



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

PT10:2017, REV. 01-2024

**PROTOCOLO PARA PROVEER LA PROFILAXIS POSTERIOR
A LA EXPOSICIÓN (PPE) AL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA, INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS ENFERMEDADES**

Tegucigalpa M.D.C Septiembre, 2024 Honduras C.A.

PT10:2017, REV. 01-2024

**PROTOCOLO PARA PROVEER LA PROFILAXIS POSTERIOR
A LA EXPOSICIÓN (PPE) AL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA, INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS ENFERMEDADES**

Tegucigalpa M.D.C Septiembre, 2024 Honduras C.A.



Autoridades

Dra. Carla Marina Paredes

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Brian Erazo Muñoz

Subsecretaría de Regulación Sanitaria

Dra. Nerza Gloria Paz

Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Suani Violeta Montalván

Subsecretaría de Proyectos e Inversiones

Dra. Xochilt Chávez

Dirección General de Normalización

Dr. Saúl Hernán Cruz

Dirección General de Riesgos Poblacionales

Dr. Oscar Andrés Paredes

Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Abg. Grodvin Cantillano

Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

Dr. Octavio Izaguirre

Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos

APROBACIÓN

Xóchilt Chávez, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No. 07 – DGN - 2024, PT10:2017, REV. 01-2024**, 14 de noviembre del 2024, me permito aprobar el **“Protocolo para proveer la profilaxis posterior a la exposición (PPE) al virus de la inmunodeficiencia humana, infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades”**.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación	2
3. Objetivo general	3
4. Objetivos específicos	3
5. Alcance	3
6. Acrónimos, símbolos y términos abreviados	4
7. Términos y definiciones.....	5
8. Metodología	7
9. Aspectos generales.....	7
10. Procedimientos para el manejo de la profilaxis posterior a la exposición a la infección del VIH.....	15
10.1 PASO 1. Consulta inicial.....	15
10.2 PASO 2. Consultas de seguimiento	39
11. Herramientas de aplicabilidad.....	41
12. Referencia y respuesta	42
13. Bibliografía	43
14. Anexos	46
Anexo 1. Criterios para determinar quién es elegible para los diferentes tipos de PPE según el mecanismo de exposición	46
Anexo 2. Formato de registro de profilaxis posterior a la exposición al VIH	47
Anexo 3. Criterios de referencia inmediata para hospitalización de acuerdo con la presencia de signos y síntomas de riesgo vital	51
Anexo 4. Cuadro de interacciones medicamentosas.....	52
Anexo 5. Ajuste de dosis de los antirretrovirales en insuficiencia renal y hepática.....	53
Anexo 6. Esquema de vacunación de Hepatitis B.....	54

1. Introducción

En Honduras, así como a nivel mundial, las tasas de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no han disminuido significativamente y siguen siendo altas en ciertos grupos poblacionales. El uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) para la prevención del VIH, como el tratamiento antirretroviral (TAR) a personas con VIH, la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la profilaxis posterior a la infección (PPE) son servicios de suma importancia que tienen grandes beneficios en lo que respecta a la reducción de las enfermedades y las muertes relacionadas con el VIH y a la prevención de nuevas infecciones por el VIH.

La PPE forma parte del conjunto de intervenciones de prevención combinada enmarcadas en los objetivos 95-95-95 para 2030. Consiste en utilización de ARV a corto plazo con el fin de reducir la probabilidad de contraer el VIH después de una posible exposición. Las situaciones de potencial exposición al VIH constituyen una emergencia y el inicio precoz de la PPE cuando está indicada resulta clave para reducir la posibilidad de transmisión del VIH. No se destina como uso regular por las personas que pueden estar expuestas al VIH con frecuencia y tampoco tiene por objetivo reemplazar el uso regular de otros métodos de prevención de la infección por el VIH.

Al igual que con cualquier intervención de prevención, la eficacia de la PPE depende de manera crítica de los altos niveles de cumplimiento y finalización del curso prescrito. Otros factores que pueden influir en la eficacia de la PPE incluyen el momento de inicio, el nivel de riesgo de exposición, la adherencia y la posible resistencia a los medicamentos. Teniendo en cuenta estas consideraciones, es posible que la PPE por sí sola no se considere 100 % eficaz, y forma parte de una estrategia más amplia para evitar contraer la infección por el VIH.

El propósito de este documento es garantizar que los proveedores de salud en los diferentes niveles de atención, cumplan las disposiciones actualizadas sobre la PPE al VIH, así como las intervenciones para la prevención y manejo de riesgos de otras infecciones o enfermedades como ser hepatitis B (HB), hepatitis C (HC), tétanos y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y condiciones asociadas a la exposición al VIH.

Estas disposiciones abarcan todos los tipos de exposición y todos los grupos de la población, incluidas las personas adultas, adolescentes, niños, niñas y lactantes. La aplicación de estos procedimientos por parte de los proveedores de salud mejorará el acceso y la adherencia a la PPE y de esta forma evitar nuevas infecciones.

2. Justificación

En la actualidad, la PPE es la única manera de disminuir el riesgo de contraer la infección por el VIH en las personas que se han expuesto al virus. Se ha establecido que la PPE previene eficazmente la infección por VIH en una persona expuesta si se toma rápidamente después de la exposición y durante un período suficientemente prolongado, reduciendo en más de 80% el riesgo de contraer la infección por el VIH ^[1].

Las actualizaciones se basan en revisiones sistemáticas de la eficacia de la PPE, que sugieren que el uso de medicamentos ARV después de la exposición reduce el riesgo de contraer la infección por el VIH cuando se administra como PPE y es probable que sea rentable en personas de alto riesgo. La eficacia de los medicamentos ARV en la prevención de la infección por el VIH después de la exposición, se ve reforzada en el uso de medicamentos ARV en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y, más recientemente en la PrEP ^[2].

La exposición en el área laboral suele ser evitable, por tal razón todos los casos deben investigarse con miras a mejorar el control de la infección. La legislación y normativa nacional, entre ellas el Código del Trabajo¹ ^[3] y la Ley Especial de VIH/SIDA y Reformas 2015 y su Reglamento² [4] ^[5], establecen la obligatoriedad por parte del empleador de implementar las medidas que aseguren la protección del personal para la prevención de riesgos profesionales y accidentes de trabajo; así como las medidas que se deben brindar en los casos de exposiciones sean éstas en el ámbito de trabajo y por vía sexual, especialmente en las exposiciones por agresión sexual.

Surge la necesidad de la actualización de este documento normativo para ampliar la cobertura a otras poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a la infección por VIH, como ser: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas trans, personas que ejercen el trabajo sexual, personas privadas de libertad, personas que consumen drogas inyectables, entre otras; así como, la redefinición de los tipos de exposiciones al VIH que requieren PPE, que permita un mayor acceso de las personas con exposición al VIH en diferentes contextos; por ejemplo, proveer la PPE por exposiciones sexuales consensuadas y no limitarla a exposiciones por violencia sexual o exposiciones parenterales que se dan únicamente en los servicios de salud.

La eficacia de la PPE está determinada en completar el curso de 28 días, a través del manejo activo de los efectos secundarios, la ansiedad, el apoyo a la adherencia y la atención de otros riesgos relacionados a la exposición al VIH. Con base a lo anterior, la Secretaría de Salud,

¹ Código del Trabajo: https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/codigo_de_trabajo.pdf

² Ley Especial de VIH/SIDA y Reformas 2015 y su Reglamento: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-tecnologica-de-honduras/codigo-del-trabajo/ley-de-vih-reforma-y-reglamento/82991698>

adopta a través del protocolo, las directrices de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS)/OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en cuanto al uso de esquemas más eficaces, la ampliación de los criterios de elegibilidad, junto con las recomendaciones destinadas a apoyar a las personas al cumplimiento y finalización de la PPE.

3. Objetivo general

Definir un protocolo para el manejo oportuno e integral de la PPE al VIH, para disminuir el riesgo de infección.

4. Objetivos específicos

4.1 Proporcionar protocolo actualizado al personal de salud que identifique, categorice el riesgo y diagnostique adecuadamente una situación de exposición al VIH.

4.2 Implementar las intervenciones de prevención combinada necesarias para la PPE y el seguimiento oportuno de las personas expuestas al VIH.

4.3 Definir los mecanismos de referencia – respuesta que permita brindar una atención oportuna e integral de acuerdo a las necesidades de cada persona.

4.4 Contar con las herramientas actualizadas de registro que permita a los proveedores de salud documentar y evidenciar el riesgo de exposición al VIH y la información requerida para dar una adecuada atención enfocada en las necesidades de cada persona.

5. Alcance

5.1 Población diana

Toda persona que presente una exposición, que implique un riesgo potencial de transmisión del VIH, que busque atención en las primeras 72 horas de ocurrido el evento, que asiste a un establecimiento de salud.

5.2 Usuarios del documento

Personal capacitado en PPE que brinda atención en medicina, enfermería, psicología, trabajo social, farmacia, laboratorio y otros afines de acuerdo a capacidad instalada.

5.3 Niveles de atención

Este protocolo aplica para proveedores del primer y segundo nivel de atención de establecimientos de salud públicos y no públicos que brindan servicios de prevención del VIH.

6. Acrónimos, símbolos y términos abreviados

3TC	Lamivudina
ARV	Antirretroviral
AgHBs	Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
AbHBs	Anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
DTG	Dolutegravir
TFG	Tasa de filtración glomerular
HB	Hepatitis B
IGT	Inmunoglobulina tetánica
IGHB	Inmunoglobulina humana anti hepatitis B
ITS	Infección de transmisión sexual
LVP	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MUI	Millones de unidades inyectables
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PF	Planificación familiar
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
PrEP-AD	Profilaxis previa exposición por demanda
RTV	Ritonavir
SAI	Servicios de atención integral
TAR	Tratamiento antirretroviral
TDF	Tenofovir diproxil fumarato
Td	Toxoide tetánico diftérico
TLD	Tenofovir, lamivudina y dolutegravir (en comprimido de dosis fija)
TDF/FTC	Combinación de Tenofovir Disoproxil Fumarato con Emtricitabina
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

7. Términos y definiciones

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

Adherencia: Es la capacidad de la persona de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del medicamento ARV de PPE, que permita mantener el cumplimiento riguroso de este con el objetivo de prevenir la infección del VIH, posterior a una exposición al VIH [6].

Anticoncepción de emergencia: Comprende todos aquellos métodos seguros y efectivos que se pueden utilizar para prevenir el embarazo, hasta pocos días después de haber mantenido coito vaginal sin protección o cuando el método utilizado fallo [7].

Carga viral de bajo nivel: Es uno o más resultados de carga viral detectables (más de 50 copias/ml) pero iguales o inferiores a 1000 copias/ml [2].

Carga viral no detectable (indetectable): Se utiliza en el caso de la infección por el VIH, para indicar que la cantidad de virus en la sangre de una persona está por debajo del límite de la detección de la prueba o análisis de laboratorio que se utiliza para determinar la carga viral [2].

Conductas de riesgo reciente: Son incidentes específicos de exposición al VIH conocidos en los últimos tres meses [8].

Grupos de población clave: Grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer la infección por el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto locales, además, suelen afrontar problemas jurídicos y sociales a causa de estos comportamientos que aumentan su vulnerabilidad a la infección por el VIH (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que consumen drogas inyectables; personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados; personas que ejercen trabajo sexual, y personas trans y de género diverso) [8].

Infección aguda de VIH: También conocida como infección primaria o síndrome retroviral agudo. Es la fase inicial de la infección y dura hasta que el organismo ha creado anticuerpos detectables en las pruebas de VIH [9].

Medicamentos antirretrovirales (ARV): Son los que se utilizan para tratar la infección por el VIH. Son fármacos que sirven específicamente para inhibir la replicación del VIH en el organismo [10].

Infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB): Persistencia del AgHBs durante al menos seis meses ^[8].

Infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC): se define como la positividad de los anticuerpos dirigidos contra el VHC y la positividad del ARN del VHC con una duración de la infección superior a seis meses ^[8].

Hepatitis C aguda: Infección por el virus de la hepatitis C (VHC) contraída recientemente y que reúne determinados criterios clínicos, como inicio discreto de síntomas como náuseas o malestar general más ictericia o concentraciones séricas altas de alanina transaminasa (ALT) (diez veces mayor) ^[8].

Personas en riesgo continuo de infectarse por el VIH: se refiere a las personas de grupos de población clave y las personas con pareja con VIH que no tenga el virus suprimido pese al TAR ^[9].

