



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

**PROTOCOLO DE PROFILAXIS POST
EXPOSICIÓN A LA INFECCION POR VIH Y
OTRAS ITS**

Tegucigalpa, M.D.C.

Honduras, C.A.

Enero 2017



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

PT 010: 2017

**PROTOCOLO DE PROFILAXIS POST
EXPOSICIÓN A LA INFECCION POR VIH Y
OTRAS ITS**

Numero de referencia
PT 010: 2017

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No. DGN PT. No 10-2017** del 21 de Marzo del 2017, me permito aprobar el PT 10: 2017 **“PROTOCOLO DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN A LA INFECCION POR VIH Y OTRAS ITS”**



AUTORIDADES

Dra. Delia Rivas Lobo

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Francis Rafael Contreras

Sub Secretario de Regulación

Dra. Sandra Maribel Pinel

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Karina Silva

Directora General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Roxana Aguilar

Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos

INDICE

1.	Introducción.....	1
2.	Justificación.....	2
3.	Objetivo General.....	4
4.	Objetivos Específicos.....	4
5.	Alcance.....	5
5.1	Población Diana	5
5.2	Usuarios	5
5.3	Niveles de Atención	5
6.	Acrónimos, Símbolos y Abreviaturas	6
7.	Términos y Definiciones:	7
8.	Metodología.....	10
9.	Aspectos Generales.....	11
9.1	Definición de PPE de VIH y otras ITS.....	12
9.2	Clasificación de la PPE de VIH y otras ITS	13
9.3	Generalidades sobre la exposición ocupacional	13
9.4	Evaluación del riesgo de la exposición ocupacional	14
9.4.1	Magnitud de la exposición	14
9.4.2	Factores de Riesgo.....	15
9.5	Disposición del trabajador de salud a la adherencia	16
9.6	Generalidades sobre la profilaxis post exposición no ocupacional.....	17
9.6.1	Factores de riesgo de transmisión de VIH en la exposición no ocupacional.....	17
9.7	Consideraciones para iniciar profilaxis post exposición no ocupacional.	18
9.8	Generalidades de la exposición al VIH por agresión sexual	18
9.8.1	Evaluación del riesgo de exposición a VIH por violación sexual.....	19

9.8.2	Evaluación del riesgo a embarazo por violación sexual	20
9.8.3	Evaluación del riesgo a ITS en situaciones de violación sexual	20
10.	Cuerpo Sustantivo.....	20
10.1	Procedimientos de la Profilaxis Post Exposición Ocupacional	20
10.2	Régimen de ARV para la PPEO	25
10.3	Manejo y seguimiento de la persona expuesta recibiendo PPEO	25
10.4	Procedimientos de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional	29
10.5	Procedimientos de la PPE en casos de violación sexual	30
10.6	Regímenes de ARV para la PPENO	30
10.7	Consideraciones en la atención de personas víctimas de violación sexual	31
10.8	Manejo y seguimiento de la víctima de violación sexual recibiendo PPENO	33
10.9	Profilaxis post-exposición de ITS, tétanos y embarazo	35
11.	Herramientas de Aplicabilidad.....	38
11.1	Algoritmo de atención para la PPEO.....	38
11.2	Algoritmo de atención para la PPENO por violación sexual	39
12.	ANEXOS	40
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	48

1. Introducción

No se conocen datos en Honduras sobre infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) ligados a la exposición de material contaminado con dicho virus, ya sea por exposición de tipo ocupacional o no ocupacional. La exposición ocupacional ocurre en aquel personal que realiza su actividad laboral en los servicios de atención en salud. La exposición no ocupacional, está relacionada a violencia, cuando ocurre una violación sexual. El riesgo de transmisión de VIH varía según el tipo exposición, el material potencialmente infectante y la condición de VIH de la fuente.

Respecto a la exposición de tipo ocupacional, la aplicación de los criterios y medidas de bioseguridad tendientes a prevenir ese tipo de exposición a material potencialmente contaminado (sangre y fluidos corporales), siguen siendo la principal medida de protección para minimizar el riesgo de infección por el VIH y otros agentes.

Este documento se basa en información científica sobre el manejo de situaciones relacionadas con la exposición a la infección por el VIH ya sea de tipo ocupacional o no ocupacional, lo que se conoce como profilaxis post exposición (PPE). Debido a que otros agentes infecciosos tienen las mismas vías de transmisión del VIH, este documento también abarca aspectos clave en el manejo de exposición potencial al virus de las hepatitis B (VHB) y la prevención de infección por virus de hepatitis C (VHC) . También cuando se trata de casos de violación sexual, se aborda el manejo profiláctico de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

El presente protocolo se debe aplicar tomando en cuenta otros estamentos técnico-normativos como el “protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en el primer nivel de atención”, la norma técnica hondureña del sector salud “atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual-requisitos” y el “manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH”.

El protocolo describe los procedimientos técnicos requeridos para aplicar la PPE de manera efectiva y estandarizada, incluyendo el manejo integral de la persona afectada en los servicios de salud autorizados para ello. El documento contiene la justificación, aspectos legales, objetivos, alcance, definiciones técnicas, generalidades sobre la PPE, procedimientos sobre manejo según tipo de exposición, esquema de profilaxis, referencias bibliográficas y anexos.

2. Justificación

En el país, no se conocen datos sobre infección por VIH ligados a la exposición de material contaminado con dicho virus, ya sea por exposición de tipo ocupacional o exposición de tipo no ocupacional incluyendo la vinculada a violencia sexual.

El riesgo de transmisión de VIH varía según el tipo exposición, el material potencialmente infectante, la condición de VIH de la fuente y la susceptibilidad de la persona expuesta. En la tabla No. 1 se describe el nivel de riesgo de infectarse con el VIH ante diferentes tipos de situaciones. Ver anexo No. 1.

Un estudio retrospectivo¹ en los Estados Unidos, personal de salud que había tenido exposición percutánea al VIH indicó que el riesgo de transmisión aumentaba cuando el trabajador estaba expuesto a una gran cantidad de sangre del paciente, como en las siguientes situaciones: exposición a un instrumento visiblemente cubierto de sangre; al introducir una aguja en una vena o arteria del paciente; o cuando el trabajador sufría una herida profunda. Los datos preliminares parecen señalar que este tipo de lesiones por pinchadura o piquetes representarían un mayor riesgo de transmisión por cada lesión².

Por otro lado, se ha estimado que el riesgo promedio de infección con el VIH posterior a una exposición percutánea es 3 por 1,000.^{3,4} El riesgo disminuye a 9 por 10,000 cuando la exposición ha ocurrido en mucosas.^{5,6} No hay estudios que estimen el riesgo de transmisión de VIH después de la exposición ocupacional a otros fluidos o tejidos corporales contaminados, sin embargo se asume que dicho riesgo es sustancialmente menor que la exposición a sangre contaminada.

En el caso del VHB, la tasa de transmisión en personal de salud susceptible varía entre 6% y 30% luego de una sola exposición por pinchadura, dependiendo del estatus del antígeno de superficie de la hepatitis B (AgHBs). No existe ningún riesgo conocido de infección por VHB al contacto con la piel intacta, mientras que sí lo hay cuando existe contacto con membranas mucosas o de piel lesionada⁷. Afortunadamente, ese tipo de exposición sólo representa un riesgo en aquel personal de salud que no es inmune al VHB. Pues quienes tengan anticuerpos contra VHB, ya sea por vacunación previa o por infección anterior no tienen ese riesgo.

Después de un pinchazo o una herida con exposición a sangre infectada con VHC, la tasa de riesgo de infección es aproximadamente de 1.8%⁸. El riesgo que existe con posterioridad a la exposición de los ojos, nariz o boca, se desconoce pero se cree que es muy bajo. Sin embargo, ha habido reportes de infecciones con VHC por salpicaduras de sangre en los

ojos. También se ha reportado transmisión del VHC que pudo haber resultado de la exposición de piel lesionada, pero no se conoce ningún riesgo por la exposición de piel intacta.

En el Código de Trabajo, Título V. Protección a los trabajadores durante el ejercicio del trabajo se establecen las medidas obligatorias de prevención de riesgos profesionales, así el Artículo 392 dice que es también obligación de todo patrono acatar y hacer cumplir las medidas de prevención de riesgos profesionales que dicte la Secretaría de Trabajo y Previsión Social. El Artículo 402 define como riesgos profesionales a los accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta ajena. Y por accidente de trabajo se entiende como todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica o perturbación funcional permanente o pasajera (Artículo 403).

En cuanto a la exposición ocupacional, la Ley Especial sobre VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (Sida) establece que la comprobación de seropositividad en personal de salud u otro personal de esa área, por contacto accidental con el VIH, se considerará como enfermedad ocupacional y será tratada como tal (Artículo 50). También expresa que la Secretaría de Salud, establecerá normas de cumplimiento obligatorio de bioseguridad para el manejo y uso de materiales, instrumentos y equipo para protección del personal potencialmente en riesgo de estar en contacto con el VIH, las cuales deben ser de estricto cumplimiento por el Sistema de Salud Público y Privado (Artículo. 41). Así mismo, los laboratorios, bancos de sangre y centros de atención de salud deberán ofrecer protección, capacitación y las condiciones de seguridad al personal que maneje los desperdicios sanitarios, a fin de protegerlos de la infección del VIH (Artículo 45).

En relación al riesgo de infección de VIH por vía sexual (exposición no ocupacional), un meta-análisis indicó que el riesgo general de transmisión de mujer a hombre fue 0.04% por acto [IC 95% 0.01–0.14], y de hombre a mujer fue 0.08% por acto [IC 95% 0.06–0.11], las estimaciones de la transmisión en países de alto ingreso indicaron un bajo riesgo de infección en ausencia de Antirretrovirales (ARV). La estimación de riesgo general de infección por VIH durante las relaciones sexuales anales receptivas fue mucho más alta, 1.7% por acto [IC 95% 0.3–8.9]. Las estimaciones del riesgo para las fases temprana (aguda) y avanzada de VIH fueron 9.2 [IC 95% 4.5–18.8] y 7.3 [IC 95% 4.5–11.9] veces más altas, respectivamente que para la fase asintomática. La presencia de úlceras genitales incrementó el riesgo en 5.3 [95% IC 1.4–19.5] veces⁹.

En 2015, se atendieron 259 personas que sufrieron agresión sexual y que acudieron en menos de 72 horas a ciertos establecimientos de salud en Tegucigalpa. De éstas, el 83%

iniciaron PPE de VIH, lográndose dar seguimiento solo al 40% de las víctimas. Ninguno de los casos resultó positivo cuando se le hizo la prueba rápida de VIH. El 88% eran del sexo femenino y 62% tenían entre 0 a 18 años de edad. Además 221 personas recibieron la primera dosis de vacuna contra VHB, 142 (64%) la segunda dosis y solo 80 (36%) la tercera dosis¹⁰.

No se ha determinado el riesgo de infección por sífilis en el caso de exposición ocupacional. Ni de las ITS en general ante exposición de tipo no ocupacional o en caso de violación sexual.

La exposición ocupacional y no ocupacional a material o fluidos potencialmente contaminados con VIH es una urgencia médica. La violencia sexual en todas sus manifestaciones ha sido considerada una emergencia médica, pues sus consecuencias podrían poner en riesgo la vida de la víctima. Por lo tanto, se requiere de una acción oportuna, efectiva y eficiente a nivel del servicio de salud que brinda la atención a las personas afectadas por este tipo de situaciones.

El personal de salud debe estar debidamente capacitado para el manejo eficaz de una situación de potencial exposición y riesgo de infección por VIH, sea ésta ocupacional o no ocupacional, brindando la profilaxis oportuna y el seguimiento apropiado de acuerdo a un protocolo basado en la evidencia con enfoque en derechos, género, equidad, respeto y sin ningún tipo de discriminación.

Los servicios de salud deben suministrar de manera inmediata y sin restricción alguna todas las medidas preventivas, de atención y seguimiento a fin de preservar en lo posible la salud de las personas que se han expuesto de manera ocupacional o no ocupacional incluyendo las víctimas de una agresión sexual.

3. Objetivo General

Establecer los procedimientos técnico-médicos para la atención oportuna e integral mediante la aplicación de la profilaxis post exposición a las personas expuestas a la infección por VIH y/u otras ITS ya sea por accidente laboral o exposición no ocupacional para disminuir el riesgo de infección.

4. Objetivos Específicos

- 4.1 Brindar al personal de salud los procedimientos técnico-médicos para que identifique y categorice el riesgo y diagnostique adecuadamente una situación de exposición ocupacional o no ocupacional al VIH y otras ITS.

4.2 Establecer las pautas del tratamiento profiláctico y el seguimiento oportuno de las personas con exposición ocupacional y no ocupacional a la infección por VIH y otras ITS.

4.3 Notificar y registrar oportunamente los eventos relacionados con la profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional para el VIH y otras ITS.

5. Alcance

El protocolo de PPE de VIH y otras ITS está dirigido al personal que brinda servicios de atención en salud a nivel público y privado.

