de ddl. Refrigerar (2-8 Grados), Tabletas Meltrex no requieren refrigeración.</p>
<b>Ritonavir (RTV)</b>	<p>Solución: 80 mg/ml</p> <p>Cápsulas: 100 mg</p>	<p>Su uso esta reservado unicamente como potenciador de otros medicamentos IP y puede cambiar de acuerdo a los medicamentos con los que se usa.</p> <p>Combinado con Atazanavir:</p> <p>Atazanavir 300 mg cada 24 horas + Ritonavir 100 mg cada 24 horas</p>	<p><b>Toxicidad:</b> Cefalea, náusea, vómitos, dolor abdominal, alteración del gusto, parestesia periférica y peribucal, hepatitis y Pancreatitis. Elevación del ácido úrico y aumento de la creatinina fosfoquinasa.</p> <p><b>Interacciones:</b> Induce el citocromo p450 3A4,</p> <p><b>Instrucciones:</b> Con alimentos, separar 2 h de ddl, refrigerar (2-8 grados)</p>

<p><b>Atazanavir</b> <b>(ATV)</b></p>	<p>Capsulas de: 100, 150, 200 y 300 mg.</p>	<p>Su uso no esta aprobado en menores de 6 años o &lt;25 kg:</p> <p>Para &gt;6 años y &lt;18 años:</p> <p>25 a &lt;32 kg: ATV 200 mg + RTV 100 mg ambas una vez al dia com comidas</p> <p>32 a &lt;39 kg: ATV 250 mg + RTV 100 mg ambas una vez al día con comida.</p> <p>Adolescentes&gt;39 kg y adultos:</p> <p>ATV 300 mg + RTV 100 mg ambas una vez al día con comida.</p>	<p><b>Toxicidad:</b> Hiperbilirrubinemia, hiperglicemia, mal distribucion de las grasas, nefrolitiasis, rash, elevación de transaminasas, hiperlipidemia. Aumento del intervalo PR del ECG con bloqueo sintomático AV de primer grado en algunos pacientes.</p> <p><b>Interacciones:</b> Se absorbe mejor con comidas, el uso de medicamentos antiácidos disminuye su absorción. No se recomienda con anticonceptivos orales.</p>
---	---	--	---

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.



## Anexo 7

**Tabla de Indicadores de Monitoreo y Evaluación**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	OBSERVACIONES	FORMA DE REGISTRO
<b>Porcentaje de servicios de salud con profilaxis post exposición disponible.</b>	Número de establecimientos de salud que administran PPE	Total de establecimientos de salud	Por cien. Este indicador se puede obtener de acuerdo a tipo de establecimiento que desee conocerse, por nivel de atención. Ej. Hospitales nacionales	Estadística local, fuera de sistema
<b>Número de PPE ocupacionales</b>	Número de casos reportados de PPE por Exposición Ocupacional		Se obtienen de las estadísticas locales, regionales o nacionales en el período deseado	Módulo respectivo del SUIS.
<b>Número de PPE por Violación sexual</b>	Número de casos reportados de PPE por Violación Sexual		Se obtienen de las estadísticas locales, regionales o nacionales en el período deseado	Módulo respectivo del SUIS.
<b>Porcentaje de PPE completas por exposición ocupacional</b>	Número de casos de PPE entre el personal de salud expuesto que terminaron su régimen de medicamentos ARV	Número de casos de PPE entre el personal de salud que iniciaron régimen de medicamentos ARV	Por cien.	Estadística local
<b>Porcentaje de PPE completas por violencia sexual</b>	Número de casos de PPE por violación sexual que terminaron su régimen de medicamentos ARV	Número de casos de PPE que iniciaron régimen de medicamentos ARV por violencia sexual	Por cien	Estadística local
<b>Porcentaje de personas con seguimientos a las 24/72 horas, a la semana, a los 2, 6 y 12 meses por exposición ocupacional</b>	Número de personas en el período determinado del Plan de Seguimiento de PPE ocupacional	Número de personas que inician PPE ocupacional	Por cien. Este indicador se puede obtener en el período determinado	Estadística local
<b>Porcentaje de personas con seguimientos a las 24/72 horas, a la semana, a los 2 y 6 meses por exposición por violación sexual</b>	Número de personas en el período determinado del Plan de Seguimiento de PPE por violación sexual	Número de personas que inician PPE por violación sexual	Por cien. Este indicador se puede obtener en el período determinado	Estadística local
<b>Porcentaje de seroconversiones por exposición ocupacional</b>	Número de personas que inician PPE, por exposición ocupacional y seroconvierten en un período de 12 meses	Número de persona que inician PPE por exposición ocupacional	Este indicador se puede obtener en el período determinado	Estadística local
<b>Porcentaje de seroconversiones por exposición ocupacional</b>	Número de personas que inician PPE, por exposición por violación sexual y seroconvierten en un período de 6 meses	Número de persona que inician PPE por violación sexual		Estadística local

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto 2012.

## **XII. BIBLIOGRAFÍA**

- Asociación Panamericana de Infectología. Grupo de Consenso Centroamericano y del Caribe de Tratamiento Antirretroviral. Recomendaciones para el Manejo de la Terapia Antirretroviral en el Adulto. 2010.
- Col K Kapila, Col RM Gupta, Brig GS Chopra, SM, VSM. Post-exposure Prophylaxis: What Every Health Care Worker Should Know. MJAFI 2008;64 : 250-253.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia. 2012.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos para el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Noviembre 2010
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual. Marzo 2012.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos sobre bioseguridad. 2012.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos de seguridad y salud ocupacional. Octubre 2011.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Norma de atención integral e integrada a todas las formas de violencia. 2012. Marzo 2012.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Normas técnicas para el control de las infecciones de transmisión sexual. Marzo 2012.
- Ministerio de Salud de El Salvador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida de ITS 2011 – 2015. 2011
- Ministerio de Salud de El Salvador. Protocolo de Atención a Personas con VIH. 2005.
- Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones transmitidas por Sangre y Fluidos Biológicos en Áreas Asistenciales, Guías para la Profilaxis Post Exposición (PPE) Accidental Ocupacional a sangre y fluidos corporales en personales de la salud. 2010.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Proyecto Esther. Profilaxis Post Exposición Profesional y No Profesional. Madrid 2012.
- New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Prophylaxis Following Non-Occupational Exposure Including Sexual Assault. May 2010.
- New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Prophylaxis Following Occupational Exposure. May 2010.
- ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Versión Revisada. Octubre 2011.

(Contraportada)



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PASCA**  
Programa para fortalecer la  
respuesta centroamericana al VIH