Persona fuente: Persona desde la cual un agente infeccioso puede transmitirse a la persona expuesta ^[11].

Personas que consumen drogas inyectables: Se refiere a las personas que se inyectan por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea u otras vías parenterales sustancias psicoactivas con fines que no son médicos (incluyen, entre otras, opioides, estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína e hipnosedantes, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas) ^[8].

Prevención combinada de la infección por el VIH: Conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas ^[2].

Profilaxis previa a la exposición (PrEP): Uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas sin infección por el VIH, antes de la exposición, para evitar que contraigan la infección ^[8].

Proveedores de salud: Personas naturales o jurídicas, privadas o 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, prevención, recuperación, rehabilitación de salud 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 ^[12].

Relaciones sexuales sin protección: Se refiere a las prácticas sexuales que no comportan intervenciones de prevención basadas en la evidencia. Estas intervenciones incluyen los condones más lubricantes, que protegen contra la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y la profilaxis previa a la exposición al VIH. El TAR eficaz con supresión viral evita la transmisión del VIH a las parejas sexuales ^[8].

Vinculación: Proceso de medidas y actividades que apoya a las personas a las que se hacen pruebas de detección del VIH y a las personas con diagnóstico de infección por el VIH, para que participen en los servicios de prevención, tratamiento y atención adecuados según su estado frente al VIH. En lo que respecta a las personas con infección por el VIH, se refiere al período que comienza con el diagnóstico de la infección y concluye con el inicio de la atención o el tratamiento ^[10].

8. Metodología

La Secretaría de Salud a través del Programa de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Riesgos Poblacionales, con apoyo de la Dirección General de Normalización, realizó la recopilación de últimas evidencias emitidas por la OPS / OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), para la elaboración de este documento normativo.

Además, se llevó a cabo la validación por un equipo de especialistas en el tema de VIH, miembros de organizaciones de sociedad civil (OSC), agencias de cooperación, proveedores de servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, haciendo observaciones justificadas con base científica y con la aplicación de prueba práctica en campo realizando los ajustes correspondientes.

9. Aspectos generales

- La PPE se debe ofrecer a todas las personas con una exposición que puede dar lugar a la transmisión del VIH e iniciarse lo antes posible, idealmente dentro de las 24 horas posteriores a la exposición y no más tarde de 72 horas ^[1].
- La PPE es una intervención biomédica e incluye la integración de otras intervenciones que son parte de los enfoques de prevención combinada de la infección por VIH como se demuestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Intervenciones de prevención combinada que deben ofrecerse en la PPE

<p>Intervenciones biomédicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico de la infección por el VIH ● Vinculación a la atención y TAR a personas diagnosticadas con VIH ● Detección y manejo para virus de VHB, VHC, sífilis, gonorrea, entre otras ● Profilaxis para VHB, VHC, ITS, tétanos ● Detección de embarazo ● Anticoncepción de emergencia ● Distribución de condones y lubricantes ● Valoración de elegibilidad para PrEP
<p>Intervenciones conductuales de cambio de comportamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Consejería en VIH basada en riesgo ● Atención psicológica y social ● Promoción del uso del condón ● Promoción de conductas saludables ● Planificación Familiar ● Espacios de educación en materia de salud sexual y reproductiva. ● Intervenciones de salud ocupacional en poblaciones con mayor riesgo como ser las y los trabajadores sexuales y los profesionales de la salud.
<p>Intervenciones estructurales de defensa de derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios libres de estigma y discriminación ● Apoyo legal para poder denunciar casos de violencia sexual o de género.

Fuente bibliográfica ^[8]

- Las personas sujetas a agresión sexual, deben recibir la PPE como parte de un paquete de atención más amplio, el cual incluye apoyo de primera línea o primeros auxilios, atención médica u hospitalización de urgencia, obtención de muestras forenses, intervenciones psicológicas, entre otras. En estos casos se debe garantizar la referencia a los servicios apropiados y la participación de un equipo multidisciplinario en combinación con el apoyo a la adherencia.
- Todos los proveedores de salud que brindan la PPE deben estar capacitados por parte de la Secretaría de Salud.

Principios generales de PPE

- Toda exposición al VIH es una **emergencia médica**. Se debe ofrecer tan pronto como la persona expuesta se presente en el establecimiento de salud. La evaluación de la exposición al VIH y otras pruebas de laboratorio, así como otras actividades relacionadas, pueden realizarse después de administrar la primera dosis de PPE. **Ninguna persona expuesta debe abandonar un establecimiento de salud sin que se le ofrezca PPE.**
- **Todas las personas evaluadas para una posible PPE deben recibir otras intervenciones de prevención, tratamiento o atención de apoyo** indicados para otros riesgos y condiciones de salud asociados a la exposición (por ejemplo, lesiones traumáticas, infección por VHB, VHC, infecciones bacterianas de transmisión sexual, embarazo, tétanos).
- **La PPE no es para uso regular por personas que pueden estar expuestas con frecuencia.** Todas las personas que informen sobre conductas o situaciones que las pongan en riesgo de sufrir exposiciones recurrentes al VIH deben recibir orientación sobre reducción de riesgos, incluida la consideración de la PrEP.
- Siempre que sea posible, se debe investigar infecciones concomitantes tanto **en la persona fuente como en la persona expuesta**. Si la persona fuente es desconocida o se niega a hacerse la prueba, la persona expuesta debe ser tratada como si la persona fuente tuviese VIH.
- **Las exposiciones dentro de los servicios de salud deben considerarse prevenibles.** Todas las exposiciones deben informarse e investigarse de inmediato, para fortalecer las políticas y prácticas de prevención en los establecimientos de salud ^[13]. El seguimiento del personal expuesto, debe respetar la confidencialidad, y la notificación y el mantenimiento de registros deben estar de acuerdo con la normativa de salud ocupacional.

Exposiciones que presentan riesgo de transmisión del VIH

Fluidos infecciosos y no infecciosos

- Para comprender si una exposición representa un riesgo de infección por VIH es importante diferenciar entre fluidos corporales infecciosos y no infecciosos, así como los tipos de exposición. En el Cuadro 2 se describe que fluidos son infecciosos y cuáles no.

Cuadro 2. Fluidos infecciosos y fluidos no infecciosos para VIH

Líquidos infecciosos para VIH			
Sangre	Líquidos sexuales o genitales	Otros fluidos potencialmente infecciosos	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sangre ○ Cualquier líquido, tejido o material manchado de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Semen ○ Líquido preseminal ○ Secreciones vaginales ○ Secreciones anales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Líquidos de tejidos y heridas ○ Líquido sinovial ○ líquido pleural ○ líquido peritoneal ○ líquido pericárdico ○ líquido amniótico ○ Líquidos cefalorraquídeos ○ Leche materna 	
Fluidos corporales que no se consideran infecciosos a menos que estén visiblemente contaminados con sangre			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Heces ○ Secreciones nasales ○ Espujo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Saliva ○ Secreciones gástricas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Orina ○ Vomito 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lágrimas ○ Sudor

Fuente bibliográfica ^[2] ^[13]

Las exposiciones a estos fluidos infecciosos también se pueden transmitir otras infecciones como el virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC) y otras ITS.

Aunque estos líquidos y secreciones conllevan un riesgo alto de tener la infección por el VIH, esta lista no es exhaustiva. Todos los casos han de evaluarse clínicamente, y el personal de salud debe determinar si la exposición real implica un riesgo significativo.

Tipos de exposición

- Los tipos de exposición son los siguientes:
 - Exposiciones parenterales
 - A través de membrana mucosa: por exposición sexual; o salpicaduras en los ojos, la nariz o la cavidad bucal ^[2].

El Cuadro 3 describe los tipos de exposiciones que pueden poner a una persona en contacto con fluidos infecciosos.

Cuadro 3. Tipos de exposición a fluidos corporales infecciosos

<p>Exposiciones parenterales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lesiones por pinchazo de aguja. ○ Lesiones percutáneas profundas por objetos cortantes. ○ Exposición de piel no intacta a sangre o fluidos corporales. ○ Compartir agujas para inyectar sustancias psicoactivas con fines que no son médicos.
<p>Exposiciones a través de membrana mucosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exposición sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Agresión sexual que implique penetración vaginal, anal o penetración oral con eyaculación. ○ Relaciones sexuales consensuadas sin protección ○ Condomes rotos o perforados
<ul style="list-style-type: none"> ● Salpicaduras en los ojos, la nariz o la cavidad bucal 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición de piel, conjuntivas oculares y mucosas no íntegras (ej. dermatitis, abrasiones o laceraciones) a sangre o fluidos corporales potencialmente infectantes para el VIH

Fuente bibliográfica ^[2] ^[13]

Es importante considerar que una persona expuesta puede haber experimentado múltiples mecanismos de lesión. Por ejemplo, una víctima de agresión sexual puede tener heridas o cortes que requieran profilaxis contra el tétanos.

Exposiciones asociadas a mayor riesgo de transmisión según tipo de exposición a fluidos corporales infecciosos

- **Exposición parenteral:** Cualquiera de las siguientes exposiciones está asociado con un mayor riesgo de transmisión del VIH:
 - Lesiones percutáneas profundas por corto punzantes.
 - Exposición percutánea que involucra una aguja hueca que se usó en una vena o arteria.
 - Sangre visible en el instrumento afilado involucrado en una lesión percutánea.
- Compartir agujas y lesiones por pinchazo de aguja: El uso compartido de agujas entre las personas que consumen drogas inyectables es una razón común para solicitar PPE. Debido al riesgo, la PPE siempre debe considerarse en este escenario siempre que la exposición potencial haya sido dentro de las 72 horas.
- Lesión por pinchazo de aguja en la comunidad. Los factores asociados con el riesgo de lesiones por pinchazo de aguja incluyen la fuente potencial de la aguja, el tipo de aguja, la presencia de sangre y la penetración de la piel.

- Heridas por mordedura. El uso de PPE puede estar indicado si hay una exposición significativa a heridas profundas y sanguinolentas. Una mordedura no se considera una exposición de riesgo para ninguna de las partes cuando no se interrumpe la integridad de la piel.

Escenarios en los que las mordeduras pueden resultar en exposición a la sangre:

- Exposición de sangre a la persona que muerde: Cuando la persona que muerde inflige una herida que rompe la piel y la sangre de la persona mordida entra en la boca de la persona mordedora.
 - Exposición de sangre a la persona mordida: Cuando la persona que muerde tiene sangre en la boca (por ejemplo, de encías sangrantes o lesiones) e inflige una herida que rompe la piel de la persona mordida.
 - Exposición a la sangre de ambas partes: Una ruptura en la piel de la persona que fue mordida y la mordedora tiene sangre en la boca (por ejemplo, por sangrado de encías o lesiones) ^[14].
- **Exposiciones a través de membrana mucosa:** se requiere evaluar si la exposición sexual, u otra exposición por mucosas, presenta un riesgo sustancial o significativo de adquisición del VIH.
 - Riesgo sustancial de adquisición del VIH, se puede determinar de la siguiente manera:
 - **Exposición de:** vagina, pene, ano, ojos, boca u otra membrana mucosa, piel no intacta
 - **Con:** sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna, cualquier fluido corporal que esté visiblemente contaminado con sangre
 - **Cuando:** se sabe que la persona fuente tiene VIH.
 - Riesgo insignificante de adquisición del VIH:
 - **Exposición de:** vagina, pene, ano, ojos, boca u otra membrana mucosa, piel no intacta
 - **Con:** orina, secreciones nasales, saliva (sin mancha sanguinolenta), sudor, lágrimas
 - **Cuando:** independientemente del estado de VIH de la fuente (conocido o sospechado de la fuente).

Factores que aumentan el riesgo de transmisión a través de la exposición sexual:

- Persona fuente con VIH conocido que no está tomando TAR o no tiene supresión viral
 - Ausencia de protección de barrera, como condones masculinos/insertivos o femeninos/receptivos
 - Presencia de enfermedad de úlcera genital u otras ITS
 - Trauma en el sitio de exposición (traumatismo genitorrectal)
 - Exposición a la sangre, que puede ser mínima y, por lo tanto, no reconocida por la persona expuesta; si la persona expuesta informa exposición franca a la sangre, se indica PPE.
 - Mucosa oral no intacta (p. ej., lesiones orales, gingivitis, heridas) en la exposición sexual oral
 - Falta de circuncisión masculina ^[14]
- Exposiciones sexuales consentidas o consensuadas: Las exposiciones que pueden dar lugar a una solicitud de PPE incluyen deslizamiento o ruptura del condón; lapso en el uso del condón por parejas serodiscordantes o de estatus desconocido; u otra exposición episódica a sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos, incluyendo semen, secreciones vaginales o fluidos corporales con contaminación visible de la sangre. Cualquier persona que informe exposición sexual (por ejemplo, un condón roto) debe manejarse como expuesta, incluso si esa exposición no se puede probar.