5.1 Población Diana

Toda persona que presente una exposición ocupacional o no ocupacional que implique un riesgo potencial de transmisión del VIH, que busque atención en los establecimientos de salud públicos o privados y que acuda en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

5.2 Usuarios

Los principales usuarios son el personal de salud: médico especialista y médico general capacitado para brindar tratamiento antirretroviral.

5.3 Niveles de Atención

Este protocolo aplica para los niveles de atención I y II (emergencia, Servicios de Atención Integral, SAI).

6. Acrónimos, Símbolos y Abreviaturas

3TC:	Lamivudina
AcHBs:	Anticuerpos de superficie de la Hepatitis B
AgHBs:	Antígeno de superficie de la Hepatitis B
ARV:	Antirretrovirales
ATA:	Registro diario de atenciones
AZT:	Zidovudina
ATV/r:	Atazanavir/ritonavir
CDC:	Centro para el control y prevención de enfermedades de los EE. UU.
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades.
DGN:	Dirección General de Normalización
EFV:	Efavirenz
FTC:	Emtricitabina
HEU:	Hospital Escuela Universitario
IGHB:	Inmunoglobulina para Hepatitis B
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
IDV:	Indinavir
IM:	Intramuscular
LCR:	Líquido Cefalorraquídeo
LMG:	Liderazgo, gerencia y gobernanza (traducción)
LPV/r:	Lopinavir/Ritonavir
MNS:	Modelo Nacional de Salud
MPI:	Material Potencialmente Infeccioso
MSF:	Médicos Sin Fronteras
NVP:	Nevirapina
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones.
PASCA:	Proyecto acción Sida Centro América
PPE:	Profilaxis Post Exposición
PPENO:	Profilaxis Post Exposición No Ocupacional
PPEO:	Profilaxis Post Exposición Ocupacional
SAI:	Servicio de Atención Integral de VIH
SESAL:	Secretaría de Salud
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR:	Terapia Antirretroviral
TDF:	Tenofovir
TT:	Toxoide Tetánico
Td:	Toxoide tetánico y diftérico

UDI:	Uso de drogas inyectables
USAID:	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional
VHB:	Virus de la Hepatitis B
VHC:	Virus de la Hepatitis C
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

7. Términos y Definiciones: ¹¹

Para el propósito de este documento, los siguientes términos y definiciones aplican:

Adherencia al tratamiento: se refiere al cumplimiento completo del régimen terapéutico, implica la toma de todos los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos indicados por un profesional de salud. Incluye la buena disposición del paciente para empezar el tratamiento.

Agente Infeccioso: Un microorganismo (virus, rickettsia, bacteria, hongo, protozooario o helminto) capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa¹².

Bioseguridad: es un concepto amplio que implica una serie de medidas orientadas a proteger al personal que trabaja en salud, a los pacientes y al medio ambiente, que pueden ser afectados como resultado de la actividad en el medio laboral.

Bioseguridad en salud ocupacional: se define como el conjunto de medidas preventivas y correctivas encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador(a) de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral, reduciendo el riesgo de infecciones vinculadas a accidentes por exposición a sangre o fluidos corporales en los establecimientos de salud.

Carga viral: es la cuantificación de las partículas virales en los fluidos corporales, por ejemplo ARN viral por mililitro de sangre.

Confidencialidad: es un acuerdo implícito o explícito del médico de no dar a conocer información relativa a su paciente. Es un deber de los proveedores de salud de proteger la información del paciente y no divulgarla sin autorización.

Contaminación: presencia de un agente infeccioso en una superficie corporal, en la ropa personal o de cama, en instrumentos quirúrgicos, apósitos, vendajes u otros objetos inanimados o sustancias, incluidas el agua, la leche y los alimentos¹³

Consentimiento informado: conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Diagnóstico serológico: consiste en establecer la existencia de una infección mediante análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos contra un microorganismo

Ficha de Notificación de caso: es un instrumento oficial para el registro de datos de un evento en salud

Fuente: persona, objeto o sustancia desde la cual un agente infeccioso puede transmitirse a la persona expuesta¹⁴.

Infección de transmisión sexual: infección que se transmite a través de las relaciones sexuales.

Material potencialmente infeccioso¹⁵: se refiere a sangre y fluidos corporales que pueden representar riesgo ocupacional, incluyendo líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico y líquido amniótico; así como a tejidos, insumos médicos, equipos o superficies ambientales contaminadas con dichos fluidos. Fluidos corporales como: orina, heces fecales, sudor, saliva, esputo, lágrimas y vómitos, se consideran MPI de bajo riesgo, excepto si contienen sangre visible. Las secreciones genitales, pueden considerarse como MPI cuando exista contacto sexual, pero no hay evidencia para considerarlas como riesgo en el contexto ocupacional. Cuando la exposición se da por violación sexual, el MPI se refiere a aquellos fluidos corporales potencialmente infecciosos tales como la sangre, las secreciones vaginales y el semen u otros fluidos que contengan sangre visible.

Medicamentos antirretrovirales: son fármacos que sirven específicamente para inhibir la replicación del VIH en el organismo.

Notificación (de un evento): comunicado oficial que informa a la autoridad competente sobre un evento relacionado con la salud.

Período silente o período de ventana: período comprendido entre el momento de contraer el VIH hasta que el cuerpo produce suficientes anticuerpos contra ese virus, que puedan detectarse con una prueba estándar de anticuerpos contra el mismo. La extensión del período silente varía dependiendo de la prueba empleada. Durante este período, una

persona puede arrojar un resultado negativo en la prueba de anticuerpos contra el VIH a pesar de tener el virus¹⁶.

Personal de salud: cualquier persona que recibe un salario o no, con habilidades y formación específica que labora en la atención en salud, y que usualmente está en contacto directo con pacientes, con tejidos o fluidos corporales, o con aparatos, equipos o superficies posiblemente contaminados. Incluye, aunque no se limita a: personal del servicio de emergencia, personal dental, personal de laboratorio, personal de autopsia, personal de enfermería, médicos, técnicos, terapeutas, farmacéuticos, estudiantes y personal en entrenamiento y personas no involucradas directamente en la atención y cuidados de pacientes pero potencialmente expuestos a sangre y fluidos corporales (ej.: personal de aseo, de seguridad, de mantenimiento, voluntarios entre otros)¹⁷. Este documento puede también aplicarse a otros trabajadores que tengan una exposición laboral a sangre o fluidos en otros medios.

Profilaxis: consiste en las medidas para prevenir la ocurrencia de infecciones y enfermedades.

Proveedor de Salud: Personas naturales y jurídicas, públicas, privadas y mixtas, nacionales o extranjeras, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad que requiere la población a su cargo, respetando los principios y el enfoque del Modelo nacional de salud (MNS).²⁴

Recuento de linfocitos CD4: expresa el número de linfocitos con el marcador CD4 en su superficie por ml. Se usa para evaluar la situación inmunológica de una persona.

Salud ocupacional: es el conjunto de medidas y técnicas para analizar y evaluar las condiciones de trabajo y salud en una institución y determinar en qué grado afectan la salud del trabajador(a) para que mejorándolas se obtengan condiciones de trabajo cercanas al ideal de desarrollo personal y social al que todos los trabajadores tienen derecho.

Seroconversión: demostración de la presencia de anticuerpos específicos para un antígeno concreto en el suero de un individuo, previamente negativo para dicha especificidad antigénica. Cuando ocurre seroconversión (por lo general, a las pocas semanas de la infección), el resultado de una prueba de detección de anticuerpos contra el VIH cambia de seronegativo a seropositivo.

Terapia antirretroviral: es la terapia que utiliza simultáneamente al menos tres fármacos antirretrovirales con efecto contra el VIH. También se escribe como “terapia antirretroviral”.

Transmisión (de agentes infecciosos): todo mecanismo por el cual un agente infeccioso se propaga de una fuente o un reservorio a una persona.¹⁸

Urgencia Médica: Es toda situación de salud que requiera atención inmediata y que pone en riesgo la vida.

Violencia Sexual: es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.¹⁹

VIH: es el virus de inmunodeficiencia humana, agente infeccioso que afecta al sistema inmunológico, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T). Es el causante del sida.

8. Metodología

La Secretaria de Salud (SESAL) a través de la Dirección General de Normalización (DGN) solicitó apoyo técnico al proyecto USAID (Agencia de los estados unidos para el desarrollo)/PASCA (Proyecto acción Sida Centro América) LMG (Liderazgo, gerencia gobernanza) para la elaboración del Protocolo PPE de VIH y otras ITS. Se establecieron los términos de referencia de una consultoría para tal fin En el proceso de elaboración del protocolo hubo participación técnica de la SESAL

Para la elaboración del protocolo se procedió de la siguiente manera:

- Revisión bibliográfica sobre el tema,
- Consulta de documentos tales como protocolos y guías de práctica clínica de otros países de la subregión centroamericana, incluyendo El Salvador, Nicaragua, Panamá y Guatemala.
- Se realizó una revisión de documentos técnico-normativos facilitados por la DGN y se siguieron los lineamientos establecidos en la Guía para Emitir Documentos Normativos G01:2015, para la elaboración de un Protocolo.
- Se investigó con el SAI del Hospital Escuela Universitario (HEU) sobre el manejo de casos que han requerido PPE de VIH y otras ITS

- Se entrevistó a la Referente Técnico del Proyecto México-Honduras de Médicos Sin Frontera (MSF) para conocer detalles del proyecto “Reducción de las Consecuencias Médicas de la Violencia”, que MSF realiza en colaboración con otras instituciones, en los establecimientos de salud: Alonzo Suazo, Las Crucitas y el HEU.
- Revisión del primer borrador del protocolo con personal técnico de la DGN y del Laboratorio Nacional de Sida de la SESAL y la representante de PASCA en Honduras.
- El documento borrador del Protocolo de PPE de VIH y otras ITS fue validado por personal técnico normativo y asistencial de la SESAL, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y personal de MSF, en una jornada de trabajo organizada por el equipo técnico conductor de la DGN con el apoyo del consultor y de la representante del proyecto PASCA.
- Se hicieron los ajustes requeridos para producir la versión final del Protocolo de PPE de VIH y otras ITS.

9. Aspectos Generales

Evitar la exposición ocupacional a la sangre es la primera forma para prevenir la transmisión del VIH y otros virus como VHB y VHC en los establecimientos de salud. El manejo post exposición incluyendo la vacunación contra el VHB son componentes integrales de un protocolo para prevenir infecciones posterior a la exposición de patógenos transportados por la sangre y otros fluidos, siendo aspectos importantes a tener en cuenta dentro de las medidas de bioseguridad²⁰.

La forma más efectiva de prevenir el VIH y otras ITS es previniendo la exposición. La provisión de ARV para prevenir la infección por VIH ante una situación no anticipada de exposición sexual incluyendo una agresión sexual, ha mostrado que puede ser de beneficio para la persona expuesta, al reducir el riesgo de infección²¹.

En un estudio en sobrevivientes de violencia sexual realizado en Brasil, aquellas mujeres que buscaron atención dentro de las primeras 72 horas después de la violación, fueron tratadas por 28 días con AZT y 3TC, cuando no presentaban trauma de la mucosa genital; o con AZT, 3TC e IDV cuando tenían trauma en la mucosa genital o si la agresión había sido por vía anal. De las 180 mujeres que recibieron tratamiento, ninguna se volvió seropositiva; de las 145 que no fueron tratadas, 4 (2.7%) se volvieron seropositivas a VIH²². Este tipo de estudios es parte de la evidencia acumulada que demuestra que la PPE puede reducir el riesgo de infección por VIH si es iniciada lo más antes posible después de la exposición y continuada por 28 días.

El fundamento científico para la PPE usando ARV es apoyado por el hallazgo de que el VIH es detectable en los ganglios linfáticos regionales dentro de los dos días de ocurrida la

infección en mucosas, y la diseminación sistemática ocurre después de los 4–11 días, permitiendo una ventana de oportunidad para la supresión de la replicación viral y posiblemente prevenir el establecimiento de la infección. El apoyo para el uso de la PPE también proviene de estudios animales, como el uso de ARV en macacos para protegerlos contra la infección por el virus de inmunodeficiencia del simio, administrado dentro de las 24 horas de exposición intravenosa y continuada por 28 días, esa protección no ocurrió cuando el ARV se aplicó después de las 48 o 72 horas, o cuando se discontinuó después de 3 o 10 días²³.

Para el logro de los objetivos del Protocolo de PPE de VIH se deben tener en cuenta los siguientes aspectos para el manejo de las situaciones de exposición descritas:

- **Atención integral:** se refiere a la atención brindada con: a) un enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y el entorno con énfasis a aquellos factores determinantes y condicionantes de la salud, b) estrategias para el abordaje de la salud en las que la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud constituye un continuo y, c) el tratamiento de los problemas para los diferentes ciclos de vida de las personas y las condicionantes de género, diversidad e interculturalidad²⁴ Enfoque intersectorial: en el caso de personas víctimas de agresión sexual, además de la SESAL existen otras instituciones que deben involucrarse mediante acciones de coordinación efectiva y armónica que coadyuven en el bienestar de las personas afectadas.
- **Tratamiento con ARV:** previo a su indicación, cada caso debe ser estrictamente evaluado en cuanto al nivel y magnitud del riesgo de exposición.
- **Adherencia total y completa:** para ello es clave reforzar la importancia de que la persona afectada reciba el curso de tratamiento profiláctico completo y haya un apego fiel al mismo. Pues si se falla en la adherencia, los potenciales beneficios de la PPE serán reducidos, incrementándose la probabilidad de seroconversión.
- La PPE no se aplica cuando la persona ya es VIH positiva.

9.1 Definición de PPE de VIH y otras ITS

Las siglas PPE significan profilaxis posterior a la exposición. La palabra profilaxis significa prevención de una enfermedad o una infección o protección contra la misma.

Antes de definir PPE, conviene conocer los tipos de exposición, los cuales se definen a continuación:

Exposición Ocupacional. Se define como el acto de exponer o exponerse un trabajador de la salud en su medio laboral, al contacto con sangre, tejidos y/o fluidos potencialmente contaminados por VIH, VHB o HVC, a través de una lesión percutánea de piel o de mucosas.

Exposición No ocupacional. Se define como el acto de exponer o exponerse una persona al contacto con fluidos potencialmente contaminados por VIH y/u otras ITS, fuera del medio laboral que incluye una relación sexual de riesgo no anticipada o en el caso de las agresiones sexuales, pero también puede ser por intercambio de agujas y jeringas para el uso de drogas endovenosas que sea de manera excepcional.

La PPE se define como una respuesta de urgencia médica para aquellas personas que se han expuesto o han sido expuestos al VIH y/u otras ITS, ya sea por exposición ocupacional o exposición no ocupacional incluyendo una violación sexual. El propósito es brindar acceso a servicios de salud y protección inmediata a través de: acompañamiento médico, psicológico, consejería, apoyo de trabajo social, acceso a medicamentos especiales y a pruebas de laboratorio²⁵.

La PPE consiste en la administración de un régimen de tratamiento de ARV por 28 días inmediatamente después de un contacto potencial con el VIH para evitar la transmisión de la infección, así como el uso de otros fármacos y vacunas para otras ITS, incluyendo el VHB.

9.2 Clasificación de la PPE de VIH y otras ITS

Como se ha mencionado antes hay dos tipos de PPE, la profilaxis post exposición ocupacional (PPEO) y la profilaxis post exposición no ocupacional (PPENO). En la PPEO este tipo de tratamiento se administra al personal que labora en la atención en salud que ha tenido una posible exposición durante su trabajo, por ejemplo, cuando sufre una lesión por un pinchazo de aguja. Una exposición que ponga al personal de salud en riesgo de infección por VHB, VHC o VIH se define como un lesión percutánea (por ejemplo: pinchada por aguja o cortadura por objeto cortante) o contacto de la membrana mucosa o de la piel lesionada (por ejemplo: agrietada, cortada o dañada por una dermatosis) con sangre, tejidos, u otros fluidos corporales que son potencialmente infecciosos.

En la PPENO, el tratamiento se administra a una persona que ha tenido una posible exposición al VIH u otra ITS, ocurrida fuera del trabajo, por ejemplo, durante las relaciones sexuales o el uso de drogas inyectables. En nuestro medio, este tipo de PPE suele aplicarse para los casos de violación sexual.

9.3 Generalidades sobre la exposición ocupacional

Desde que comenzó la epidemia de VIH, la exposición accidental, en los establecimientos de salud, a sangre y otros fluidos biológicos contaminados por el VIH y otros como VHB y VHC conllevó a poner en práctica las medidas de precaución universal en el medio sanitario.

La prevención primaria es siempre la medida más importante para evitar la transmisión de infecciones por exposiciones ocupacionales, lo cual implica la aplicación estricta de las medidas de bioseguridad.

El personal de salud potencialmente expuesto a infección por VIH y otros agentes infecciosos, debido a un accidente laboral, es aquel que tiene contacto con sangre y sus derivados, órganos, tejidos y cadáveres.

9.4 Evaluación del riesgo de la exposición ocupacional

La exposición ocupacional al VIH y otros agentes infecciosos, es una **URGENCIA MEDICA** y la profilaxis debe iniciarse idealmente en la primera hora, pero siempre antes de las 72 horas²⁶.

Es importante tener en cuenta que los ARV para este tipo de situaciones deben estar disponibles las 24 horas del día en aquellos establecimientos de salud autorizados para proporcionar este clase de atención.

Los trabajadores de la salud que sufran un accidente laboral que los exponga a la infección por VIH y otras, deben ser atendidos y evaluados por profesionales de la salud debidamente capacitados, quienes deben valorar el riesgo y en función de ello la conducta a seguir en cuanto a la PPE. Siempre que sea posible, la PPE debe ser aplicada y supervisada por un médico especialista.

El personal expuesto debe de ser informado que la PPE es bastante efectiva, por arriba del 80%, aunque no provee una protección absoluta para prevenir la seroconversión²⁷, y de igual manera dependiendo del grado de exposición, evaluar e informar sobre el riesgo existente según la evidencia disponible.

Para la valoración del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

9.4.1 Magnitud de la exposición

Los fluidos corporales que se consideran potencialmente infecciosos son: sangre y sus derivados; Líquido Ceforraquídeo (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, vómito, orina y heces no se consideran potencialmente infecciosos y no requieren PPE, salvo que contenga sangre visible²⁸.

El riesgo varía de acuerdo al material de origen potencialmente infeccioso con el que se produce la lesión, el riesgo es alto 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.

La evidencia indica 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 la fuente se encuentra en estado avanzado o en fase de seroconversión²⁹. Existe una relación directa entre la magnitud del accidente (volumen de sangre y carga viral) y la probabilidad de seroconversión, aunque la existencia de cargas virales bajas o indetectables, no excluye por completo el riesgo de infección.

El VIH es muy lábil en el medio ambiente, así aquellos objetos o material médico fuera de uso no son contaminantes por la inactivación y consecuente muerte del virus (al permanecer fuera de sangre fresca u otros fluidos). Aún en agua sin cloro, por espacio de 1 a 2 horas, el VIH se desactiva en un 90%³⁰.

Los pinchazos con agujas *abandonadas* no deberían existir si se cumplieran las medidas de bioseguridad, pues es imperioso descartar de forma segura dichos objetos punzantes. Si un trabajador de la salud se pincha con una aguja que fue utilizada recientemente, se deberá investigar su probable procedencia y evaluar el riesgo. Si la aguja había estado abandonada por más de dos horas no es aconsejable administrar la PPE, pues al desecarse la sangre, el VIH que pudiera haber estado presente, estaría inactivo.

En resumen, el riesgo de transmisión ocupacional de VIH se ve incrementado en situaciones específicas, tales como:

- Pinchazos profundos con aguja hueca.
- Agujas utilizadas para acceso venoso o arterial en paciente fuente.
- Contaminación visible del material con sangre.
- Alta carga viral de VIH en la fuente (infección aguda o avanzada).

9.4.2 Factores de Riesgo

El riesgo de transmisión del VIH ante una exposición de tipo ocupacional y no ocupacional depende de:

- **El tipo de exposición.** Existe relación directa entre la magnitud del accidente (volumen de sangre y carga viral) y la probabilidad de seroconversión.
- **El tiempo transcurrido.** A mayor tiempo de exposición, mayor el riesgo de infección, dado que la replicación inicia entre 48 y 72 horas, como se dijo antes se debería iniciar la PPE tan pronto como sea posible, idealmente antes de las 6 horas y no pasar de las primeras 72 horas después de ocurrida la exposición.
- **Características de la fuente.** Es importante conocer el estado serológico de la fuente, tanto para VIH como para otros agentes como VHB y VHC.

- Si no se conoce su estado serológico o existe un resultado serológico no reactivo pero con sospecha clínica elevada, entonces se considera que hay riesgo potencial de que la fuente esté infectada o en período silente o de ventana.
- El riesgo se encuentra aumentado cuando se sabe que la fuente tiene diagnóstico confirmado por VIH, VHB o VHC, o en cuando la fuente tenga carga viral de VIH detectable ya sea que esté o no con TAR. Si la fuente es una persona con VIH resistente a ARV, la PPE debe iniciarse con el mismo régimen de TAR de la fuente, y luego referirse a un establecimiento donde pueda ser evaluado por el médico especialista o infectólogo. Cuando la fuente es desconocida, hay que investigar los factores epidemiológicos de la misma.
- Si la prueba de VIH de la fuente resulta negativa (considerar el período de ventana), no se indica la PPE o se discontinúa si se ha iniciado.
- **Con relación al trabajador expuesto.** Es clave conocer los factores relacionados con la exposición ocupacional, tales como:
 - **Profundidad del pinchazo.** El riesgo es muy alto cuando la exposición se ha dado debido a una punción profunda por ejemplo cuando se está obteniendo muestra de sangre arterial o venosa.
 - **Tipo de material utilizado.** Al usar una aguja hueca, a menor calibre, mayor es el riesgo de que ocurra infección.
 - **Tipo de fluido.** Los fluidos considerados como definitivamente infecciosos son: sangre, secreciones vaginales y semen. Los potencialmente infecciosos: LCR, líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y leche materna.
 - **Volumen del fluido.** El riesgo de infección por VIH se incrementa con la exposición a volúmenes grandes de sangre de fuente conocida como VIH positiva.

9.5 Disposición del trabajador de salud a la adherencia

Es clave que la persona que ha tenido una exposición, esté bien informada de la importancia de una adherencia total al tratamiento profiláctico completo y comprometerse a ello. Se le debe explicar acerca de los posibles efectos secundarios y toxicidad de los ARV que se administren como parte de la PPE.

La eficacia del tratamiento ARV disminuye rápidamente tras la exposición por lo que se recomienda iniciarlo antes de las primeras 6 horas (idealmente en la primera hora) y siempre antes de las 72 horas^{31, 32}.

9.6 Generalidades sobre la profilaxis post exposición no ocupacional

La PPENO debe considerarse cuando se produce una exposición al VIH de manera sanguínea, accidental y/o violenta por vía sexual fuera del ámbito laboral de la atención sanitaria. La PPENO debe formar parte de una intervención médica integral que, además de la valoración del riesgo y la realización de pruebas diagnósticas para VIH y otras ITS, también incluya la educación para el cambio de comportamientos para evitar o reducir prácticas en situaciones relacionadas a conductas sexuales de riesgo.

La evidencia señala que cuando ocurre una exposición no ocupacional, la situación de la fuente por lo general se desconoce. En una minoría de casos será posible realizar las pruebas correspondientes. La PPENO tiende a iniciarse tardíamente, la tolerancia, la adherencia y el seguimiento suelen ser inferiores a lo observado en el caso de PPEO³².

En relación al riesgo de infección por VIH en la exposición no ocupacional, hay similitudes con los factores que se han estudiado para la exposición ocupacional. De tal manera, que el riesgo estará relacionado con: la seropositividad y el estadio clínico de VIH de la fuente, el tipo y características de la exposición, la susceptibilidad de la persona afectada, presencia de ITS en la persona expuesta y/o en la fuente o la presencia de sangrado o menstruación durante la relación sexual.

9.6.1 Factores de riesgo de transmisión de VIH en la exposición no ocupacional

Cuando se valora una situación de exposición no ocupacional al VIH, los siguientes factores se deben considerar:

- **Agresión sexual:** en una violación el acto sexual es traumático lo que implica la posibilidad de que se produzcan laceraciones en la mucosa y por tanto, se facilite la transmisión del VIH.
- **Infectividad del individuo fuente:** en el caso de una carga viral elevada o signos de infección avanzada (cifra baja de linfocitos CD4 o enfermedades definitorias de VIH avanzado), también si está en fase de infección aguda, las probabilidades de que ocurra transmisión aumentan.
- **Presencia de otras infecciones:** las ITS, heridas o lesiones en el área genital, anal u oral expuesta aumentan el riesgo de transmisión del VIH.
- **Presencia de sangrado:** la menstruación facilita la entrada del VIH.

En el anexo 2, se describen el nivel de riesgo y las situaciones de exposición por vía sexual cuando se conoce que la fuente está infectada por VIH. En el anexo 3, se presenta el nivel de riesgo y situaciones de exposición cuando no se sabe el estado serológico de la fuente.

En el anexo 4, se clasifica el riesgo de transmisión parenteral de la infección por VIH dependiendo del tipo de exposición. La transmisión del VIH entre las personas que usan drogas inyectables, es alta debido a que usualmente comparten jeringas y agujas sin desinfectar.

9.7 Consideraciones para iniciar profilaxis post exposición no ocupacional.

Antes de plantearse la PPE se debe confirmar que la exposición al VIH haya sido de carácter excepcional. En caso de exposiciones repetidas (ya sea por vía sexual o parenteral) no se realizará PPE y se informará sobre los riesgos y las medidas de prevención que deben adoptarse para disminuir la probabilidad de transmisión³³.

La eficacia del tratamiento ARV disminuye rápidamente tras la exposición por lo que se recomienda iniciarlo antes de las primeras 6 horas (idealmente en la primera hora) y siempre antes de las 72 horas.