Riesgo de exposición en niños:

- Los tipos de exposiciones que pueden ser reportados en niños y niñas incluyen: agresión sexual; pinchazos con agujas; leche materna extraída de otra madre dada al bebé, o amamantamiento del bebé de otra madre; mordeduras de un niño o niña que tiene VIH, uso de objetos punzocortantes. Los niños y niñas agredidos sexualmente podrían tener un mayor riesgo de infectarse con el VIH debido a la ectopia cervical en las adolescentes y a la delgadez del epitelio vaginal en las niñas pre púberes. Una mordedura no se considera una exposición de riesgo para ninguna de las partes cuando no se interrumpe la integridad de la piel ^[14].

El manejo de niñas y niños recién nacidos o lactantes expuestos a la transmisión maternoinfantil del VIH, debe realizarse según la normativa vigente.

Posibles situaciones de exposición al VIH y otros virus o infecciones como VHB, VHC, tétanos, que se deben tener en cuenta al brindar la PPE ^[13].

- Lesiones accidentales por desechos médicos o agujas desechadas incorrectamente.
- Contacto con condones usados.
- Exposición durante los partos a domicilio o durante la atención hospitalaria.

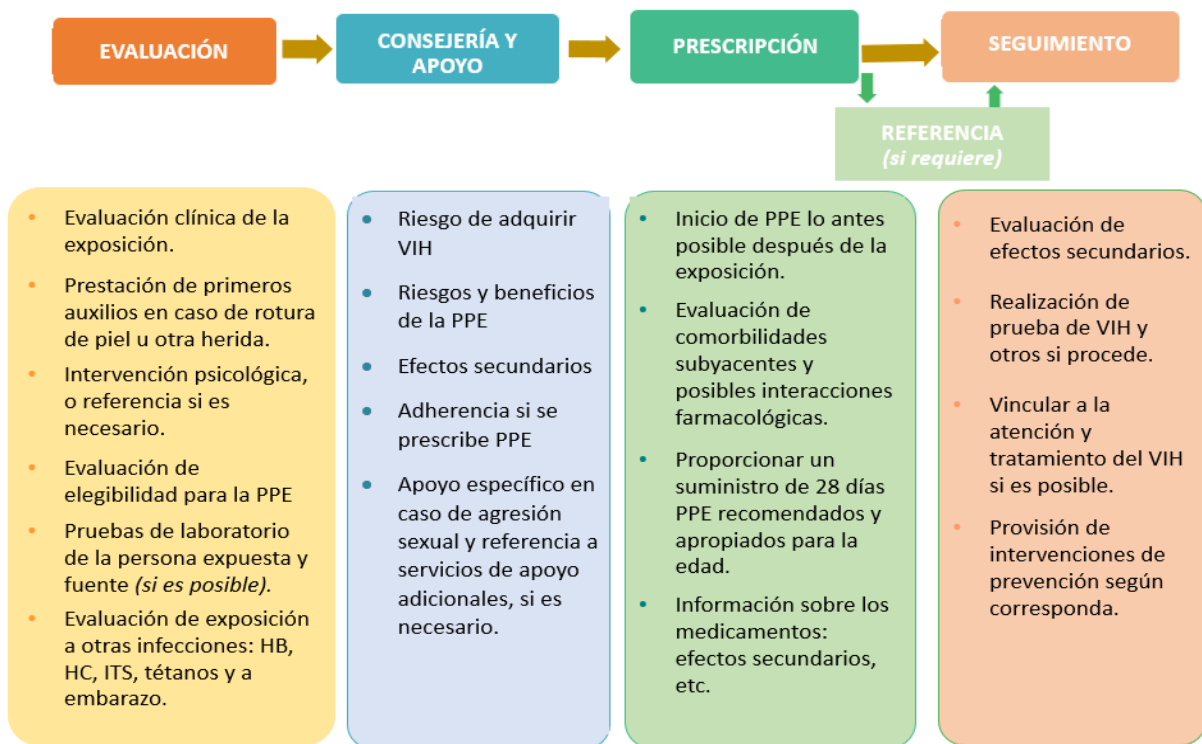
- Deportes de contacto con exposición a la sangre en mucosas y heridas abiertas.
- Asistencia en carretera en accidentes automovilísticos (contacto con fluidos corporales y piel no intacta), a menudo no solo por el personal de la ambulancia, sino también por la policía, los transeúntes que ayudan.
- Agresiones violentas, incluidos ataques con cuchillo y balas que atraviesan a una persona y se alojan en otra.
- Ataques de animales con exposición repetida a sangre a varias personas a la vez.
- Realización de procedimientos percutáneos (tatuajes, acupuntura, etc.)

En el **Anexo 1**, se resume los criterios para determinar las personas que son elegibles para la PPE según los mecanismos de exposición para VIH y otras infecciones por VHB, VHC, ITS, la enfermedad del tétanos y la prevención de embarazo.

Componentes de la atención para personas expuestas

La Figura 1 proporciona una visión general de los componentes esenciales en el proceso de atención para PPE. De acuerdo con la buena práctica clínica, la presentación de la persona expuesta debe determinar la vía de atención y las intervenciones que serán necesarias.

Figura 1. Componentes esenciales de la atención a personas expuestas



Adaptado de: *Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis*. Geneva: World Health Organization; 2024. *Guidelines on the Management of Post-Exposure Prophylaxis (PEP) in Occupational and Non-Occupational Exposures*, 2020.

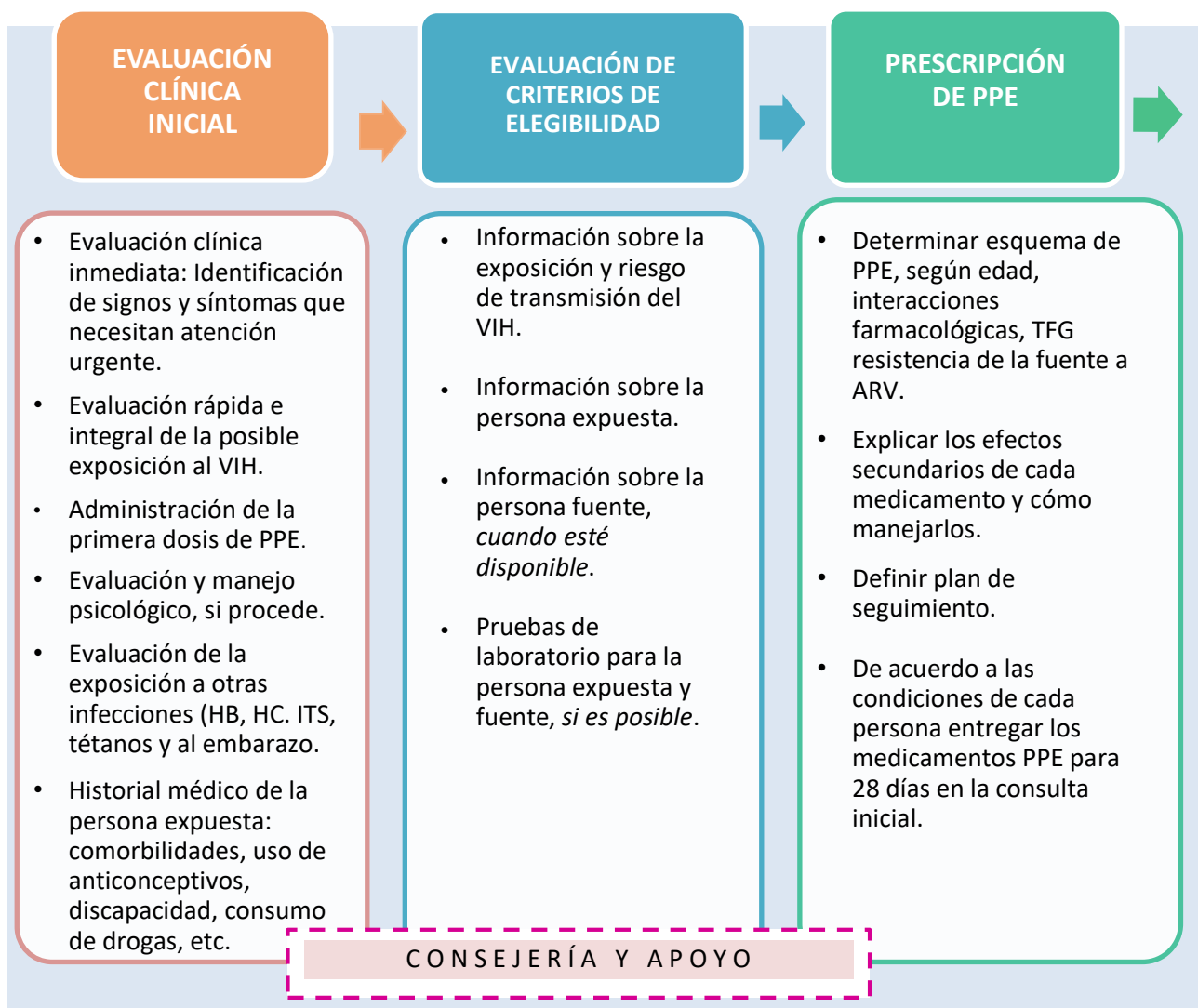
10. Procedimientos para el manejo de la profilaxis posterior a la exposición a la infección del VIH

10.1 PASO 1. Consulta inicial

Las actividades que se deben realizar en la consulta inicial, se resumen en la Figura 2, y Apartado 11 “Algoritmo de atención para la profilaxis posterior a la exposición”.

IMPORTANTE. En todo servicio donde se provea la PPE se debe llenar el “Formato de registro de profilaxis posterior a la exposición al VIH”. Ver Anexo 2.

Figura 2. Actividades de la consulta inicial de la PPE



Fuente bibliográfica [1] [8] [15]

10.1.1 Evaluación clínica inicial

- Para todas las exposiciones, el personal médico debe realizar una **evaluación rápida e integral** de la posible exposición al VIH y **administrar la primera dosis de emergencia de PPE** lo más rápido posible. La PPE puede suspenderse más adelante si la evaluación del riesgo así lo indica.

IMPORTANTE: Toda PPE debe iniciarse lo antes posible después de la exposición. Los proveedores de atención médica pueden tener dudas sobre el riesgo que representa la exposición. En tales casos, la regla general es *“en caso de duda, comenzar de inmediato la PPE para el VIH y luego buscar asesoramiento”*.

- Realizar la identificación de signos y síntomas que necesitan atención urgente, tratamiento de primeros auxilios, y la referencia a hospitalización cuando proceda, según Anexo 3. Criterios de referencia inmediata para hospitalización de acuerdo con la presencia de signos y síntomas de riesgo vital.
- Cuando se presenten personas agredidas sexualmente, el manejo clínico y legal debe realizarse según *Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual*, vigente ^[16]. Los casos que lleguen al establecimiento de salud sin interposición de denuncia previa, se deberá brindar manejo integral y posteriormente se realizará notificación institucional del caso a las instancias correspondientes de la Secretaría Salud y otras autoridades competentes. En el caso de menores de 18 años, se debe informar inmediatamente a la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF) o a la instancia correspondiente, consignando en expediente médico: fecha, hora y lugar de la notificación.
- A indicar la primera dosis de PPE y en el manejo de todas las exposiciones:
 - Utilice un lenguaje claro y directo cuando se comunique con la persona expuesta o con la persona adulta que acompañe a un niño o niña expuesta. Utilice un lenguaje apropiado para su edad con las y los niños.
 - **Si se rechaza la PPE:** Explique el requisito de tiempo para el inicio y proporcione instrucciones para adquirir la PPE si esa decisión cambia. Documente el rechazo de la PPE en el expediente y en el Formato de registro de profilaxis posterior a la exposición al VIH.
- Identificar el estado emocional, mental y capacidad de la persona para comprender y responder a la información que se le solicita, así como para dar el consentimiento para la realización de prueba de VIH, entre otros.