Dado que la PPE no asegura la protección absoluta frente a la infección por VH, deberá insistirse en las medidas de prevención primaria, como: evitar prácticas sexuales de riesgo, el uso correcto y consistente del condón y no compartir material inyectable. Se deben recopilar los datos sobre los antecedentes de riesgo de la persona fuente y realizar un seguimiento serológico de la persona expuesta, independientemente si se recomienda la PPE.

9.8 Generalidades de la exposición al VIH por agresión sexual

En el caso de agresión sexual, el Protocolo de PPE de VIH y otras ITS deberá aplicarse teniendo en cuenta los lineamientos del Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual en el Primer Nivel de Atención.

La agresión sexual que presenta riesgo de transmisión de VIH es la violación sexual³⁴. La violación sexual se define como una acción perpetrada por una persona agresora basada en una relación de poder, y consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina, boca y/o el ano en la que la persona que es víctima se encuentra en una relación desigual de poder.

La probabilidad de la transmisión del VIH es más alta en la violación sexual en comparación a una relación sexual no violenta, esto debido al mayor daño que puede ocurrir en la mucosa genital vulvo-vaginal como también en el área ano-rectal.

Toda persona que solicita los servicios de salud por violación sexual debe tratarse con el debido respeto a su dignidad, privacidad, confidencialidad, y sin ningún tipo de discriminación, independientemente de su identidad de género y orientación sexual.

La PPE de VIH y otras ITS en las personas afectadas por una violación sexual es una urgencia médica y como tal debe ser diligentemente atendida con un enfoque integral.

El abordaje integral de la persona afectada por violación sexual 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 de ser posible debe ser personal de mayor jerarquía como especialistas en infectología y profesionales de psicología.

Como se ha dicho previamente, la violación sexual es una urgencia médica y por tanto la PPE debe ser administrada en las primeras dos a cuatro horas, idealmente y de ser posible en la primera hora, se debe tratar de no sobrepasar las 72 después de la violación sexual.

9.8.1 Evaluación del riesgo de exposición a VIH por violación sexual

La persona que sufra una violación sexual y de ser posible la persona agresora, deben ser evaluadas médicamente para identificar la existencia de riesgos en la exposición. Entre los elementos a evaluar están: presencia de ITS, embarazo, presencia de lesiones que comprometan la vida y requieran intervenciones de urgencia.

En la valoración del riesgo de VIH debido a exposición por violencia sexual, es muy importante tener en cuenta:

La magnitud de la exposición: una 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 violación sexual. De igual manera se debe aplicar la PPE cuando hay ruptura de la piel o mucosas y éstas han entrado en contacto con sangre, semen o fluido vaginal de la persona agresora 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, y por lo tanto ello no descarta el uso de PPE. La PPE será administrada en casos de violación sexual repetitiva cuando la última violación sexual ocurrió en las últimas 72 horas.

La fuente (agresor o agresores). Si es posible, se debe tratar de conocer su condición o estatus serológico de VIH. Si la condición de VIH de la persona agresora no se conoce en el momento oportuno, se considera como fuente desconocida, y en tal caso se debe aplicar la PPE.

Si la persona agresora es VIH negativa, el personal de salud debe evaluar la continuación de la PPE en función de la valoración de los posibles riesgos en la víctima y los antecedentes o historia de comportamientos de riesgo de la fuente.

9.8.2 Evaluación del riesgo a embarazo por violación sexual

Debe indicarse la prueba rápida de embarazo y proceder según el Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual en el Primer Nivel de Atención.

9.8.3 Evaluación del riesgo a ITS en situaciones de violación sexual

Independiente del tipo de violación sexual, además de administrarse la PPE de VIH se deben manejar las ITS que se presume clínicamente y de acuerdo a laboratorio en los casos que sea posible. Se deben seguir los lineamientos técnicos recomendados en el Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual en el Primer Nivel de Atención, el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH y el Manual de Atención Integral del Niño y Niña con VIH.

10. Cuerpo Sustantivo

10.1 Procedimientos de la Profilaxis Post Exposición Ocupacional

Existen medidas preventivas cuya aplicación debe ser inmediata y son válidas sin importar el tipo de exposición, se resumen en la tabla no. 6.

Tabla No. 5. Medidas inmediatas ante la exposición a sangre o fluidos corporales potencialmente infectantes con VIH u otros agentes infecciosos³⁵

Formas de exposición	Medidas a aplicar
Exposición percutánea y cutánea	Lavar con agua y jabón
Exposición de mucosa ocular	Irrigar con agua limpia o suero fisiológico
Exposición de otras mucosas	Lavar con agua

En todo caso, y ante una probable situación de exposición ocupacional al VIH por parte del personal de salud, debido al contacto con sangre o fluidos corporales de un paciente, ya sea mediante punción (pinchazo o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con solución de continuidad, se deben de realizar en forma inmediata las siguientes acciones:

- Permitir sangrado libremente
- Descontaminar inmediatamente la piel lesionada o expuesta con jabón y agua, o lavado de las membranas mucosas expuestas con abundante agua o solución salina, ver tabla No. 5
- Reportar el accidente al jefe inmediato y a las autoridades correspondientes en el establecimiento de salud.
- Realizar una historia clínica completa referente a la exposición, en la que se debe incluir, el tipo de exposición, el tipo y la cantidad de líquido corporal implicado, el punto de entrada o de exposición, el momento en que ocurrió, el estado clínico de VIH de la fuente (si se conoce), y determinar la existencia de factores de riesgo de la fuente (cuando su estado serológico de VIH no se conoce)
- Si se requiere, se debe referir por exposición ocupacional al hospital nacional más cercano o establecimiento autorizado, según sea el caso. Se debe usar el formato de referencia de acuerdo a lo establecido. Cuando sea referido, el personal de salud, siempre que sea posible, debe hacerse acompañar de la fuente o de muestra de sangre completa de ésta.
- La decisión de iniciar PPEO deberá basarse en el riesgo estimado de la exposición, como ya se describió en el capítulo de Aspectos Generales.
- Iniciar la consejería describiendo los servicios que pueden administrarse:
 - Consejería pre prueba de VIH.
 - Beneficios de la PPE para prevenir el VIH.
 - Importancia de la adherencia de la PPE para reducir el riesgo de transmisión al VIH.
 - Potenciales efectos secundarios del régimen de PPE.
 - Importancia del seguimiento
- Registrar adecuadamente en el ATA el diagnóstico, utilizando la clasificación CIE-10 con el código Y05. Llenar el formulario de registro de casos post exposición indicando si es ocupacional o no ocupacional. Los aspectos a tener en cuenta en el reporte se describen en la Tabla No. 6 (ver anexo 5). El formulario de registro y notificación se presenta en el anexo 11.
- Tomar inmediatamente una muestra sanguínea basal para la detección de VIH previa consejería, también se deben tomar muestras para VHB (AgHBs, AchBs, anti-core HB), anticuerpos para VHC, serología para Sífilis, pruebas de función renal y hepática, hemograma y glicemia
- La respuesta de estos exámenes no es razón para retrasar el inicio de la PPE si la misma está indicada.
- Brindar apoyo psicológico o psiquiátrico por la ansiedad y estrés resultante del accidente laboral, especialmente cuando la fuente es VIH positiva. Brindar intervención en crisis de ser necesario.

- La PPE es un procedimiento médico de urgencia, y es menester iniciarlo tan pronto sea posible

La eficacia del tratamiento ARV disminuye rápidamente tras la exposición por lo que se recomienda iniciarlo antes de las primeras 6 horas (idealmente en la primera hora) y siempre antes de las 72 horas.

- El tratamiento con ARV es por 28 días continuos.
- Aunque se espera que el personal de salud ya cuente con su esquema de vacuna contra VHB y TT o Td, se debe verificar si tiene esquema completo de vacunación según normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Tabla No. 7. Recomendaciones para la PPEO de VIH debido a lesiones percutáneas

Tipo de Exposición	Fuente: VIH positiva	Fuente: status VIH desconocido	Fuente: origen desconocido	Fuente: VIH negativa
De bajo riesgo (por ejemplo, agujas y lesión superficial): contacto con mucosas, salpicaduras, contacto de fluidos con piel lesionada.	Administrar PPE	Generalmente no se justifica, sin embargo considerar la PPE si fuente tiene factores de riesgo para el VIH	Generalmente no se justifica, sin embargo considerar PPE si la fuente se vincula con probable persona infectada con VIH	No se justifica la PPE
De alto riesgo (por ejemplo, punción o lesión profunda, dispositivo o aguja visiblemente contaminada con sangre del paciente, procedimiento con aguja directamente en la arteria o vena del paciente): contacto con mucosas,	Administrar PPE	Generalmente no se justifica, sin embargo considerar PPE si fuente tiene factores de riesgo para el VIH	Generalmente no se justifica, sin embargo, considerar PPE si se la fuente se vincula con probable persona infectada con VIH	No se justifica la PPE

salpicaduras, contacto de fluidos con piel lesionada.				
--	--	--	--	--

Nota: fuente con estatus de VIH desconocido se refiere por ejemplo a una persona fallecida o que no existan muestras para realizar prueba de VIH. Fuente de origen desconocido se refiere por ejemplo a una aguja en un recipiente para desechar objetos cortantes. La recomendación **considerar**, se refiere a que la aplicación de PPE es opcional y se basará en el diálogo entre la persona expuesta y el médico en función de los riesgos y beneficios.

Fuente: adaptado de CDC. Actualización de las Guías para el manejo de la exposición ocupacional al VHB, VHC y VIH, del servicio de salud pública de Estados Unidos, y Recomendaciones de Profilaxis posterior a la exposición. MMWR 2001; 50(No. RR-11).

Tabla No. 8. Recomendaciones para la PPEO de VIH debido a exposiciones de membranas, mucosas y/o piel con abrasiones o solución de continuidad

Tipo de Exposición	Fuente: VIH positiva	Fuente: status VIH desconocido	Fuente de origen desconocido	Fuente: VIH negativa
A un volumen pequeño (por ejemplo unas pocas gotas de sangre)	Administrar PPE con ARV	Generalmente no se justifica	Generalmente no se justifica	No se justifica PPE
A grandes volúmenes (por ejemplo, salpicaduras o chorrito de sangre)	Administrar PPE con ARV	Generalmente, no se justifica, sin embargo, considerar esquema con ARV si fuente tiene factores de riesgo para el VIH	Generalmente no se justifica, sin embargo, considerar esquema con ARV si la exposición es con probable persona infectada con VIH	No se justifica PPE

Nota: fuente con estatus de VIH desconocido se refiere por ejemplo a una persona fallecida o que no existan muestras para realizar prueba de VIH. Fuente de origen desconocido se refiere por ejemplo a una aguja en un recipiente para desechar objetos cortantes. La recomendación **considerar**, se refiere a que la aplicación de PPE es opcional y se basará en el diálogo entre la persona expuesta y el médico en función de los riesgos y beneficios. Fuente: adaptado de: CDC. Actualización de las Guías para el manejo de la exposición ocupacional al VHB, VHC y VIH, del servicio de salud pública de Estados Unidos, y Recomendaciones de Profilaxis posterior a la exposición. MMWR 2001; 50(No. RR-11).

10.2 Régimen de ARV para la PPEO

El esquema de ARV para la PPEO recomendado por la Secretaría de Salud se describe en la tabla siguiente:

Tabla No. 12. Esquema de ARV para la profilaxis post-exposición ocupacional a la infección por el VIH³⁶

Régimen recomendado	Régimen alternativo	Observaciones
Zidovudina (AZT) 300 mg BID + Lamivudina (3TC) 150 mg BID + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) 400/100 mg BID	Zidovudina (AZT) 300 mg BID + Lamivudina (3TC) 150 mg BID + Efavirenz (EFV) 600 mg hora sueño	El régimen alternativo es usado en el caso de no disponer de Lopinavir/Ritonavir o si el mismo está contraindicado

Fuente: SESAL. Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Honduras 2013.

En las guías más recientes de la OMS³⁷ sobre PPE de VIH se menciona que un régimen con dos ARV es efectivo, pero se prefiere la utilización de tres fármacos. La columna vertebral del régimen ARV, según la recomendación de la OMS, en el caso de adultos y adolescentes es: TDF + 3TC (o FTC). Y emplear ya sea LPV/r o ATV/r como la tercera droga que completa el régimen.

En dicha guías, también se hace mención a las precauciones que se deben tener si se va a usar EFV, pues como se sabe esta droga se asocia a efectos neuro-psiquiátricos que aparecen tempranamente y que podrían exacerbarse si se administra a una personas VIH negativa ansiosa que se ha expuesto potencialmente al virus.

10.3 Manejo y seguimiento de la persona expuesta recibiendo PPEO

Después de administrada la primera dosis de ARV, el mismo día del accidente, continuar la consejería educando al personal de salud o de servicios afines, mediante las siguientes recomendaciones para la prevención de la transmisión durante el período post exposición:

- Promover sexo seguro (uso consistente y correcto de condón en todas las relaciones sexuales o abstinencia sexual), durante los siguientes meses hasta dar el alta a los 12 meses después del accidente laboral, con el fin de impedir la transmisión secundaria por vía sexual especialmente en las primeras 6 a 12 semanas post exposición, así como también evitar el embarazo.

- Indicar la suspensión de lactancia materna, si la hubiera.
- Se debe abstener de donar sangre, plasma, órganos, tejidos o esperma.
- Insistir en la adherencia. No dejar de subrayar la importancia del cumplimiento total y oportuno de la TAR.
- Para la profilaxis de VHB (anexo 8), se debe cumplir esquema de vacunación contra hepatitis B. En caso que la persona expuesta no haya sido vacunada, se debe utilizar el esquema recomendado por el PAI de la SESAL. Ver anexo 6. También se debe verificar el esquema de vacunación con TT o Td (toxoides tetánico o toxoide tetánico y diftérico) de acuerdo a las normas nacionales del PAI³⁸.
- Dar a conocer los efectos secundarios de la TAR. En el anexo 7 se presentan los principales efectos adversos de los ARV recomendados en este protocolo para PPE de VIH.

Se recomienda dar incapacidad por tres días calendario para tener una mejor respuesta, se debe considerar la tolerancia a ARV para evaluar continuidad de incapacidad laboral o ingreso hospitalario si es requerido. Si hay embarazo no se deben cambiar las pautas de tratamiento de PPE. En caso de haber seroconversión en cualquier momento del período de seguimiento, seguir el manejo como caso VIH (según las pautas del Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH), en esa circunstancia, el modo de transmisión se clasifica como "infección ocupacional".

A continuación se definen las actividades durante las etapas de seguimiento:

En las primeras 72 horas de la exposición ocupacional es muy importante obtener información adicional acerca de la exposición y de la fuente. Siendo necesario:

- Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE.
- Ver resultados de exámenes basales (AgHBs, AcHBs, anti-core HB, anticuerpos para VHC, serología para Sífilis, pruebas de función renal y hepática, hemograma y glicemia).
- Evaluar los efectos secundarios de los ARV e ingreso hospitalario si fuera el caso.
- Evaluar e insistir en la adherencia.
- Evaluar estado psicológico para valorar referencia a Psicología o Psiquiatría.
- Reforzar uso de condón o abstinencia sexual y suspensión de lactancia materna.
- Evaluar la necesidad de prorrogar la incapacidad laboral.
- Valorar si requiere referencia a otras especialistas.
- Insistir en que si no ha sido vacunado(a) para VHB o no ha tenido la enfermedad, cumpla con el esquema recomendado. Las consideraciones para la profilaxis de VHB se describen en el Anexo 8.
- Insistir en la importancia de cumplir con las citas del seguimiento.

El control luego de la primera semana post exposición implica:

- Evaluar adherencia y efectos secundarios y el ingreso hospitalario por efectos adversos severos.
- Indicar prueba de VIH a ser realizado en 6 semanas.
- Reforzar uso correcto y consistente del condón.
- Evaluar estado psicológico y referir si es necesario.
- Insistir en la importancia de cumplir con las citas del seguimiento.

El seguimiento al primer mes post exposición requiere:

- Verificar cumplimiento de la PPE.
- Verificar resultados de pruebas de seguimiento indicadas previamente.
- Constatar fecha de última menstruación e indicar prueba de embarazo si se requiere.
- Evaluar estado psicológico y referir si es necesario.
- Indicar la prueba de VIH a realizarse a los 3 meses post exposición.
- Reforzar uso consistente y correcto del condón.
- Indicar realización de AgHBs que se realizará a los cinco meses post exposición.
- Insistir en la importancia de cumplir con las citas del seguimiento.

El seguimiento a los 3 meses incluye:

- Valorar el estatus de VIH y si éste es negativo se indica otra prueba de VIH a ser evaluada a los 6 meses post exposición.
- Insistir en el uso correcto y consistente del condón
- Evaluar estado psicológico y referir si es necesario.
- Insistir en la importancia de cumplir con las citas del seguimiento.

A los seis meses después de la exposición, se debe:

- Verificar, si es el caso, el cumplimiento del esquema de vacunación para VHB y de TT o Td.
- Valorar resultado de prueba de VIH y si ésta es negativa se indica una prueba de VIH a realizar a los 12 meses post exposición.
- Valorar pruebas indicadas previamente
- Insistir en las medidas de sexo seguro.
- Evaluar estado psicológico y referir si es necesario.
- Insistir en la importancia de cumplir con las citas del seguimiento.

El control a los 12 meses post exposición debe:

- Completar esquemas de vacunación anti VHB y de TT o Td según sea requerido.
- Verificar resultados de pruebas indicadas anteriormente.
- Dar el alta contra prueba negativa de VIH.

Las siguientes son situaciones de PPEO para las cuales se recomienda hacer consultas con especialistas:³⁹

- Reporte tardío de exposición (o sea, después de 72 horas)
 - Intervalo después del cual los beneficios de la PPE no se conocen
- Fuente desconocida (por ej.: agujas en contenedores para objetos cortantes o en la lavandería)
 - El uso de la PPE debe ser definido tomando en cuenta cada caso
 - Considerar la gravedad de la exposición y la probabilidad epidemiológica de exposición a VIH
 - No hacer pruebas de VIH en agujas u otros instrumentos cortantes
- Embarazo declarado o sospechoso en la persona expuesta
 - No se debe retrasar el uso de la PPE mientras se espera la consulta con el especialista
- La persona expuesta está dando lactancia materna
 - No se debe retrasar el uso de la PPE mientras se espera la consulta con el especialista
- Resistencia declarada o sospechosa del VIH a ARV en la fuente
 - En caso de resistencia a los ARV considerados para la PPE, se deben seleccionar drogas para las cuales el VIH de la fuente es improbable que sea resistente
 - No se debe retrasar el uso de la PPE mientras se espera por los resultados de las pruebas de resistencia del VIH de la fuente
- Toxicidad del régimen inicial de PPE
 - Síntomas (por ej.: gastro-intestinales y otros) que son usualmente manejables sin que requiera cambio del régimen de PPE, mediante la prescripción de medicamentos antieméticos y anti-motilidad intestinal
 - Es muy importante la consejería y apoyo para el manejo de los efectos secundarios ya que éstos suelen exacerbarse con la ansiedad.
- Enfermedad de base en la persona expuesta
 - En caso de enfermedad subyacente significativa (ej.: nefropatía) o si la persona expuesta ya está tomando múltiples medicamentos se puede aumentar el riesgo de toxicidad e interacción de los fármacos.

10.4 Procedimientos de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional

Al igual que en las personas que han tenido exposición ocupacional al VIH, el proporcionar la PPENO a las personas que han sufrido una exposición de tipo no ocupacional, por ejemplo mediante contacto sexual o a través del intercambio de agujas para inyectarse drogas, es una de las intervenciones más importantes que se les puede brindar, cuando dichas actividades son catalogadas como de alto riesgo. Se deben tener las siguientes consideraciones:

- La PPENO es más eficaz cuando la exposición es un episodio único y se inicia de manera oportuna, antes de las 72 horas post exposición
- No es apropiada para casos de exposición sexual múltiple o el uso de drogas inyectables (UDI) de manera regular
- Si se sospecha que la fuente tiene una infección por VIH resistente a los medicamentos ARV, se debe consultar al especialista para la selección de un régimen ARV apropiado más agresivo que el usualmente recomendado
- La PPENO debe durar 28 días
- Investigar el estado serológico de la fuente (si se conoce y sea posible)
- Si no se conoce el estado serológico de la fuente, pero ésta pertenece a poblaciones claves se actuará como si fuese VIH positiva
- Si el estado de VIH de la fuente es desconocido, indague sobre los factores de riesgo de esta persona
- Si se tuviera dudas en cuanto a ofrecer o no la PPE, lo mejor es ofrecerla
- Realizar un historial completo de las actividades específicas sexuales o el consumo de drogas de la persona expuesta
- Verificar el tiempo que ha transcurrido desde la exposición
- Valorar la posible exposición a otros patógenos transmitidos por la misma vía del VIH, lo cual incluye la evaluación de la presencia de otras ITS, teniendo en cuenta además que éstas pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH
- Tomar inmediatamente una muestra sanguínea basal para la detección de VIH previa consejería, también se deben tomar muestras para VHB (AgHBs, AchBs, anti-core HB), anticuerpos para VHC, serología para Sífilis, pruebas de función renal y hepática, hemograma y glicemia
- En toda mujer en edad fértil se debe realizar prueba rápida de embarazo
- Valorar la realización de pruebas para otras ITS
- No retrasar el inicio de la PPE, si la misma está indicada, por esperar los resultados de esas pruebas.
- La PPE es un procedimiento médico de urgencia, y es menester iniciarlo tan pronto sea posible

La eficacia del tratamiento ARV disminuye rápidamente tras la exposición por lo que se recomienda iniciarlo antes de las primeras 6 horas (idealmente en la primera hora) y siempre antes de las 72 horas.

- El tratamiento con ARV es por 28 días continuos.
- El tratamiento médico comprende la atención oportuna de las lesiones, la aplicación de PPE de VIH, así como la profilaxis para VHB, Tétanos, y otras ITS, y la prevención de embarazo, según sea el caso.
- En los casos de abuso sexual, recolectar y documentar la evidencia de manera específica, y debe ser referida al Ministerio Público (ver más adelante los procedimientos a seguir cuando se trate de exposición a VIH por violación sexual)

10.5 Procedimientos de la PPE en casos de violación sexual

La violencia sexual es una emergencia médica, y debe ser atendida con prioridad. El tratamiento varía, según las necesidades médicas, el tiempo transcurrido, la edad, el sexo y algunas condiciones como el embarazo, situaciones especiales (discapacidad física o cognitiva) entre otras.

Se deben prestar los primeros auxilios psicológicos tan pronto sea posible, pues la persona acaba de sufrir y sobrevivir a un evento traumático que puede vincularse a daños irreparables de por vida (Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en el primer nivel de atención⁴⁰)

El tratamiento médico para las personas víctimas de violencia sexual consiste en la atención oportuna de las lesiones, la aplicación de PPE de VIH, VHB, Tétanos, y otras ITS, así como la prevención de embarazo.

Si al momento de la atención, la víctima presenta lesiones graves o potencialmente mortales, el establecimiento de salud deberá brindar el tratamiento de emergencia para estabilizarla y luego referir a una unidad de salud de mayor complejidad, si se requiere y está disponible podrá ser acompañada por un miembro del personal de salud. En el anexo 9 se describen los criterios de referencia cuando se requiere hospitalización.

10.6 Regímenes de ARV para la PPENO

En la tabla No. 10 se incluyen los ARV y dosis recomendada de la profilaxis post exposición no ocupacional, como es el caso de la violación sexual, que se debe administrar a personas adultas y adolescentes.

Tabla No. 10. Régimen recomendado de ARV PPENO para adultos y adolescentes

Régimen recomendado	Régimen alternativo	Observaciones
Zidovudina (AZT) 300 mg BID + Lamivudina (3TC) 150 mg BID + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) 400/100 mg BID	Zidovudina (AZT) 300 mg BID + Lamivudina (3TC) 150 mg BID + Efavirenz (EFV) 600 mg hora sueño	El régimen alternativo es usado en el caso de no disponer de Lopinavir/Ritonavir o si el mismo está contraindicado

Fuente: SESAL. Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Honduras 2013.

El régimen de ARV que se recomienda para la profilaxis post exposición en caso de agresión sexual a niños o niñas se describe en la tabla No. 11, a continuación.

Tabla No. 11. Régimen recomendado de ARV para PPENO en niños y niñas⁴¹

Menor de 12 años (peso <= 37 kg)	Mayor de 12 años (peso > 37 kg)
Zidovudina (AZT) 50 mg/ 5 ml 180–240 mg/m ² vía oral BID	AZT+3TC (Presentación combinada) 1 tableta vía oral cada 12 horas
Lamivudina (3TC) 50 mg/ 5 ml 4 mg/kg vía oral BID	LPV/rtv 2 tabletas vía oral cada 12 horas
Lopinavir/ritonavir (LPV/rtv) 80+20 mg/ml 230-350 mg/m ² vía oral BID	O EFV 600mg vía oral hora sueño (como terapia alternativa a LPV/rtv)

Fuente: SESAL. Manual de atención integral al niño y niña con VIH. Honduras, 2013

Como se mencionó previamente, las guías más recientes de la OMS (2016) indican que un régimen con dos ARV es efectivo para la PPE de VIH, aunque dichas guías dicen que es preferible el uso de tres ARV. En los niños y niñas de 10 años o menos de edad, dichas guías recomiendan: AZT + 3TC y LPV/r como tercera droga. No recomiendan el uso de NVP en niños mayores de dos años de edad, en vista que no se ha establecido la seguridad de su uso debido a la hepatotoxicidad de dicho fármaco.