10.1.2 Evaluación de los criterios de elegibilidad para PPE

10.1.2.1 Información sobre la exposición

- **Fecha y hora de exposición.**

- La PPE debe brindarse únicamente dentro de las 72 horas después de la exposición.
 - Una decisión intencional de esperar hasta las 72 horas para iniciar la PPE podría colocar a la persona expuesta en mayor riesgo de seroconversión, idealmente se debe iniciar en las primeras 24 horas posterior a la exposición ^[1].
- Si una persona se presenta pasadas las 72 horas después de la exposición, NO se debe iniciar PPE. Después de este tiempo la infección por VIH puede haber sido establecida. Si la PPE se prescribe después de 72 horas y luego se suspende después de 28 días, el riesgo de rebote viral con esa interrupción inadvertida del TAR es significativo, al igual que el riesgo asociado de desarrollar resistencia al TAR [14].
- A toda persona con exposición notificada después de 72 horas de la exposición, se le debe realizar la evaluación clínica y pruebas de laboratorio de acuerdo a su condición de manera integral y organizar un seguimiento adecuado según el tipo de exposición. El manejo clínico, laboratorial y de seguimiento es el mismo a excepción que no se le brinda la PPE para VIH.

- **Tipo de exposición y riesgo de adquisición del VIH**

- Evaluar a qué fluidos corporales potencialmente infecciosos estuvo expuesta la persona usuaria y mecanismo de exposición, sitio, superficie (membrana mucosa) de la exposición, tomando en cuenta el apartado anterior de aspectos generales.
- Cuando el **riesgo de infección por VIH es extremadamente bajo o inexistente**, la PPE no está indicada, ya que los riesgos de la PPE superan con creces los beneficios. Sin embargo, se debe proporcionar apoyo y tranquilidad.
- El riesgo de transmisión del VIH es bajo y a menudo insignificante cuando la fuente de exposición tiene una carga viral de bajo nivel o indetectable y es menor si la persona fuente está tomando PrEP o si está circuncidada (si es un hombre cisgénero y la circuncisión está curada) ^[14].

IMPORTANTE.

- Las personas expuestas que usan la PrEP según las indicaciones y son adherentes no necesitan la PPE ^[1].
- En el contexto de la exposición sexual, existe una sólida evidencia de que las personas no transmiten sexualmente el VIH si están tomando TAR y tienen una carga viral indetectable.

10.1.2.2 Información sobre la persona expuesta

En el cuadro 4, se describe la información y los aspectos a evaluar de la persona expuesta para determinar la elegibilidad de la PPE.

Cuadro 4. Información sobre la persona expuesta respecto al VIH

Información o aspecto a evaluar	Acciones
Estado serológico respecto al VIH	<u>Si la persona expuesta refiere que no tiene VIH:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Investigar sobre fecha de prueba de VIH más reciente y resultado. ○ Identificar signos o síntomas de una posible infección aguda por el VIH. ○ Otras posibles exposiciones al riesgo de VIH en los últimos tres meses. ○ Persona de grupo de población clave. ○ Pareja sexual de una persona con VIH (pareja serodiscordante).
	<u>Si persona expuesta refiere que tiene VIH:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fecha de diagnóstico ○ Establecimiento de salud donde recibe la atención.
Uso previo de PPE	<ul style="list-style-type: none"> ○ Frecuencia de cursos de PPE ○ Tolerabilidad de cursos de PPE anteriores.
Exposiciones de riesgo frecuentes al VIH	<ul style="list-style-type: none"> ● Frecuencia y otras posibles exposiciones al riesgo del VIH en los últimos tres meses. ● Evaluación de necesidad de PrEP
Uso actual de PrEP	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fecha de inicio de la PrEP ○ Modalidad (PrEP oral diaria o PrEP oral a demanda /PrEP-AD) ○ Tiempo de usarla ○ Adherencia
ITS	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntomas de una infección de transmisión sexual (ITS).
Estado de embarazo, lactancia materna, PF	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar embarazo y gestación actual, riesgo de embarazo, uso de anticonceptivos y lactancia actual
Estado respecto a la infección por VHB	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inmunización contra la HB ○ Infección reciente por el VHB ○ Infección crónica por el VHB
Estado respecto a la infección por VHC	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hepatitis C aguda ○ Infección reciente por el VHC
Estado respecto a inmunización por tétanos	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar estado de vacunación por tétanos, según esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
Historia médica de la persona expuesta.	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar enfermedades crónicas no transmisibles importantes y/o comorbilidades.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar y prevenir posibles interacciones farmacológicas con los medicamentos de PPE.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar consumo de drogas
	<ul style="list-style-type: none"> ● Discapacidad, estado mental y emocional

Fuente bibliográfica [2] [14] [15]

- A las personas expuestas que refieren que tienen VIH y se confirma la información, no se debe indicar la PPE para VIH. Referir a los SAI donde recibe la atención. Si no está recibiendo TAR, apoyar la vinculación a los SAI.
- En caso que se identifique alguno o varios de los signos y síntomas de infección aguda por VIH y la prueba es negativa, se debe buscar el asesoramiento de un especialista.

10.1.2.3 Información sobre la persona fuente

A continuación, en el cuadro 5 se describe la información que se debe explorar de la persona fuente, *cuando esté disponible*, para determinar la elegibilidad de la PPE a la persona expuesta.

Cuadro 5. Información sobre la persona fuente

Información o aspecto a evaluar	Acciones
Estado serológico respecto al VIH	<p><u>Si la persona fuente refiere que NO tiene VIH</u>, explorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prueba y resultado de prueba de VIH más reciente. ○ Evaluación de signos o síntomas de una posible infección aguda por el VIH. ○ Conductas de riesgo continuo y de riesgo reciente (últimos 3 meses). ○ Pertenencia a grupo de población clave. ○ Pareja sexual de una persona con VIH (pareja serodiscordante). <p><u>Si la persona fuente refiere que tiene VIH:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estado del tratamiento, cambios, último esquema de TAR ○ Historial de cargas virales y resultados, en el último año ○ Historial o sospecha de resistencia antirretroviral. ○ Adherencia al TAR
Síntomas de ITS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar si presenta síntomas de ITS.
Uso actual de PrEP	<ul style="list-style-type: none"> ○ Uso de PrEP según la prescripción ○ Modalidad (PrEP oral diaria o PrEP oral a demanda /PrEP-AD) ○ Tiempo de usarla ○ Adherencia
Estado respecto a la infección por VHB	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar la vacunación previa contra el VHB de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación, vigente.
Estado respecto a la infección por VHC	<ul style="list-style-type: none"> ○ HC aguda ○ Infección reciente por el VHC

Fuente bibliográfica ^[10] ^[14] ^[15] ^[17]

Es importante tomar en cuenta que el estado serológico respecto del VIH de la persona fuente no debe ser el foco de la evaluación inicial; el enfoque debe ser la determinación de si la exposición justifica la PPE y, cuando esté indicado, el inicio rápido de la PPE.

- **Si la persona fuente no está disponible o se desconoce:**
 - Evaluar la exposición para identificar el riesgo de infección por VIH de la persona expuesta.
 - Suponer que la fuente tiene VIH hasta que se demuestre lo contrario.

- **Cuando la persona fuente refiera que NO tiene VIH,** realizar lo siguiente:
 - Explorar la fecha de la última prueba de VIH realizada y su resultado.
 - Independientemente de que la persona se haya realizado la prueba de VIH, siempre se le debe ofrecer para realizarla.
 - Continuar la PPE a la persona expuesta hasta que se confirme que el estado serológico del VIH de la fuente es negativo.
 - Al presentar la persona fuente sospecha de infección aguda por el VIH, como no se puede hacer carga viral se debe indicar la PPE a la persona expuesta. Hacer prueba de VIH a persona fuente según algoritmo nacional diagnóstico y valorar caso por caso o presentar a mesa de ARV, tanto a la persona fuente como expuesta. Ante cualquier duda dar la PPE, y hacer las investigaciones.

 - Si se identifica que la persona fuente tiene conductas de riesgo continuo y de riesgo reciente (últimos 3 meses), es de un grupo de población clave o es pareja sexual de una persona con VIH (pareja serodiscordante), se debe brindar PPE a la persona expuesta.

- **Si la persona fuente está disponible**
 - **Con VIH desconocido:**
 - Informar a la fuente del incidente de exposición.
 - Realizar la prueba del VIH.
 - Evaluar el riesgo de adquisición del VIH en la persona fuente en las últimas 4 semanas.
 - Evaluar signos y síntomas de infección aguda por VIH.

 - **Con VIH confirmado:**
 - Solicitar el consentimiento para buscar más información de su médico tratante.
 - Obtener la siguiente información: Carga viral reciente, estado del tratamiento de origen, régimen de TAR actual, regímenes de TAR previos, historial y resultados de la prueba de resistencia ARV.
 - No demorar el inicio de la PPE mientras espera los resultados de la información.

 - **Es VIH negativo y se ha confirmado que está tomando la PrEP** según prescripción y adherencia, la PPE no está indicada ^[1].

- **Opta por no revelar su estado serológico ni someterse a una prueba del VIH:** Se debe brindar la PPE ^[15].
- **Si la persona fuente tiene VIH,** tomar en cuenta lo siguiente:
 - Se debe indicar la PPE a la persona expuesta:
 - si la fuente no está tomando TAR;
 - si la carga viral de la fuente no se conoce, o
 - si las cargas virales en el último año han sido, de bajo nivel o > de 1000 copias/ml.
 - Si la carga viral de la persona fuente en los últimos 6 meses ha sido indetectable y es adherente no se requiere la PPE para la persona expuesta, lo cual aplica solamente para exposiciones por relaciones sexuales consensuadas o que no haya agresión sexual. **No aplica para las exposiciones parenterales ni para exposiciones por leche materna.**
 - Si la persona expuesta solicita la PPE aun cuando la fuente es indetectable, se debe brindar la PPE y referir a consejería o especialista.

10.1.2.4 Pruebas de laboratorio de referencia en la evaluación inicial de la persona expuesta y fuente (si es posible)

Las evaluaciones clínicas y de laboratorio tanto de la persona fuente como de la persona expuesta tienen un papel importante en el manejo de la persona expuesta. En el Cuadro 6. se describen las pruebas de laboratorio a realizar para la persona expuesta y fuente en la consulta inicial.

IMPORTANTE: No se debe retrasar el inicio de la PPE mientras se espera los resultados de las pruebas de confirmación en la persona fuente y en la persona expuesta.

Cuadro 6. Pruebas de laboratorio de referencia para la persona expuesta y la fuente

Pruebas de laboratorio al inicio	Persona fuente	Personas adultas, adolescente o niño /niña expuesta
VIH	X	X
Hepatitis B Antígeno de superficie del VHB (AgHBs)	X	X [‡]
Hepatitis C Anticuerpos contra el VHC	X	X [†]
Creatinina y tasa de filtración glomerular (TFG)		Si TDF será parte de PPE
Sífilis* Serología para sífilis: Reagina Plasmática Rápida (RPR)	X	X

Clamidia y gonorrea (PCR según disponibilidad)	X	X
Prueba de embarazo		X
Hemoglobina o hemograma		Si AZT será parte de PPE
† Solo si hay alto riesgo de VHC, o si la fuente es positiva o desconocida. ‡ Puede omitirse si se sabe que la persona expuesta está protegida (inmunidad natural o vacunación) * Sólo si la exposición sexual		
Carga viral a persona fuente: Si no tiene carga viral reciente, según disponibilidad. Resistencia genotípica del VIH, para la persona fuente, si la carga viral está detectable, según disponibilidad.		

Fuente bibliográfica ^[13] ^[14] ^[15]

Las pruebas se realizarán en el establecimiento de salud de acuerdo a la capacidad instalada. Al no contar con este servicio en el establecimiento que se brinda la consulta inicial se debe tomar las muestras y referir al establecimiento que realice la prueba.

- **Prueba de VIH.** La prueba de VIH se debe realizar de acuerdo con la normativa de la consejería en VIH basada en riesgo y Algoritmo nacional diagnóstico de la infección del VIH vigente.

Con relación a la persona expuesta:

- Cuando la persona expuesta se niega a hacerse la prueba de VIH, se debe iniciar la PPE. Continuar dando consejería, para que la persona expuesta pueda tomar la decisión de hacerse la prueba de VIH y obtener un diagnóstico.
- Si el resultado de la prueba es positivo se debe referir y apoyar a la persona para la vinculación a la atención e inicio rápido de TAR.
- Si el resultado es No concluyente manejar según Algoritmo diagnóstico. Prover la PPE hasta esperar el resultado definitivo. Si el resultado es negativo continuar con la PPE y si el resultado es positivo suspender la PPE, referir y apoyar la vinculación a la atención e iniciar TAR.