10.7 Consideraciones en la atención de personas víctimas de violación sexual

El proveedor de salud debe brindar información basada en evidencia en relación a los beneficios y efectos secundarios de los medicamentos así como los riesgos potenciales de

la falta de estos, que permita a la víctima tomar su propia decisión. El proveedor de salud debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Al atender a la persona afectada por violación sexual y proceder a elaborar la historia y exploración física, el trabajador de salud debe identificarse y explicar que durante la atención se hará acompañar de otro profesional de la salud.
- Seleccionar un lugar para evaluar a la víctima/sobreviviente que asegure confidencialidad y privacidad.
- Si la persona agredida ha llegado sola, le debe ofrecer llamar a un familiar o persona conocida para que le acompañe durante la atención. Si ha llegado acompañada, se le debe consultar de forma discreta y privada si desea que el acompañante esté presente durante las intervenciones a realizar.
- Brindar atención con enfoque interdisciplinario (medicina, psicología, trabajo social, enfermería, farmacia) donde sea factible organizarlo según la disponibilidad de recursos, de lo contrario se implementará con el personal sanitario existente.
- La atención debe ser brindada por personal debidamente capacitado del mismo sexo, si la víctima así lo requiere y si éste está disponible.
- Registrar adecuadamente en el ATA el diagnóstico, utilizando la clasificación CIE-10 con el código Y05. Llenar el formulario de registro y notificación (anexo11).
- Se debe tener en cuenta que ésta puede ser la única entrevista, pues la mayoría de las víctimas de violación sexual no suelen regresar a las consultas de seguimiento y quienes lo hacen usualmente regresan una o dos veces más. Por lo tanto, hay que tratar de tomar todo el tiempo que sea necesario para escuchar, informar, analizar, tratar, apoyar, asesorar, avanzando al ritmo propio de la persona afectada.
- Explicar a la víctima que se registrará en su expediente la información médica requerida, la cual es privada y confidencial. Es necesario explicarle que puede hacer preguntas en cualquier momento, y que puede decidir aceptar o rechazar un examen o procedimiento, sin que ello influya en la garantía del servicio.
- Explicar el tipo de atención que se le brindará, y la necesidad de hacer un seguimiento, se ofrecerá la PPE de VIH si la misma está indicada, también el manejo apropiado para reducir el riesgo de ITS incluyendo el VHB, así como la prevención de embarazo y el tratamiento de otro tipo de lesiones que pueda presentar.
- El embarazo independientemente de la edad gestacional no es contraindicación para recibir la PEP de VIH.
- En el caso de niñas o niños, inicialmente, la presencia de un miembro de la familia puede tranquilizarlos. Sin embargo, una vez que un sentimiento de confianza se ha establecido, hay que tratar de entrevistar al niño solo, sobre todo si se sospecha violencia intrafamiliar.

10.8 Manejo y seguimiento de la víctima de violación sexual recibiendo PPENO

Se deberá establecer un plan de manejo y seguimiento según tiempos críticos en los cuales es importante hacer una evaluación de la persona afectada. Si no se le dio PPE, el seguimiento debería darse a las 2 semanas y a los 3 meses posteriores a la consulta por la violación sexual, siendo flexible de acuerdo a la necesidad médica.

Si se ha prescrito PPE, el seguimiento debe realizarse en las primeras 24 a 72 horas, en una semana, un mes, 6 semanas, 3 meses y 6 meses, pero puede ser flexible. Se deberá indicar una prueba rápida de embarazo a toda mujer, adolescente o niña en edad fértil en la consulta inicial.

En caso de haber seroconversión en cualquier momento del período de seguimiento, se deberá continuar el manejo como caso VIH siguiendo las guías de tratamiento de la SESAL para la atención integral al VIH tanto en adultos, adolescentes como en niños y niñas. Se clasifica el modo de transmisión como caso de "infección por violencia sexual".

El manejo y seguimiento se detalla a continuación:

- En las primeras 24 a 72 horas de la exposición por violación sexual:
 - Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE.
 - Ver resultados de exámenes basales (AgHBs, AchBs, anti-core HB, anticuerpos para VHC, serología para Sífilis, pruebas de función renal y hepática, hemograma y glicemia)
 - Si la prueba de VIH es positiva no se indica la PPE y se trata como un caso de VIH.
 - Antígeno superficie de hepatitis B (AgVHBs)
 - Verificar esquema de vacunación: hepatitis B y Td. Si requiere vacunarse para el VHB se debe seguir el esquema de vacunación acelerado según normas del PAI. Ver tabla 14 (anexo 10).
 - Evaluar efectos secundarios y de ser necesario ingreso hospitalario.
 - Evaluar e insistir en la adherencia.
 - Valorar estado psicológico y referir para manejo especializado según sea necesario.
 - Proveer condones y enfatizar en su uso correcto y consistente para prevenir infecciones secundarias de VIH.
 - En caso existiera, se debe suspender lactancia materna.
 - Valorar la necesidad de referir a otro(s) especialistas según cada caso.
 - Valorar la prueba rápida de embarazo.
 - Insistir en la importancia de asistir a las consultas de seguimiento

- En la primera semana después de la exposición:
 - Evaluar adherencia y efectos secundarios. Se debe valorar ingreso hospitalario por efectos adversos severos.
 - Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en seis semanas: anticuerpos para VIH y serología de sífilis. La prueba de VIH se debe realizar y obtener sus resultados a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses.
 - Reforzar uso correcto y consistente de condón.
 - Evaluar estado psicológico y referir a especialista según sea requerido.
 - Verificar vacunación por VHB en caso haya iniciado esquema acelerado (0, 7, 21-28 días y 12 meses después) y de TT o Td según normas del PAI (día 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 2 años). Ver anexo 10.
 - Insistir en la importancia de asistir a las consultas de seguimiento

- A las seis semanas post exposición:
 - Verificar que se haya cumplido la PPE.
 - Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.
 - Constatar fecha de última menstruación y valorar la prueba de embarazo que debió realizarse 15 días post exposición.
 - Si la prueba VIH fue negativa, indicar la realización nuevamente de prueba de VIH tres meses después de la exposición.
 - Reforzar el uso correcto y consistente de condón.
 - Indicar antígenos de hepatitis B a tomarse en cinco meses post exposición y verificar que haya cumplido esquema acelerado de vacuna contra VHB.
 - Verificar cumplimiento de esquema de vacunación con TT o Td.
 - Insistir en la importancia de asistir a las consultas de seguimiento

- A los tres meses posteriores a la exposición:
 - Verificar resultados de las pruebas de seguimiento, si la prueba de VIH resultó negativa, indicar nuevamente prueba a evaluarse a los 6 meses post exposición.
 - Reforzar uso correcto y consistente de condón.
 - Evaluar estado psicológico y referir a especialista según sea requerido.
 - Insistir en la importancia de asistir a las consultas de seguimiento

- A los seis meses post exposición:
 - Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
 - Evaluar estado psicológico y referir a especialista según sea requerido.
 - Si la prueba de VIH resulta negativa, se indica la realización de otro test a realizarse a los 12 meses post exposición.

De ser posible, es ideal que la víctima de agresión sexual en seguimiento asista a una última cita a los 12 meses para verificar su estatus serológico para VIH así como su estado psicológico y la necesidad de referencia a especialistas según fuese requerido.

10.9 Profilaxis post-exposición de ITS, tétanos y embarazo

Como ya se mencionó, si la víctima de agresión sexual no ha recibido vacunación para el VHB o no la ha completado, es imprescindible ofrecer **profilaxis para VHB** de manera inmediata.

Existe un esquema de vacunación acelerado, en el cual se aplican dosis en los días 0, 7, y 21- 28, con una cuarta dosis a los 12 meses (Ver anexo 10). Este esquema aprobado por el PAI de la SESAL, provee protección hasta por un año, y con una dosis a los 12 meses, la inmunidad contra el VHB es de largo plazo.

En las primeras 72 horas es necesario iniciar la **profilaxis de ITS** y verificar el estado de vacunas para VHB y TT o Td, las cuales se deben iniciar de inmediato si se requiere. También la realización de prueba rápida de embarazo.

Después de las 72 horas se debe continuar con la profilaxis de ITS, verificación de la vacunación según sea el caso. También determinar si hay embarazo.

ITS como la Gonorrea, Sífilis, Chlamydia, Trichomonas y Chancro Blando pueden ser prevenidas con el uso de fármacos. Lo antes posible posterior a la agresión sexual, todas las víctimas deberán recibir tratamiento profiláctico para dichas ITS. Se recomienda que las drogas a usar se prescriban en dosis única, en la medida de lo posible, para una mejor adherencia y completitud del tratamiento.

En las guías del CDC 2015⁴², se recomienda un régimen antimicrobial empírico de profilaxis para Chlamydia, Gonorrea, y Trichomonas, para víctimas de agresión sexual. Adicionalmente, en un estudio publicado en 2015⁴³, se encontró que la Azitromicina en dosis única de 2 g, era tan eficaz como la Penicilina G Benzatínica en dosis única de 2.4 MU IM para sífilis primaria y latente. El siguiente régimen (tabla No. 12) tiene una cobertura amplia de las ITS más frecuentes y se recomienda para la profilaxis de éstas en casos de violación sexual.

Tabla No. 12. Profilaxis para Chlamydia, Gonorrea, Sífilis, Chancro Blando y Trichomonas en adultos expuestos a violación sexual

Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única MAS
Azitromicina 1 g vía oral en una sola dosis MAS
Metronidazol 2 g vía oral en dosis única O
Tinidazol 2 g vía oral en dosis única

En el caso que la víctima de agresión sexual presente úlceras genitales, debe recibir 2 g de Azitromicina, independientemente de las horas que pasaron desde la agresión sexual o, alternativamente, penicilina G Benzatinica 2.4 MU IM. En embarazadas el tratamiento de elección es Penicilina G Benzatinica 2.4 MU IM.

Las mujeres embarazadas pueden ser tratadas con 2 g de Metronidazol en dosis única independientemente del período de gestación.

El tratamiento preventivo de ITS en niños y niñas que han experimentado una agresión sexual, se describe en la siguiente tabla:

Tabla No. 13. Profilaxis para Chlamydia, Gonorrea y Trichomonas en niños y niñas que han sufrido agresión sexual

Producto	Dosis
Ciprofloxacina o Ceftriaxona	500 mg vía oral 125 mg IM
Azitromicina o Doxiciclina	1 g vía oral 2 mg/kg/dosis (max. 100mg) vía oral cada 12 horas por 7 días (niños >8 años)
Metronidazol	15 mg/kg/día vía oral, tres veces al día por 7 días

Fuente: SESAL. Manual de atención integral al niño y niña con VIH. Honduras, 2013

La profilaxis para Trichomonas en niños y niñas con un peso menor de 35 kg se realiza con Tinidazol a una dosis única de 50 mg/kg con un máximo de 2 g.

Es necesario tener en cuenta las recomendaciones del Manual de procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual de la SESAL⁴⁴ para el tratamiento de ITS según sea requerido.

En relación al **tétanos**, es importante tener en cuenta que la persona víctima de violación sexual debe ser vacunada con TT o Td, excepto en aquellos casos que se demuestre que ya han recibido un esquema completo de vacunación. Las primeras dos dosis de TT o Td forman parte del mismo calendario del esquema acelerado de la vacuna contra HVB. La tercera, cuarta y quinta dosis se aplican en función del esquema de las normas del PAI.

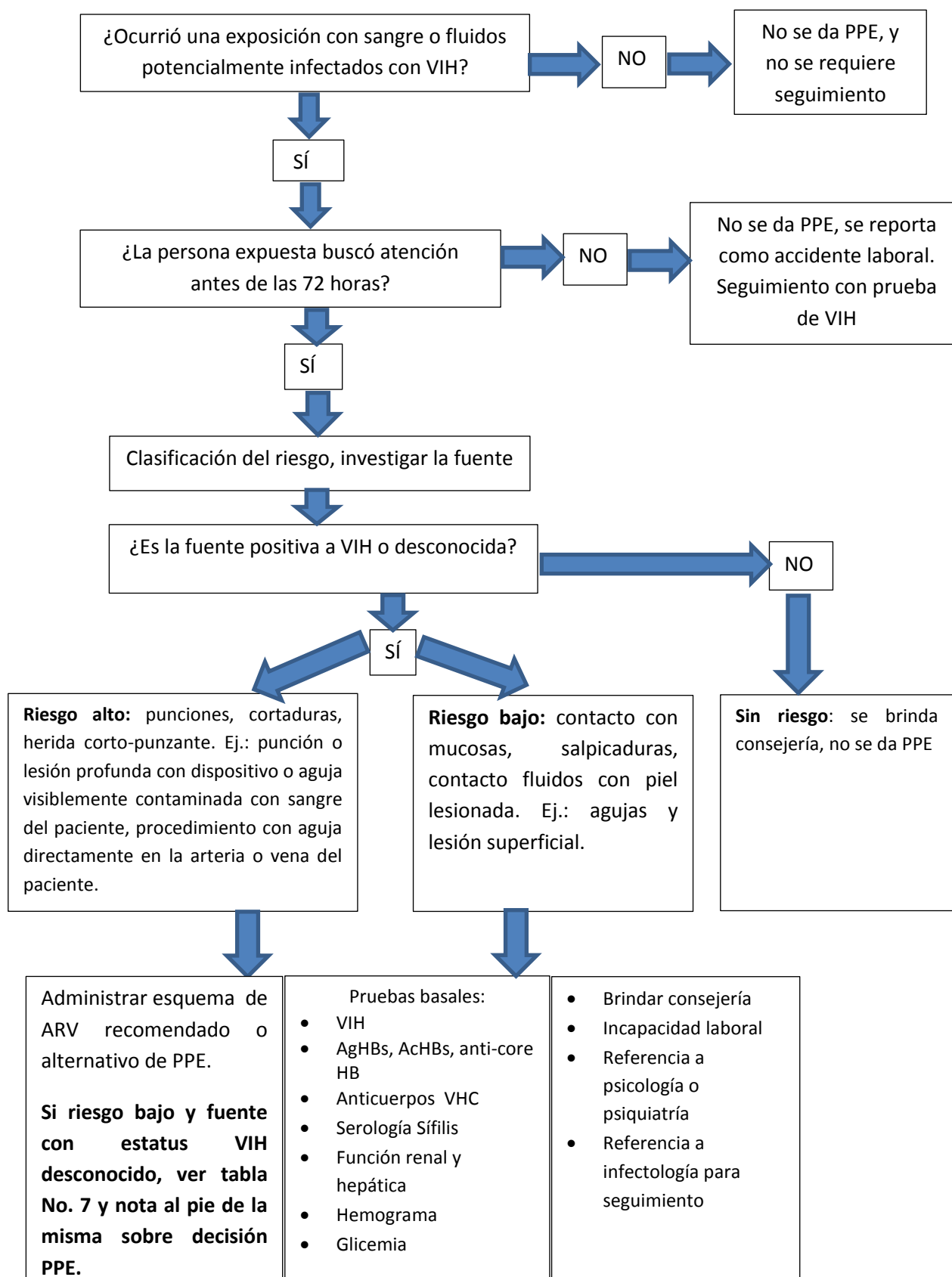
La posibilidad de un **embarazo** como consecuencia de la violación sexual, es una de las situaciones más complejas de manejar en la víctima. Siendo muy importante para la persona afectada que se sepa si ha quedado embarazada producto de la agresión o si ya lo estaba antes del evento.