Con relación a la persona fuente:

- Si el resultado de la prueba de VIH es positivo se debe referir y apoyar a la persona para la vinculación a la atención e inicio de TAR.
- ⊖ Si el resultado de la prueba es negativo, no hay factores de riesgo, sin datos de infección aguda no brindar la PPE a la persona expuesta.
- Si la persona fuente tiene resultado negativo, hacer revisión exhaustiva de factores epidemiológicos (conductas de riesgo continuo), evaluación de signos y síntomas de infección aguda, en el caso que se presente consultar al experto o mesa ARV.

La prueba del VIH debe realizarse en la consulta inicial, 4 semanas y 12 semanas para todas las personas que experimentan una exposición de alto riesgo, incluso si se rechaza la PPE.

- **Antígeno de superficie del virus de Hepatitis B (AgHBs).** Según nivel de complejidad del establecimiento de salud, se debe realizar o referir para la prueba AgHBs a la persona fuente y la persona expuesta.
 - Toda persona con un resultado de prueba de AgHBs reactivo no necesitan repetir la prueba de AgHBs.
 - Si el resultado de la prueba de AgHBs es negativo repetir en la semana 12, si la persona expuesta tiene ≥ 12 años
 - Las personas expuestas con un resultado de prueba anti-HBs reactivo no necesitan repetir una prueba de AgHBs.
- **Anticuerpo contra el virus de Hepatitis C (VHC).** Si los resultados son positivos referir o manejar según normativa nacional, vigente.
<https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=314>
 - Si la persona fuente tiene una serología o viremia conocida del VHC o un estado desconocido, la prueba de anticuerpos contra el VHC debe realizarse a la persona expuesta en la consulta inicial, así como 24 semanas después del resultado inicial de la prueba no reactiva.
 - Si la persona expuesta tiene serología positiva del VHC se debe realizar ARN del VHC para confirmar la infección crónica, en la prueba basal o a las 24 semanas, y, en tal caso, recibir tratamiento según normativa.
- **Prueba para diagnosticar y tratar la sífilis:** el manejo de la sífilis, debe realizarse según la normativa vigente. Para dar tiempo suficiente para que se desarrollen anticuerpos, es necesaria una visita de seguimiento adicional aproximadamente entre la semana 4 – 6 después de la última exposición sexual y realizar pruebas de seguimiento de sífilis.
- **Clamidia y gonorrea:** Para diagnosticar y tratar las ITS (diagnóstico sindrómico o pruebas diagnósticas de ITS, según *Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual*, vigente
- **Prueba de embarazo:** Como parte de los servicios integrales de PPE, se debe realizar a todas las mujeres en edad fértil expuestas al VIH las pruebas de embarazo en la consulta inicial y durante el seguimiento a las 4 semanas, independientemente del tipo de exposición ^[2].
 - Si la prueba es positiva se puede brindar la PPE. Referir y apoyar la vinculación a los servicios de atención prenatal.

- Si la prueba es negativa, en caso de exposición sexual indicar la anticoncepción de emergencia según criterios.
- **Creatinina y tasa de filtración glomerular (TFG):** Toda persona con deterioro en la función renal (con TFG de 50 ml/min por 1,73 m²), no se le debe indicar PPE basada en TDF.

Para la determinación de creatinina y TFG), se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar la prueba de función renal para detectar enfermedades renales preexistentes, mediante la medición de la tasa de filtración glomerular.
- La estimación del aclaramiento de creatinina debe realizarse según normativa vigente [18] o si el laboratorio no tiene capacidad para hacerlo, el personal médico puede usar la ecuación de Cockcroft-Gault, que se basa en la creatinina sérica (mg/dl), el sexo al nacer de la persona, su edad (años) y su peso corporal calculado (Kg). La ecuación de Cockcroft-Gault proporciona una estimación adecuada del aclaramiento de creatinina en las personas mayores de 12 años [17].

Fórmula para cálculo de filtración glomerular según sexo

MUJERES	HOMBRES
$\frac{\text{FG: (140-edad) X Peso (kg)}}{\text{Creatinina sérica (mg/dl) x 72}} \quad \text{X 0.85}$	$\frac{\text{FG: (140-edad}^\circ\text{) X Peso (kg)}}{\text{Creatinina sérica (mg/dl) x 72}} \quad \text{X 1}$
<p>° Edad en años</p> <p>En el caso de las personas transgénero, <u>el sexo al nacer hombre</u> se usa en la ecuación de Cockcroft-Gault si la persona en cuestión no sigue tratamiento hormonal. En las personas transgénero que lleven más de 3 meses bajo tratamiento hormonal, se puede usar el género actual.</p>	

Fuente bibliográfica [18]

El **Anexo 1**, resume quién es elegible para los diferentes tipos de PPE por VIH, Hepatitis B, ITS, tétanos y anticoncepción de emergencia, según los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

10.1.3 Prescripción e inicio de la PPE al VIH

10.1.3.1 Prescripción de la PPE según evaluación de criterios de elegibilidad

En el cuadro 7 se hace un resumen sobre cuando prescribir o no la profilaxis a exposiciones de riesgo a la infección del VIH, tomando en cuenta los resultados obtenidos de la evaluación de los criterios de elegibilidad.

Cuadro 7. Prescripción de la PPE según la evaluación de criterios de elegibilidad

Elegibilidad según estado de la persona expuesta		Elegibilidad de la PPE según estado de la persona fuente	
Prescribir la PPE, <i>si la persona expuesta</i>	No prescribir PPE, <i>si la persona expuesta</i>	Prescribir la PPE, <i>si la persona fuente</i>	No prescribir la PPE <i>si la persona fuente</i>
<ul style="list-style-type: none"> No tiene VIH Toma PrEP, y: <ul style="list-style-type: none"> ha comenzado recientemente a tomarla (menos de 7 días de estar en PrEP con modalidad diaria) o toma PrEP-AD y la exposición ocurrió después de las 48 horas de haber tomado la dosis doble. ha estado tomando la PrEP de manera inconsistente o no tomó la PrEP durante la semana anterior (7 días antes) a la exposición reciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiene VIH Sigue plenamente un régimen diario de PrEP como se le prescribe y es adherente. 	<ul style="list-style-type: none"> No está disponible o se desconoce. No acepta realizarse la prueba de VIH. VIH positivo con carga viral detectable. Es VIH negativo, con conductas de riesgo continuo y de riesgo reciente (últimos 3 meses), pertenece a un grupo de población clave o es pareja sexual de una persona con VIH (pareja serodiscordante). VIH negativo, se ha confirmado que toma PrEP de forma inconsistente, no adherente Diagnostico reciente de la infección por VIH, en TAR menos de 6 meses o 1 año, carga viral recientes > 50 copias/ml, antecedentes de pérdida de seguimiento y abandono al TAR en el último año. Tiene virus con resistencia subyacente conocida a los componentes de un régimen de PrEP (tenofovir (TDF) o emtricitabina (FTC)) 	<ul style="list-style-type: none"> VIH positivo y carga viral no detectable en el último año y adherente a TAR. VIH negativo, sin antecedentes ni evidencia actual de infección aguda por VIH, ni antecedentes de una exposición reciente de alto riesgo, no pertenece a grupo de población clave. VIH negativo y se ha confirmado que está tomando la PrEP en modalidad diaria según prescripción y adherencia

Fuente bibliográfica ^[1] ^[13] ^[19]

10.1.3.2 Esquema básico y alternativos de PPE al VIH para personas adultas y adolescentes

Cuadro 8. Esquemas de la PPE contra el VIH para personas adultas y adolescentes

ESQUEMA BÁSICO	ESQUEMAS ALTERNATIVOS
<p>Tenofovir diproxil fumarato (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg + Dolutegravir (DTG) 50 mg una vez al día x 28 días como combinación de dosis fija.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenofovir diproxil fumarato (TDF) 300 mg + emtricitabina (FTC) 200 mg VO una vez al día durante 28 días + Dolutegravir (DTG) 50 mg VO una vez al día durante 28 días.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tenofovir diproxil fumarato (TDF) 300 mg + emtricitabina (FTC) 200 mg VO una vez al día durante 28 días + Raltegravir (RAL) 400 mg VO dos veces al día durante 28 días.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tenofovir diproxil fumarato (TDF) 300 mg + emtricitabina (FTC) 200 mg VO una vez al día durante 28 días + Darunavir 800 mg/100mg de Ritonavir 1 vez al día por 28 días.

Fuente bibliográfica ^[1] ^[2]

Se debe referir a especialista si se requiere esquema alternativo.

Los medicamentos están disponibles en los ES donde se brinda la PPE.

10.1.3.3 Consideraciones sobre la PPE para VIH

- No se diferencia el esquema de tratamiento según el tipo de exposición.
- No se debe continuar la PPE si se ha suspendido la misma por tres días o más.
- Los efectos secundarios son leves y de corta duración, los más frecuentes son los siguientes: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, fatiga y cefalea. En el cuadro 9 se describen los efectos secundarios comunes de los medicamentos de la PPE. Para mayor información sobre los efectos adversos, ver Anexo 7. Efectos adversos más comunes por ARV y Anexo 8. Efectos adversos graves asociados al TAR del *Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana*.

Cuadro 9. Efectos secundarios comunes de los medicamentos antirretrovirales

Medicamento	Efectos secundarios
Tenofovir (TDF)	Cefalea, diarrea, náuseas, vómitos, flatulencia. Nefrotoxicidad: evitar en personas con enfermedad renal preexistente.
Lamivudina (3TC)	Toxicidad mínima: Cefalea, diarrea, náuseas, vomito, dolor abdominal.
Dolutegravir (DTG)	Insomnio ocasional. Informar si toma anticonvulsivantes y/o antifúngicos
Emtricitabina (FTC)	Toxicidad mínima: Dolor abdominal, diarrea, cefalea
Zidovudina (AZT)	Náuseas, vómitos, cefalea, insomnio, fatiga, anemia.
Darunavir (DRV) / Ritonavir (RTV)	Afectaciones de piel, náuseas, diarrea, cefalea, alteraciones hepáticas, disminución de la eficacia de los medicamentos anticonceptivos.

Fuente bibliográfica ^[10] ^[14]

- Dependiendo de la probabilidad de qué agente es más probable que cause efectos secundarios específicos, el consejo puede ser suspender el Dolutegravir (DTG) y considerar agentes alternativos, ver Cuadro 8.
- Si se presentan reacciones adversas leve a los ARV se debe manejar según sintomatología, discutirlo con la persona y dar mayor seguimiento. Al presentar reacciones adversas a ARV se debe notificar al sistema de farmacovigilancia, con el llenado de la *Ficha de notificación de sospecha de reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos FOR-FV-05* [20], vigente.
- En el caso de hipersensibilidad severa, previa o reacción alérgica a cualquiera de los tres medicamentos Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) o Dolutegravir (DTG), intolerancia/anafilaxia previa a los medicamentos, se debe suspender la PPE y manejar el cuadro.
- Si tenofovir diproxil fumarato (TDF) está contraindicado o si se sabe que la persona fuente está fallando con un régimen basado en TDF, reemplazar tenofovir (TDF) y emtricitabina (FTC), de acuerdo al siguiente esquema alternativo:

Zidovudina (AZT) 300 mg VO cada 12 horas + Lamivudina (3TC) 150 mg VO cada 12 horas + Dolutegravir (DTG) 50 mg una vez al día x 28 días

- Revise los resultados iniciales de las pruebas de laboratorio para identificar la necesidad de ajustar la dosis de medicamentos ARV para la insuficiencia renal o elegir un régimen alternativo. No es necesario ajustar la dosis de ninguno de los medicamentos PPE recomendados en caso de insuficiencia hepática.

Esquema alternativo en caso de insuficiencia renal con TFG <50mL/min:

Abacavir (ABC) 300 mg VO cada 12 horas + Lamivudina (3TC) 150 mg VO cada 24 horas + Dolutegravir (DTG) 50 mg una vez al día x 28 días

o

Zidovudina (AZT) 300 mg VO cada 12 horas + Lamivudina (3TC) 150 mg VO cada 24 horas + Dolutegravir (DTG) 50 mg una vez al día x 28 días

- o Si TFG es menor de 10, la Lamivudina (3TC) debe darse de 25 a 50 mg diario.
- o TFG entre 10 y 50 dar Lamivudina (3TC) 150 mg cada día.

Ver **Anexo 5**, para mayor información sobre los otros medicamentos.

- Puede haber implicaciones para las personas que reciben PPE del VIH que contiene TDF si también son AgHBs positivos. **La suspensión de TDF al finalizar el régimen de PPE debe discutirse con un experto.** La evaluación del estado respecto a la infección por VHB no debe ser una condición previa para ofrecer la PPE que incluya TDF, 3TC o FTC.
- Si la persona se detecta VHB, se debe iniciar la PPE y referir a especialista en infectología.
- El Tenofovir diproxil fumarato (TDF) no se recomienda en personas con aclaramiento de creatinina menor de **50mL/min**. Determinar los ajustes de dosis para personas con aclaramiento de creatinina TFG basal <50 ml / min, según *Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana*³ [21], vigente.
- Si la persona fuente tiene VIH y con resistencia documentada al VIH, el esquema que hay que prescribir a la persona expuesta debe ser según la resistencia de la fuente, mientras se tienen los resultados de investigación se debe indicar el esquema preferido de PPE. Si la persona fuente tiene resistencia con genotipaje desconocido se debe prescribir la PPE a la persona expuesta.
- **Se puede ofrecer la PPE durante el embarazo y la lactancia**, para proteger a la madre y a su bebé por nacer. Ninguno de los agentes para la PPE del VIH, el VHB o el tétanos está contraindicado para las mujeres embarazadas y lactantes. Los riesgos y beneficios de continuar con la lactancia materna mientras se desconoce el riesgo de transmisión del VIH deben discutirse con la madre.

³ Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana: <https://salud.gob.hn/sshome/index.php/normalizacion#manual>

- Las personas que se presentan para PPE uno o más veces en los últimos 6 meses y que están en **riesgo continuo de exposición al VIH** que requerirían ciclos secuenciales o casi continuos de PPE se les debe ofrecer la PrEP al finalizar su ciclo de medicación de PPE.
 - Se puede iniciar la PrEP de inmediato, a los 28 días de finalizar la PPE, si los resultados en las pruebas de detección del VIH siguen siendo negativos y si sigue existiendo un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH ^[1]. Si la persona no acepta la PrEP, se debe referir a consejería.
 - Si la PPE no está indicada para la exposición actual, ofrezca el inicio de la PrEP.
- **Personas expuestas que toman PrEP:**
 - Si la persona expuesta sigue plenamente un régimen diario de PrEP como se le prescribe, **no necesitan la PPE**, si tienen una exposición mientras toman la PrEP ^[1].
 - Se debe indicar la PPE a las personas expuestas que toman PrEP, si:
 - han comenzado recientemente (menos de 7 días) a tomar la PrEP;
 - han estado tomando la PrEP de manera inconsistente;
 - no lo tomaron durante la semana anterior (7 días antes) a la exposición reciente.
 - Toma PrEP-AD y la exposición ocurrió después de las 48 horas de haber tomado la dosis doble.

También se debe indicar la PPE si la fuente tiene virus con resistencia subyacente conocida a los componentes de un régimen de PrEP (tenofovir o emtricitabina), y particularmente si la carga viral de la persona fuente no tiene supresión viral o no es indetectable.

 - Si, después de completar el régimen de PPE de 28 días, se confirma que la persona no está infectada por VIH, se debe evaluar cualquier barrera previamente experimentada para la adherencia a la PrEP y, si se aborda, se puede reiniciar un régimen de PrEP ^{[1] [14] [15]}.
- **Consideraciones sobre las personas que tienen exposiciones mientras están tomando la PPE:**
 - Si las personas expuestas tienen **una o más exposición sexual** potencialmente infectante mientras están tomando la PPE entre los **días 21 al 28**, se les debe **prescribir la PPE durante siete días adicionales**, indicándoles la necesidad que durante estos 7 días usen condón en todas las relaciones sexuales o evitarlas. Al finalizar los siete días ofrecer y brindar la PrEP si la persona cumple con criterios de elegibilidad para PrEP.

- Si las personas expuestas tienen **una o más exposición parenteral o membrana mucosa antes de los 21 días** se debe continuar con la PPE recetada durante **28 días adicionales a la fecha de la última exposición** ^[15].

Aspectos específicos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

- Si la persona expuesta es un **hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre**, y tiene una exposición al riesgo **entre el día 1 al 26** de finalizar el curso de PPE, se debe indicar que complete los 28 días. (No se le debe prorrogar o adicionar más días con la PPE).
- Si la persona expuesta es un **hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre**, y tiene una exposición al riesgo **entre el día 27 al 28** de finalizar el ciclo de PPE, se le debe indicar tomar PPE 2 días más, asegurando que estos dos días no tenga relaciones sexuales anales sin condón antes de suspender la PPE ^[15].

En cualquiera de los casos anteriormente expuestos, se debe hacer la evaluación del riesgo de la exposición previa a ampliar el esquema.

10.1.3.4 Esquema básico y alternativo de PPE a niños y niñas

En el Cuadro 10, se describe el esquema básico y alternativo de la PPE al VIH para niños y niñas menores de 10 años.

Cuadro 10. Régimen ARV PPE para niños y niñas

Edad	Esquema básico	Alternativo
< 10 años	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
		Abacavir (ABC) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
≥ 10 años	Tenofovir diproxil fumarato (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG) (TLD)	Tenofovir (TDF) + emtricitabina (FTC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r)

- Ver en el Cuadro 11, las dosis según el peso de los y las niñas.
- Adolescentes ≥ 10 años y con un peso ≥ 35 kg o más pueden usar TLD.
- En niños < 35 kg o incapaces de tragar comprimidos, dar opciones en líquidos.
- Se puede identificar un tercer agente alternativo apropiado para la edad entre Atazanavir/ritonavir (ATV/r) y Darunavir (DRV). Donde esté disponible Raltegravir (RAL), puede usarse en niños o niñas mayores de dos años si Lopinavir/ritonavir (LPV/r) es mal tolerado.

- Es imperativo que la primera dosis de PPE se administre lo antes posible idealmente dentro de las 2 primeras horas y no más de las 72 horas de la exposición. Se recomienda continuar con el tratamiento PPE durante 28 días.
- Si se ha suspendido el tratamiento 3 días o más no reiniciar la PPE.
- Recién nacidos y lactantes expuestos por transmisión materno-infantil, deben ser manejados tomando en cuenta otros criterios, según normativa vigente.

Fuente bibliográfica ^[1] ^[2]

Cuadro 11. Dosis de los ARV según peso

Antirretrovirales	Dosis	
Dolutegravir	3 – 6 kg:	5 mg día
	6 – 10 kg:	15 mg día
	10 – 14 kg:	20mg día
	14 – 20 kg:	25 mg día
	>20 kg:	50 mg día
Coformulación AZT/3TC 60/30 TAB dispensable ranurada Cálculo de superficie corporal (SC) en m ² : – Sc <10 Kg Sc = [peso (Kg) x 4] + 9/100 – Sc >10 Kg Sc = [peso (Kg) x 4 + 7 / [peso (Kg) + 90]	3 – 5.9 kg:	1 tableta cada 12 horas
	6 – 9.9 kg:	1 ½ tableta cada 12 horas
	10 – 13 kg:	2 tabletas cada 12 horas
	14 – 19.9 kg:	2 ½ tabletas cada 12 horas
	20 – 24.9 kg:	3 tabletas cada 12 horas
	25 – 34.9 kg:	2 cápsulas de AZT de 100 mg cada 12 horas + 3TC en FCO
	40 kg en adelante:	DUOVIR 1 tableta cada 12 horas
Abacavir (ABC) / Lamivudina (3TC) Tabletas dispensables 120 mg/60 mg	3 – <6 kg:	0.5 (am), 0.5 (pm)
	6 – <10 kg:	0.5 (am), 1 (pm)
	10 – <14 kg:	1 (am), 1 (pm)
	14 – <20 kg:	1 (am), 1.5 (pm)
	20 – <25 kg:	1.5 (am), 1.5 (pm)

Fuente bibliográfica ^[22]

10.1.3.5 Acciones para la prescripción de la PPE

- Evaluar siempre las comorbilidades subyacentes y las posibles interacciones farmacológicas antes de prescribir, ver Anexo 4.
- **A todas las personas, proporcione el suministro de medicamentos para 28 días en la consulta inicial** ^[1] ^[2]. Se deben de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:
 - Disponibilidad del establecimiento de salud donde se realiza la evaluación inicial, para almacenar. (Emergencias, Servicios de atención integral (SAI), otros)
 - En caso de personas hospitalizadas se debe brindar la PPE diariamente mientras está hospitalizada y al dar de alta proporcionar 7 días de la PPE con cita al servicio donde se le proporcionará la PPE restante para completar los 28 días y el seguimiento correspondiente.

- Evaluar la capacidad y acceso de la persona para asistir a las consultas subsiguientes.
 - Identificar de forma individual las características o factores de cada persona que pueden influir en la falta de adherencia o incumplimiento del tratamiento.
 - Hacer un plan de seguimiento acorde a las necesidades y características de cada persona.
 - Cuando sea necesario y según disponibilidad, ofrecer apoyo vía teléfono para dar seguimiento a la adherencia al tratamiento, con previo consentimiento de la persona.
 - Proporcionar material de apoyo con información sobre la toma del tratamiento, adherencia, las consultas de seguimiento, según disponibilidad.
- **Organice el plan del seguimiento médico y de pruebas de laboratorio** apropiado para la persona expuesta, particularmente si la evaluación inicial y el tratamiento se realizó en una emergencia u otro establecimiento de salud.
 - Según disponibilidad, medio de comunicación, solicite el consentimiento de la persona expuesta, para llamarla dentro de las 24 horas para abordar los efectos adversos o para evaluar síntomas de la infección aguda.
 - Informar u orientar a la persona expuesta sobre el "período de ventana" de la infección por VIH y la importancia de las pruebas seriadas del VIH para evitar un resultado falso negativo durante las primeras etapas de la infección. Explicar a la vez la importancia del seguimiento clínico, incluyendo ITS y pruebas de embarazo.
 - Informe a las personas expuestas sobre los posibles síntomas de la infección aguda de VIH, con la recomendación de acudir urgentemente a consulta si se presentan estos u otros síntomas. Es importante también para la persona fuente.
- **Brinde consejería para la adherencia a la PPE**
 - Enfatique la necesidad de tomar todas las dosis de medicamentos de PPE según las indicaciones y completar los 28 días de PPE a menos que se indique lo contrario.
 - Explique adecuadamente a la persona expuesta los efectos secundarios de cada medicamento y cómo manejarlos. Enfatique que los posibles efectos secundarios son leves y de corta duración.
 - Evalúe la capacidad de la persona para obtener el medicamento necesario para completar 28 días de PPE.
 - Asegúrese de que la persona entienda que, si se omite una dosis de medicamentos PPE, no es necesaria una dosis "doble". En cambio, si se olvida la dosis en un momento específico, se puede tomar tan pronto como se recuerde dentro de las primeras 18 horas de la dosis correspondiente al día programada.
 - Aconseje lo siguiente, en caso de olvidar tomar la(s) dosis(es) de PPE:

- Tome la siguiente dosis lo antes posible, a menos que sea hora de la siguiente dosis.
- Si es hora de la próxima dosis, omita la dosis olvidada y vuelva al horario regular.
- No tome una dosis doble para compensar las dosis olvidadas.
- Si la interrupción de la PPE (durante menos de 72 horas desde la última dosis olvidada) está relacionada con efectos secundarios, busque atención especializada urgente.
- **Enfatice que, si han transcurrido 3 días o más desde la última dosis, se debe suspender la PPE e informar al personal médico tratante.**
- Recomiende y brinde orientación a la persona sobre la adopción de prácticas de reducción de riesgos (incluidos condones para las relaciones sexuales vaginales y anales, elegir la abstinencia sexual, entre otros) hasta que se complete la prueba final del VIH después de completar la PPE. Así como el evitar el embarazo, la lactancia materna y abstenerse de donar sangre.
- Disponibilidad de apoyo psicosocial o referencia cuando proceda.
- Informe a la persona que puede estar en riesgo de transmitir el VIH y brinde orientación sobre las medidas que se pueden tomar para reducir el riesgo de transmisión posterior.
- Opción para la transición de PPE directamente a PrEP para las personas en riesgo continuo.