A toda víctima de agresión sexual en edad fértil se le debe realizar una prueba rápida de embarazo en la consulta inicial y repetirse en 15 días. Una prueba de embarazo positiva por sí misma no puede determinar si el embarazo ha sido producto de la agresión sexual, siendo clave conocer los antecedentes ginecológicos de la víctima que provea información que ayude a interpretar el resultado de la prueba de embarazo.

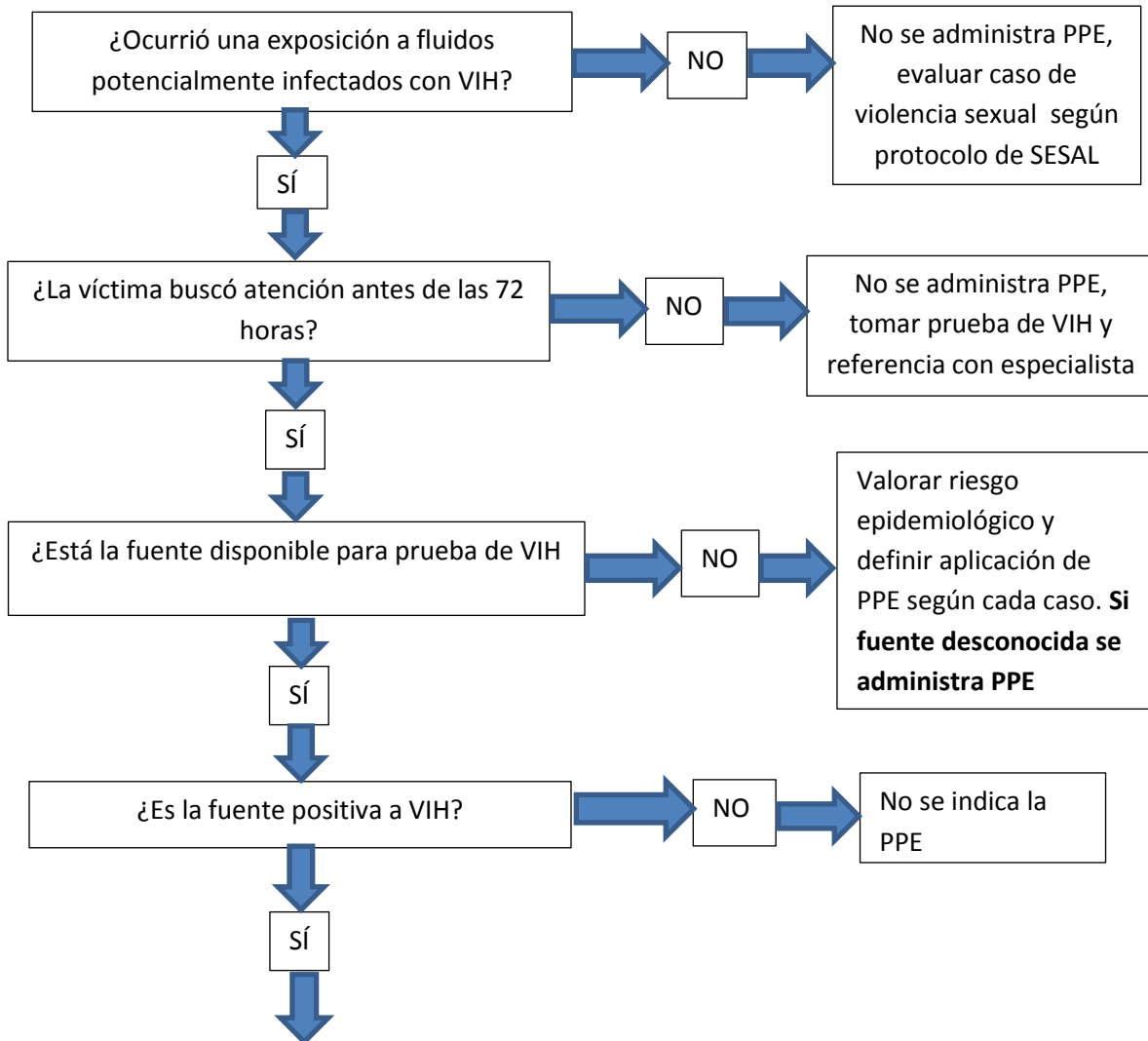
Si la víctima está embarazada debe ser remitida para la atención prenatal. Si además es VIH positiva se debe referir al SAI.

11. Herramientas de Aplicabilidad

11.1 Algoritmo de atención para la PPEO



11.2 Algoritmo de atención para la PPENO por violación sexual



Administrar esquema de ARV recomendado o alternativo de PPE.	Valorar prevención de embarazo	Profilaxis para VHB, otras ITS y tétanos	Pruebas basales: <ul style="list-style-type: none"> • VIH • AgHBs, AchBs, anti-core HB • Anticuerpos VHC • Serología Sífilis • Función renal y hepática • Hemograma • Glicemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería • Incapacidad laboral • Referencia a psicología o psiquiatría • Referencia a infectología para seguimiento • Verificar aviso a Ministerio Público • Referencia redes de apoyo
--	--------------------------------	--	---	---

Fuente: adaptado de la Guía Clínica de la Profilaxis Post Exposición. Ministerio de Salud. El Salvador. 2012.

12. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla No. 1. Riesgo estimado por acto para infección por HIV, según ruta de exposición⁴⁵

Ruta de Exposición	Riesgo por 10,000 exposiciones a una fuente infectada
Transfusión sanguínea	9,000
Uso de droga a través de inyecciones con intercambio de aguja	67
Relación sexual anal receptiva	50
Pinchazo percutáneo con aguja	30
Relación sexual pene-vaginal receptiva (hombre a mujer)	10
Relación sexual anal insertiva	6.5
Relación sexual pene-vaginal insertiva (mujer a hombre)	5
Relación sexual oral receptiva (boca-pene)	1.0
Relación sexual oral insertiva (pene-boca)	0.5

ANEXO 2

Tabla No. 2. Evaluación del riesgo de infección por vía sexual cuando la fuente está infectada por el VIH

Riesgo alto (0.8-3.0%)	Riesgo bajo (0.05-0.8%)	Riesgo mínimo (0.01-0.05%)
<ul style="list-style-type: none"> - Recepción anal con eyaculación* 	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción vaginal con eyaculación* - Recepción anal sin eyaculación* - Recepción vaginal sin eyaculación* - Penetración anal* - Penetración vaginal* - Sexo oro-genital con eyaculación* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo oral sin eyaculación* - Sexo oro-genital femenino

*sin usar condón o con ruptura del mismo

Fuente: Ministerio de Salud. Normativa 123. Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH. Managua, octubre 2013.

ANEXO 3

Tabla No. 3. Evaluación del riesgo de infección por vía sexual cuando se desconoce el estatus de VIH de la fuente.

Riesgo bajo (0.05-0.08%)	Riesgo mínimo (0.01- 0.05%)	Riesgo nulo (< 0.01%)
<ul style="list-style-type: none"> - Recepción anal con eyaculación* 	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción anal sin eyaculación* - Recepción vaginal sin eyaculación* - Penetración anal* - Penetración vaginal* - Sexo oral con o sin eyaculación* 	<ul style="list-style-type: none"> - Besos - Caricias - Masturbación - Contacto de secreciones con piel íntegra

*sin usar condón o con ruptura del mismo

Fuente: Ministerio de Salud. Normativa 123. Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH. Managua, octubre 2013.

ANEXO 4

Tabla No. 4. Evaluación del riesgo de infección por VIH mediante vía parenteral

Riesgo alto (0.8-3.0%)	Riesgo bajo (0.05-0.8%)	Riesgo mínimo (0.01-0.05%)
<ul style="list-style-type: none"> - Compartir jeringuillas o agujas usadas - Pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada por una fuente desconocida 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de una jeringuilla de origen desconocido - Pinchazo superficial tras uso por la fuente - Contacto abundante de sangre de la fuente con mucosas del sujeto afectado 	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir el resto del material para inyección (recipiente, cuchara, algodón, filtro, etc.). - Pinchazo accidental con sangrado poco intenso con la aguja de una jeringuilla de procedencia desconocida

Fuente: Ministerio de Salud. Normativa 123. Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH. Managua, octubre 2013.

ANEXO 5

Tabla No. 6. Recomendaciones sobre el contenido de un reporte de exposición ocupacional.

<ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora de la exposición • Detalles sobre los procedimientos realizados incluyendo, dónde y cómo ocurrió la exposición; si estaba relacionada con objetos corto punzantes, el tipo y la marca de los objetos, cómo y cuándo, durante el curso de la manipulación del objeto, ocurrió la exposición. • Detalles sobre la exposición, incluyendo el tipo y la cantidad de fluido o material así como de la severidad de la exposición (por ejemplo: exposición percutánea, profundidad de la lesión o si el fluido fue inyectado, fue exposición sobre la piel o las membranas mucosas; el volumen estimado del material y la condición de la piel (ejemplo: estaba cortada, erosionada o intacta) • Detalles acerca de la fuente de exposición (ejemplo: contenía el material fuente VHB, VHC o VIH; tenía la fuente infección por VIH, el estadio de la enfermedad, historia de TAR, carga viral y la información sobre la resistencia a ARV, en caso de conocerse). • Detalles acerca de la persona expuesta (por ejemplo: vacunado contra VHB y nivel de respuesta a la vacuna). • Detalles acerca de consejería, manejo post exposición y seguimiento.

Fuente: CDC. Actualización de las Guías para el manejo de la exposición ocupacional al VHB, VHC y VIH. MMWR 2001; 50(No. RR-11).

ANEXO 6

Tabla No. 9. Esquema de vacunación regular de Hepatitis B para adultos y adolescentes

Dosis	Tiempo
HBs1	Día 0
HBs2	1 mes después de HBs1
HBs3	6 meses después de HBs2

ANEXO 7

Tabla No. 10. Efectos secundarios y toxicidad asociados con medicamentos antirretrovirales para la profilaxis para VIH

Abreviatura	Nombre correspondiente	Efectos secundarios agudos más comunes (durante las primeras semanas del tratamiento)
AZT	Zidovudina	Anemia, neutropenia, náusea, dolor de cabeza, insomnio, dolor muscular y debilidad
3TC	Lamivudina	Dolor abdominal, náusea, diarrea, rash y pancreatitis
TDF	Tenofovir	Náusea, diarrea, vómito, flatulencia y dolor de cabeza
LPV/r	Lopinavir/ritonavir	Diarrea, fatiga, dolor de cabeza, náusea, y niveles de colesterol y triglicéridos elevados
EFV	Efavirenz	Rash (incluyendo Síndrome de Stevens Johnson), insomnio, somnolencia, mareo, problemas de concentración, sueños anormales y riesgo teratogenicidad

ANEXO 8

Tabla No. 11. Profilaxis para la exposición ocupacional al VHB

Serología de la fuente	Persona expuesta			
	No vacunada	Vacunación completa		Vacunación incompleta
		Determinar anticuerpos de superficie para VHB (Anti-HBs)		
		Respuesta adecuada: Anti-HBs >10mUI/ml	Respuesta inadecuada: Anti-HBs < 10mUI/ml	
Antígeno de superficie de VHB (Ag HBs) positivo o desconocido pero con factores de riesgo	Administrar una dosis de IGHB (Inmunoglobulina) 12-20 UI/kg IM preferiblemente antes de las 24 horas post exposición. Más Esquema de vacunación según normas PAI	Protegido, no necesita PPE	Respuesta previa inadecuada o desconocida: Administrar una dosis de IGHB, Más 2 series completas de vacunación del VHB No responde tras 2 series completas de Vacunación: Administrar una dosis de IGHB y otra 30 días después.	Administrar una dosis de IGHB de 12-20 UI/kg IM preferiblemente antes de las 24 horas post exposición) Más Completar el esquema de vacunación según normas PAI
Ag HBs desconocido y con bajo riesgo de ser AgHBs positivo	Esquema de vacunación según normas PAI	Protegido, no necesita PPE	Administrar una dosis de vacuna de refuerzo y valorar Anti- HBs en 1-2 meses	Completar esquema vacunación según normas PAI
AgHBs negativo	Esquema de vacunación según norma PAI	Protegido, no necesita PPE		Completar el esquema de vacunación según normas PAI

Fuente: SESAL. Manual para la atención integral al adulto y adolescente con VIH. Honduras, 2013.