10.1.4 Profilaxis para la prevención de hepatitis B, hepatitis C, otras ITS y enfermedad del tétanos

10.1.4.1 Profilaxis posterior a la exposición para la prevención del VHB

Dado que el riesgo de transmitir el VHB y el VHC es mayor que el riesgo de transmitir el VIH en la mayoría de los casos de exposición, investigar y gestionar las exposiciones concomitantes es una parte clave del paquete de atención.

- Se debe evaluar la vacunación previa contra el VHB y ofrecer la vacuna, si es necesario, de acuerdo a normativa de vacunación.
- La inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) protege mediante inmunización pasiva si se administra poco después de la exposición y debe administrarse a personas no vacunadas o parcialmente vacunadas.
- Si la persona expuesta o la persona fuente dan positivo en AgHBs en las pruebas de seguimiento debe ser remitido para una evaluación.

La PPE para VHB está indicada tras la exposición a sangre o fluidos corporales de una fuente conocida o potencial de AgHBs positivo si:

- la persona expuesta no tiene anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B (AbHBs) protector ≥ 10 mUI/mL,

- sí se desconoce el estado de AbHBs y las pruebas retrasaran la administración de la vacuna contra el VHB o la IGHB en más de 24 horas.

NO hay necesidad de investigación e intervención terapéutica si la persona expuesta:

- Tiene infección por VHB en el momento de la exposición.
- Fue vacunado con buena respuesta conocida.
- Si la fuente es AgHBs negativa, incluso si la persona expuesta no está vacunada o desconoce su estado de vacunación. Refiera a las personas fuentes para que se hagan pruebas y se vacunen.

Consideraciones para la prescripción de la profilaxis a la exposición por VHB

- La vacuna debe administrarse según el Esquema de vacunación de Hepatitis B. Ver Anexo 6.
- Idealmente, se debe administrar la primera dosis de la vacuna contra el VHB dentro de las 24 horas posteriores a la exposición. La IGHB debe administrarse tan pronto como sea posible después de la exposición, idealmente dentro de los 7 días y no más tarde de 14 días. Las vacunas IGHB y VHB deben administrarse en diferentes sitios en la persona expuesta.
- Se debe iniciar la serie de vacunas contra el VHB en personas expuestas con la primera dosis administrada durante la evaluación inicial. No se debe retrasar la decisión de vacunar mientras se realizan pruebas de anticuerpos de superficie contra la hepatitis B (anti-HB) para personas que se sabe que no son inmunes o cuyo estado serológico es desconocido.
- Administrar IGHB e iniciar la serie de vacunas contra el VHB en personas expuestas de una fuente con infección aguda o crónica conocida por VHB si el estado inmunitario de la persona expuesta es desconocido o no inmune.
- Se debe iniciar la serie de vacunas contra el VHB si la fuente no está disponible para la prueba y el estado de la persona expuesta es desconocido o no inmune.
- Si la persona fuente está en riesgo continuo de infección por VHB, se debe proceder como si la fuente fuera AgHBs positiva.
- Si la fuente es negativa, entonces no es necesaria ninguna otra acción ^[14].

Figura 3. Manejo de personas expuestas al VHB con relación al estado de la hepatitis B de la fuente

Estado de la hepatitis B de la persona fuente ↓	Estado de vacunación y respuesta de anticuerpos de la persona expuesta	
		<ul style="list-style-type: none"> No vacunado No está seguro si está vacunado Vacunación incompleta Vacunado, pero con AbHbs < 10 mUI/ml o nivel desconocido
AgHbs positivo o AgHbs desconocido	<ul style="list-style-type: none"> Vacuna contra la hepatitis B (3 dosis a los intervalos mensuales, según anexo 6) IGHB, IM, 500 unidades 	NO tratamiento
AgHbs negativo	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar/completar/repetir vacunación VHB según anexo 6. 	No tratamiento

Fuente bibliográfica [13] [23]

Consideraciones de la profilaxis de HB y HC en niños y niñas:

- Verificar el carnet que tenga las 3 dosis de vacunas VHB.
- AgHbs y VHC basal y control a los 6 meses.

10.1.4.2 Profilaxis posterior a la infección para la prevención del VHC

Actualmente no existe ninguna vacuna contra el VHC. Si se sabe que la fuente es VHC negativa, no es necesario realizar un seguimiento de la persona expuesta para detectar el VHC, pero se le puede realizar una prueba inicial para evaluar su estado de VHC.

La **infección reciente por el virus de la hepatitis C**: se demuestra mediante:

- una prueba positiva de ARN o del antígeno del VHC en una persona que obtuvo un resultado negativo del anticuerpo, el ARN o el antígeno durante el año anterior (incluidos los casos en los cuales esto representa una reinfección);
- una prueba positiva de ARN o del antígeno del VHC **y, además**, una prueba actual negativa de anticuerpos contra el VHC; y
- una prueba positiva de anticuerpos, ARN o antígeno **y, además**, síntomas clínicos de hepatitis aguda en el curso del año anterior [8].

Si la fuente es VHC positiva o desconocida, se debe realizar una prueba de anticuerpos contra el VHC (AbVHC) a la persona expuesta al inicio del estudio con una PCR de seguimiento del VHC 6 meses después de la exposición.

10.1.4.3 Profilaxis posterior a la exposición para la prevención de ITS

- Se debe realizar un examen exhaustivo a la persona expuesta en la consulta inicial, con una visita de seguimiento aproximadamente una semana después de la exposición sexual para permitir tiempo suficiente para que se incuben las infecciones.
- **Profilaxis para Chlamydia, Gonorrea, Sífilis, Chancro Blando y Trichomonas en personas adultas con exposición sexual**

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

Fuente bibliográfica ^[24]

- También se puede dar profilaxis para la gonorrea con cefixima 800 mg dosis única. (Este medicamento está fuera de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales)
- En personas con antecedentes confiables de alergia tipo I a la penicilina, Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (NET) y anemia hemolítica por penicilinas, no administrar ceftriaxona y hacer control con RPR en la atención posterior (seguimiento). Por tanto, administrar exclusivamente azitromicina y tinidazol o metronidazol e indicar la vacuna para Hepatitis B y VPH si corresponde ^[24].
- 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 Benzatínica 2.4 MUI IM.
- En embarazadas el tratamiento de elección es Penicilina G Benzatínica 2.4 MUI IM. Pueden ser tratadas también con 2 g de Metronidazol en dosis única después del primer trimestre del embarazo independientemente del período de gestación.

- **Profilaxis para Chlamydia, Gonorrea y Trichomonas**

Esquema para niños y niñas menores de 40 kg	Esquema para niños y niñas con peso mayor de 40 kilos
Ceftriaxona 125 mg en dosis única, IM MÁS Azitromicina 20 mg / Kg en dosis única VO MÁS Tinidazol o Metronidazol 50 mg/Kg en dosis única por VO	Ceftriaxona 250 mg en dosis única, IM MÁS Azitromicina 1 gr en dosis única VO MÁS Tinidazol o Metronidazol 2 gr/Kg en dosis única por VO
<ul style="list-style-type: none"> ○ De no disponer de tinidazol, prescribir metronidazol 15 mg/kg cada 8 hrs. por 7 días por vía oral (VO). ○ En casos de niñas y niños menores de 3 años, no utilizar tinidazol, indicar metronidazol. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ En caso de adolescentes cursando el primer trimestre de embarazo no debe indicarse metronidazol. ○ Para la profilaxis para gonorrea se puede dar también cefixima en menores de 12 años a 8 mg/kg dosis única (dosis máxima 400), y en mayores de 12 años 400 mg dosis única. (Este medicamento está fuera de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales)

Fuente bibliográfica ^[24]

Es necesario tener en cuenta las recomendaciones del Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual ^[24], vigente, según sea requerido.

10.1.4.4 Profilaxis posterior a la exposición para la prevención de embarazo

Anticoncepción de emergencia:

- **Píldoras anticonceptivas de emergencia con levonorgestrel**

Las píldoras anticonceptivas de emergencia con levonorgestrel tiene 2 presentaciones en una dosis única de 1,5 mg, o bien dos dosis de levonorgestrel de 0.75 mg separadas por 12 horas ^[7].

Tipo de píldora y hormona	formulación	Píldoras a ingerir	
		al inicio	12 horas después
LEVONORGESTREL	1.5 mg	1	0
	0.75 mg	1	1

Fuente bibliográfica ^[7]

Si se cuenta con la presentación de 1.5 mg de levonorgestrel debe de tomar 1 sola tableta en los primeros 5 días después de la relación sexual de riesgo, si cuenta con la presentación de 0.75 mg, debe de tomar una tableta y 12 horas después la segunda tableta.

- **Píldoras anticonceptivas de emergencia con acetato de ulipristal** (*También llamadas píldoras del día después, anticonceptivos poscoitales*)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia con acetato de ulipristal tiene una sola presentación de dosis única de 30 mg. Son eficaz para prevenir el embarazo dentro de las 120 horas (5 días) posteriores a una relación sexual sin protección.

Tipo de píldora y hormona	Formulación	Píldoras a ingerir	
		al inicio	12 horas después
ACETATO DE ULIPRISTAL	30 mg	1	0

Fuente bibliográfica ^[7]

Se debe de tomar 1 sola tableta en los primeros 5 días después de la relación sexual de riesgo.

Consideraciones sobre la anticoncepción de emergencia

- Debe tomarse lo antes posible y no más tarde de cinco días después de las relaciones sexuales sin protección.
- Se puede utilizar en cualquier momento del ciclo menstrual.
- Se debe ofrecer anticoncepción de emergencia a todas las mujeres en edad fértil que hayan tenido relaciones sexuales sin protección y que:
 - no está embarazada, y
 - no cubiertos por otros métodos anticonceptivos,
- Todas las mujeres tienen que abstenerse de mantener relaciones sexuales o bien usar un método de respaldo (abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas coito interrumpido) durante los 7 primeros días de uso de su método anticonceptivo.
- Se puede comenzar o reanudar cualquier método anticonceptivo inmediatamente después de tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia. No es necesario esperar a la próxima menstruación ^[7].
- La anticoncepción de emergencia no es 100% efectiva, por lo que es necesario repetir la prueba de embarazo si no se ha producido un sangrado menstrual normal dentro de las cuatro semanas posteriores a la exposición sexual sin protección.

10.1.4.5 Profilaxis posterior a exposición para la prevención del tétanos

A las personas que tengan heridas como abrasiones, cortes o mordeduras se les debe preguntar sobre su estado de vacunación contra el tétanos y se les debe ofrecer la vacuna, si corresponde. Ver Cuadro 12.

Cuadro 12. Esquema de vacunación contra el tétanos

Estado de vacunación	Herida limpia y pequeñas		Todas las otras heridas	
	Td	IGT	Td	IGT
Desconocida o menor de 3 dosis	SI	NO	SI	SI
3 dosis o más (<i>demostrado</i>)	NO*	NO	NO**	NO
<p>* Se debe administrar si la última dosis se recibió hace más de 10 años. ** Se debe administrar si la última dosis se recibió hace más de 5 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas las heridas: incluye, entre otras, heridas contaminadas con suciedad, heces, tierra y saliva; heridas punzantes; avulsiones; y heridas resultantes de proyectiles, aplastamientos, quemaduras y congelaciones. • Las personas con infección por VIH o inmunodeficiencia grave que tienen heridas contaminadas (incluidas heridas menores) también deben recibir IGT, independientemente de su historial de vacunas contra el tétanos. 				

Fuente bibliográfica ^[23]

10.2 PASO 2. Consultas de seguimiento

En cada visita de seguimiento, se deben abordar los siguientes aspectos:

- Evaluación de signos o síntomas de una posible infección aguda por el VIH. Haga hincapié en la necesidad de atención médica inmediata si se presentan estos síntomas.
- Evaluación de efectos secundarios brindar consejería y apoyo para la adherencia, y volver a evaluar cualquier posible interacción con los medicamentos.
- Reforzar la importancia de regresar a todas las citas de seguimiento.
- Manejar la ansiedad y brindar otro apoyo psicosocial según se indique.
- Brindar apoyo específico o referir en casos de agresión sexual.
- Aconsejar nuevamente sobre la importancia de las intervenciones de reducción de riesgos, hasta que se confirme el estado final de la infección.
- Según el tipo de exposición, realizar las pruebas de laboratorio de seguimiento pertinentes. Ver Cuadro 13.
- Si la persona expuesta o fuente tienen resultado positivo para alguna condición, vincularlo al tratamiento y atención ^[14].