ANEXO 9

Tabla No. 13. Criterios de referencia inmediata para hospitalización⁴⁶

Biológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones físicas severas que requieran tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc.). • Embarazada abusada sexualmente con amenaza de aborto o parto pre-término. • Condición médica que ponga en peligro la vida de la víctima. • Condición médica que amerite tratamiento intrahospitalario
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Víctima con intento suicida o con ideaciones suicidas. • Depresión moderada a severa. • Psicosis y deseo profundo de muerte. • Impulsividad marcada con ideas suicidas y homicidas
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Víctima menor de edad en alto riesgo social.

Fuente: SESAL. Protocolo de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual en el primer nivel de atención. Honduras, noviembre 2016 (borrador).

ANEXO 10

Tabla No. 14 Esquema de vacunación acelerado para prevención de Hepatitis B para adultos y niños

Dosis	Tiempo
HBs1	Día 0
HBs2	7 días después de HBs1
HBs3	21 - 28 días después de HBs2
HBs4	12 meses después de HBs3

Formato para Registro de Casos Post Exposición a VIH y otras ITS

Establecimiento de salud _____ Código _____
Región de Salud _____ Código _____

Tipo de Exposición:

1. Exposición Ocupacional _____
2. Exposición No Ocupacional _____
 Por Violación Sexual _____
 Otro tipo, especificar _____

Datos de la persona expuesta:

3. Nombre _____
4. Edad _____ 5. Sexo _____ 6. Fecha de la consulta _____
7. Hora de la consulta _____ 8. Fecha en que ocurrió la exposición _____
9. Hora en que ocurrió la exposición _____ 10. Tiempo transcurrido _____
11. Antecedentes de vacuna de hepatitis B:
 Esquema completo ___ Esquema incompleto ___ Sin vacunación _____
12. Antecedentes de vacuna de Td o TT:
 Esquema completo ___ Esquema incompleto ___ No. dosis _____
 Sin vacunación _____
13. Grupo de población: General ___ HSH ___ TCS ___ Otro, especifique _____
14. Presenta signos y síntomas de ITS: No ___ Sí ___
 Especifique: _____
 Se tomaron muestras para laboratorio para ITS: No ___ Sí ___
 Especifique: _____
15. ¿Está embarazada?: No ___ Sí ___ FUM: _____
 Se realizó prueba embarazo No ___ Sí ___

Solo para personas expuestas ocupacionalmente:

16. Área del establecimiento de salud donde se expuso

17. Cargo en el establecimiento en que labora la persona expuesta

18. Área del cuerpo afectada _____
19. ¿Llevaba el equipo de protección establecido para la actividad que realizaba?
 No ___ Sí ___
20. ¿Utilizó la técnica adecuada para el procedimiento que realizaba? ___ Sí ___ No
21. Accidentes previos: No ___ Sí ___ Fecha último accidente _____
 Fue notificado: No ___ Sí ___

Solo para personas expuestas no ocupacionalmente, incluyendo violación sexual

22. ¿Cómo ocurrió la exposición? _____

23. ¿Dónde ocurrió (lugar) la exposición? _____

24. Área del cuerpo afectada: _____

Datos de la fuente:

25. Nombre: _____

26. No. Expediente: _____ 27. Edad: _____ 28. Sexo _____

29. Grupo de población: General ___ HSH ___ TCS ___ Otro, especifique _____

30. Datos clínicos: Diagnóstico _____

32. ¿Es persona con VIH? No ___ Sí ___ Si es VIH positiva, ¿Está en control? No ___ Sí ___

Última carga viral: _____

Terapia ARV que recibe: _____

33. Antecedentes de Hepatitis B: No ___ Sí ___

34. Pruebas de laboratorio:

Prueba	Fecha
VIH (prueba rápida)	
Antígenos Hepatitis B (AgHBs)	
Anticuerpos Hepatitis C	
Serología para sífilis	

35. Riesgo y manejo de la Exposición al VIH: Alto ___ Bajo ___ Sin Riesgo ___

36. Tratamiento establecido:

37. Días de incapacidad: _____

Nombre y firma del Médico(a) tratante:

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. CDC Needlestick Surveillance Group [1997]. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New Engl J Med* 337(21):1485—1490
2. Bell DM [1997]. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am J Med* 102 (Suppl 5B):9—15
3. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in health-care workers: an overview. *Am J Med* 1997;102 (5B):9—15
4. Cavalcante NJ et al. Risk of health care professionals acquiring HIV infection in Latin America. *AIDS Care*. 1991; 3(3):311-6
5. CDC. Updated US Public Health Service. Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No.RR-11):1-52
6. 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.
7. CDC [1997b]. Immunization of health care workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR* 46(RR18):1—42
8. CDC. Exposición a sangre, lo que el personal de salud debe saber. Julio 2003. [Fecha de acceso 23 de enero 2017] Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/activities/oehcdrom15.pdf
9. Boily MC, Baggaley RF, Wang L, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 118—29
10. Médicos Sin Fronteras. Proyecto: Reducción de las consecuencias médicas de la violencia. Informe del período enero a diciembre de 2015. Tegucigalpa, Honduras

11. Ministerio de Salud. Normativa 123. Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH. Managua, Nicaragua. Octubre 2013
12. OPS/OMS. El control de las enfermedades transmisibles. David L. Heyman, Editor. 19ª. Edición. Publicación científica y técnica No. 635. Washington, DC, 2011.
13. OPS/OMS. El control de las enfermedades transmisibles. David L. Heyman, Editor. 19ª. Edición. Publicación científica y técnica No. 635. Washington, DC, 2011.
14. GESIDA. Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Actualización marzo 2015). España. 2015.
15. Ministerio de Salud. Guía Clínica de la Profilaxis Post Exposición. San Salvador, El Salvador. 2012
16. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Glosario de InfoSIDA, términos relacionados con el VIH/SIDA. 8a. Edición, agosto 2015. Washington.
17. CDC. Actualización de las Guías para el manejo de la exposición ocupacional al VHB, VHC y VIH. MMWR 2001; 50(No. RR-11).
18. OPS/OMS. El control de las enfermedades transmisibles. David L. Heyman, Editor. 19ª. Edición. Publicación científica y técnica No. 635. Washington, DC, 2011.
19. OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [en línea]. Washington, DC: Biblioteca de la OPS; 2003. [fecha de acceso 30 de agosto de 2016]. URL disponible en <http://goo.gl/PSGajK>
20. CDC. Actualización de las Guías para el manejo de la exposición ocupacional al VHB, VHC y VIH, del servicio de salud pública de Estados Unidos, y Recomendaciones de Profilaxis posterior a la exposición. MMWR 2001; 50(No. RR-11)
21. CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54(No. RR-2)

22. Drezett J. Post-exposure prophylaxis in raped women. In: IV International Conference on HIV infection in women and children. Rio de Janeiro: Livro de Resumos. Universidade, Federal do Rio De Janeiro e Institute of Virology of Maryland; 2002
23. Omrami AS, Freedman A. Prophylaxis of HIV infection. Br Med Bull (2005) 73-74 (1): 93-105
24. Secretaria de Salud, Modelo Nacional de Salud, Tegucigalpa, mayo, 2013.
25. INFOSIDA. Prevención del VIH. Profilaxis post exposición (PEP). (Actualizado 9/14/2016; Última revisión 9/14/2016) [Fecha de acceso: 22 diciembre 2016]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/20/87/profilaxis-POSEXPOSICION--PEP->
26. Kapila K, Gupta RM, Chopra BGS. Post-exposure Prophylaxis: What Every Health Care Worker Should Know. MJAFI 2008; 64: 250-253
27. Gerberding J.L. Occupational exposure to HIV in health care settings. N Engl Med 2003;348:826-33
28. 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
29. Young T, Arens FJ, Kennedy GE, et. al. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2012
30. Moore B.. Survival of Immunodeficiency Virus (HIV), HIV Infected Lymphocytes, and Poliovirus in Water. Applied and Environmental Microbiology, may 1993, p. 1437 – 1443
31. Panlilio AL, Cardo DM, Grohskopf LA, et. al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR Recommen Report 2005; 54: 1-17.

32. CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (RR-2):1-17
33. CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (RR-2):1-17
34. Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. Pediatrics. 1998;102(4):E46
35. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT sobre la profilaxis post exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. España 2008. [Fecha de acceso: 17 enero 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PP_E_14-01-08.pdf
36. Secretaría de Salud. Manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH. Honduras 2013
37. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed. 2016
38. Secretaría de Salud. Normas y procedimientos del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) de Honduras. Quinta revisión. Tegucigalpa, 2011.
39. U.S. Public Health Service Working Group. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. 2011
40. Secretaría de Salud. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en el primer nivel de atención (borrador). Tegucigalpa, Honduras. Noviembre, 2016
41. Secretaría de Salud. Manual de atención integral al niño y niña con VIH. Honduras, 2013

42. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64 (3)
43. Riedner G et al. Single-Dose Azithromycin versus Penicillin G Benzathine for the Treatment of Early Syphilis. N Engl J Med 2005; 353:1236-1244
44. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual. Honduras, 2015.
45. CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005;54 (No. RR-2)
46. OPS. Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violación sexual en edad joven y adulta. (primeras 72 horas de ocurrido el evento). Costa Rica. 2008

Comité Técnico en la elaboración:

Dr. Ramón Jeremías Soto	Consultor USAID/PASCA-LGM
Dra. Elvia María Ardón	Directora General de Normalización
Dra. Sandra Lorenzana	Técnica de la DGN
Dra. Linda Suazo	Técnica del DAP/DGN
Dra. Licida Bautista	Representante de USAID/PASCA-LGM en Honduras

Personal Técnico en la validación:

Dr. Efraín Bu	Coordinador SAI HEU
Dra. Magda Graciela Chávez	Pediatra SAI HEU
Dra. Yanira Belinda Gómez	Coordinadora SAI Carrizal
Dra. Wendy Moncada	Coordinadora/Infectóloga SAI INCP
Dra. Elizabeth Daccaret	Medico asistencial SAI INCP
Dra. Dixiana Flores	Coordinadora SAI USM de La Ceiba
Dr. Luis Carlo Guevara	Médico asistencial SAI Hospital Tela
Dra. Amanda Sevilla	Médica asistencial SAI MPB
Dr. Charles Parchamt	Coordinador/Infectólogo SAI IHSS SPS
Dra. Karen Sobeida Erazo	Médica asistencial SAI HMCR
Dra. Marlen Rodríguez	Coordinadora SAI HLMV
Dra. Karla María Cruz	Médica SAI Puerto Cortés
Dra. Cinthia Gómez	Medica MSF
Dra. Norma Hincapie	RMP-MSF
Lic. Laura Martínez	Técnico DGRISS/DSSNA-SESAL
Dra. Flavia Girón	Técnica ULMIE-SESAL
Dr. Alex Rodríguez	Técnico ULMIE-SESAL
Dra. Ángela Ochoa	Técnica DGVMN-SESAL
Dra. Sandra Núñez	Coordinadora Técnica VIH UAFCE-SESAL
Dra. Diana Núñez	Técnica DGRISS/DSPNA

Equipo Facilitador de la Validación

Dr. Ramón Jeremías Soto	Consultor USAID/PASCA-LGM
Dra. Elvia María Ardón	Directora General de Normalización
Dra. Sandra Lorenzana	Técnica DGN
Dra. Linda Suazo	Técnica DAP/DGN
Dra. Rosario Cabañas	Técnica DGN
Dra. Licida Bautista	Representante de USAID/PASCA-LGM en Honduras

Agradecimiento:

La Secretaría de Salud reconoce y agradece a las instituciones que demostraron su compromiso, acompañamiento y cooperación técnica en la elaboración de este documento normativo y en especial a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del proyecto PASCA/LGM por su cooperación técnica y financiera.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PASCA
Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH

**LEADERSHIP, MANAGEMENT
& GOVERNANCE PROJECT** 
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.