Cuadro 13. Periodicidad de las evaluaciones clínicas y pruebas de laboratorio de la PPE

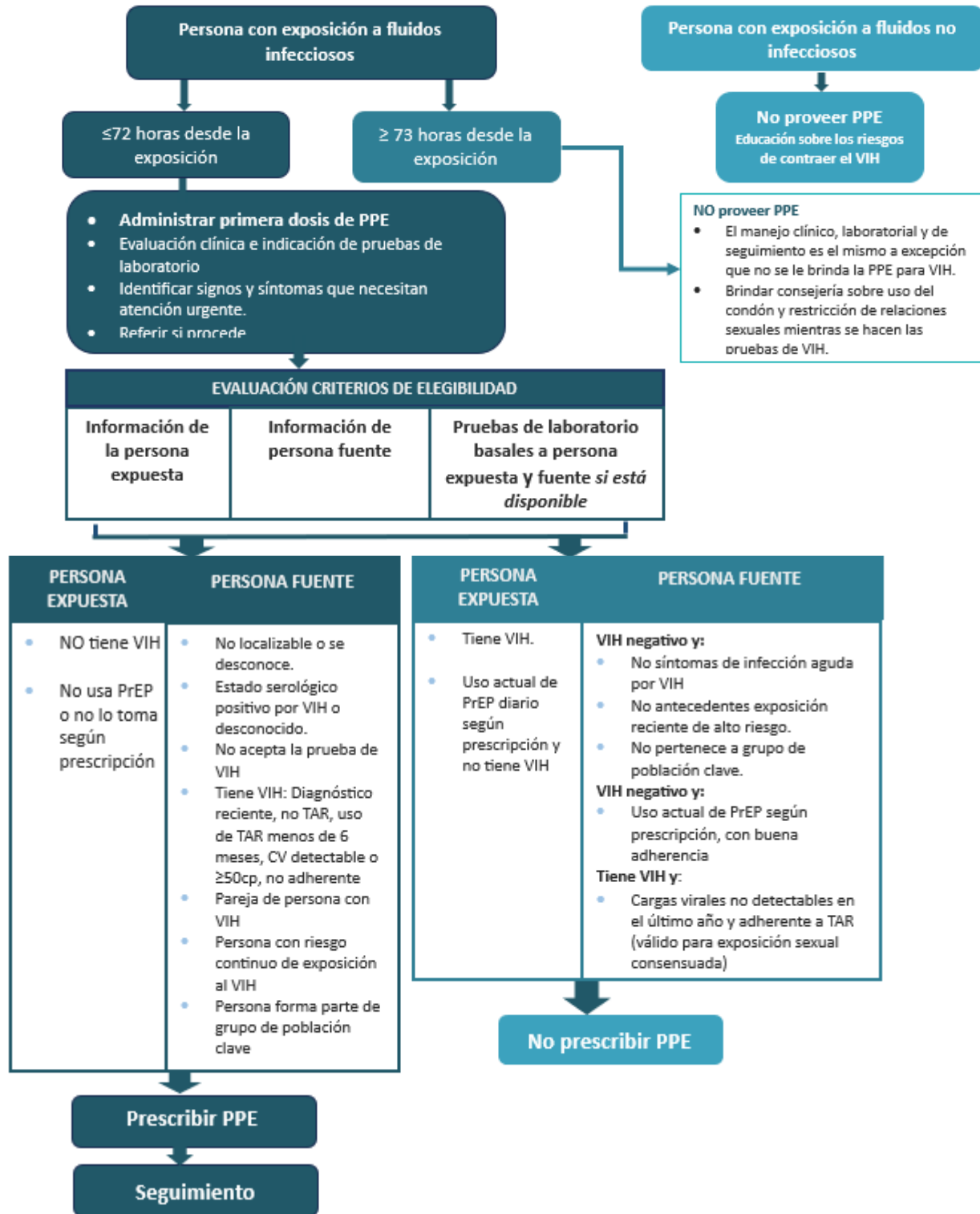
Monitoreo de prueba o actividad	Basal	48 horas	Semana 1 (7 días)	Semana 4	Semana 12	Semana 24
Consulta inicial	X					
Consultas de seguimiento		X	X	X	X	
Prueba de VIH	X			X	X	X Repetir si prueba de VHC sale positiva
Hepatitis B (AgHBs)	X				Si la persona es ≥ 12 años	
Hepatitis C Anticuerpo contra el VHC (<i>no reactiva</i>)	X					X
ARN del VHC (<i>si sale positivo la serología de VHC</i>)	X					X
Prueba de embarazo	X			X*		
Sífilis (RPR)	X			X		
Clamidia, gonorrea (PCR según disponibilidad)	X			X		
Determinación de la creatinina y TFG en los casos que proceda.	X					

Fuente bibliográfica ^[14] ^[24]

*Repetir la prueba de embarazo si el período menstrual normal no ocurrió dentro de las 4 semanas posteriores a la exposición.

11. Herramientas de aplicabilidad

11.1 Algoritmo de atención para profilaxis posterior a la exposición



Fuente bibliográfica [1] [2] [14]

12. Referencia y respuesta

- Todo establecimiento de salud donde se brinde el servicio de PPE, debe contar con mecanismos de referencia y respuesta que permita dar una atención oportuna, integral y continua, con la aplicación de los procedimientos, formatos e instrumentos establecidos en los *Lineamientos de referencia y respuesta del Sistema Nacional de la Salud* ^[25], vigente.
- Establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, para identificar los servicios disponibles para la atención especializada y oportuna, con énfasis en el manejo de personas víctimas de violencia sexual.
- Disponer de procesos de referencia y respuesta internos con otras instituciones o actores competentes ^[16].
- Mantener actualizado el directorio telefónico con contactos clave de las instituciones de apoyo social y legal ^[16].
- De acuerdo al nivel de complejidad, coordinar la referencia y respuesta de los siguientes servicios: hospitales, servicios de atención integral (SAI), salud sexual reproductiva, laboratorios, servicios de pruebas de VIH, PrEP, ITS, psicología, psiquiatría, entre otros.
- Valorar la necesidad de referencia y respuesta en cada parte del proceso de atención de la PPE: evaluación inicial, consejería, prescripción, seguimiento.
- Cuando una persona expuesta presenta lesiones graves o potencialmente mortales, el establecimiento de salud debe 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 ^[16].

13. Bibliografía

- [1] World Health Organization, *Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis*, Geneva , 2024.
- [2] World Health Organization, *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*, Geneva, 2021.
- [3] Congreso Nacional República de Honduras, Código del Trabajo. Decreto Número 189- 59, Tegucigalpa M.D.C., 1 de junio de 1959
https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/codigo_de_trabajo.pdf.
- [4] República de Honduras, Ley Especial de VIH/SIDA y Reformas 2015, Tegucigalpa, M.D.C., 29 de mayo de 2015 <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-tecnologica-de-honduras/codigo-del-trabajo/ley-de-vih-reforma-y-reglamento/82991698>.
- [5] República de Honduras, Reglamento de la Ley Especial de VIH y SIDA y sus Reformas del 2015, Tegucigalpa, M.D.C., 12 de noviembre del 2021
https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/Acuerdo_Ejecutivo_numero_001-2021.pdf.
- [6] GESIDA/SEFH/PNS, Documento de consenso. Para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral (Actualización febrero de 2020), 2020.
- [7] Secretaría de Salud, Manual para la atención en planificación familiar M28:2024, Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A., marzo 2024.
- [8] Organización Panamericana de la Salud, Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave, Washington, DC: OPS, 2023.
- [9] Organización Mundial de la Salud, Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH, 2019 [Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019], Ginebra: 2021.
- [10] Organización Panamericana de la Salud, *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2.a ed.2016*, Washington, D.C., 2018.
- [11] *Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH 2015. Washington, D.C.; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*
- [12] Diario Oficial de la República de Honduras La Gaceta, *Modelo Nacional de salud Decreto Ejecutivo Número PCM 051-2017*, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A., Año CXXXIX viernes 8 de septiembre del 2017. NUM. 34,438.

- [13] South African National Department of Health, Guidelines on the Management of Post-Exposure Prophylaxis (PEP) in Occupational and Non-Occupational Exposures, Republic of South Africa, 2020.
- [14] New York State Department of Health AIDS Institute (NYSDOH AI), Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection, New York , 2023.
- [15] Australian Government Department of Health, Post-Exposure Prophylaxis after non-occupational and occupational exposure to HIV Australian National Guidelines (Third edition), Australian, 2023.
- [16] Secretaría de Salud, Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A., noviembre 2022 .
- [17] Organización Panamericana de la Salud, *Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Módulo 1: Profesionales clínicos*, Washington, D.C., 2018.
- [18] Secretaría de Salud , *PT45:2019 Protocolo para el manejo integral de la enfermedad renal crónica en adultos en Honduras*, 2019.
- [19] World Health Organization, *Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance. Technical Brief*, Geneva, 2022.
- [20] Secretaría de Salud, FOR-FV-05 Ficha de notificación de sospecha de reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos, Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A..
- [21] Secretaría de Salud, Manual de atención integral a personas adultas y adolescentes con el virus de la inmunodeficiencia humana (M06:2017, Rev.03-2023), Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, junio 2023.
- [22] PLANTA, Guías de tratamiento antirretroviral del paciente pediátrico con VIH en Latinoamérica, España, 2023.
- [23] Secretaría de Estado en el Despacho de Salud La Gaceta Diario oficial de la República de Honduras, Esquema Nacional de Vacunación ACUERDO No. 1452-2024, Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A. , martes 30 de abril del 2024.
- [24] Secretaría de Salud, Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual. M07: 2015, Rev.02-2021, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A., noviembre 2021.
- [25] Secretaría de Salud, Lineamiento de referencia y respuesta del Sistema Nacional de la Salud, Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A., mayo 2019.
- [26] University of Liverpool, Interacciones entre drogas del VIH, Última actualización 02 noviembre 2023 Interactions hiv-druginteractions.org.

[27] Clinic Barcelona Universitat Barcelona, Interacciones VIH, Barcelona, abril 2024 Disponible en: www.interaccionesvih.com.

14. Anexos

Anexo 1. Criterios para determinar quién es elegible para los diferentes tipos de PPE según el mecanismo de exposición

Tipo de profilaxis	Mecanismo de exposición			Plazo dentro del cual la PPE tiene más probabilidades de ser eficaz	La profilaxis no está indicada si:
	Exposiciones parenterales, u otros fluidos corporales infecciosos	Exposición sexual	Heridas Cortes, abrasiones, pinchazos, mordeduras y otras heridas abiertas		
Profilaxis del VIH	X	X		Dentro de las 72 horas (idealmente en las primeras 2 horas de la exposición)	<p>Las siguientes exposiciones no requieren PPE contra el VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición a fluidos corporales que no suponen un riesgo significativo de transmisión del VIH. Si la persona expuesta ya tiene VIH. Si se confirma que la persona fuente no tiene VIH, y se ha excluido el período ventana, no presenta signos y síntomas de infección aguda por VIH, no riesgo continuo de VIH.
Profilaxis del VHB	X	X	Las mordeduras humanas requieren profilaxis contra el VHB	<p>Durante los 7 días posteriores a la exposición parenteral y a pinchazos con agujas.</p> <p>Durante los 14 días posteriores a la exposición sexual.</p>	<p>NO hay necesidad de investigación e intervención terapéutica si la persona expuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene infección por VHB en el momento de la exposición. Fue vacunado con buena respuesta conocida. Si la fuente es AgHBs negativa, incluso si la persona expuesta no está vacunada o desconoce su estado de vacunación.
Anticoncepción de emergencia		X		Tan pronto como sea posible, pero dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección.	<p>Las siguientes mujeres no requieren anticoncepción de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mujeres que ya están embarazadas. Mujeres que estén cubiertas por otros medios anticonceptivos. Niñas pre púberes que no han comenzado a menstruar. Mujeres post menopáusicas
Profilaxis de ITS		X		Dentro de las 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> Brindar tratamiento según evaluación clínica (anamnesis y examen físico) y resultados de las pruebas.
Profilaxis contra el tétanos			X		<p>Las personas expuestas NO requieren vacunación contra el tétanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedente de 3 dosis o más (demostrado) herida limpia y menor y todo tipo de herida. <p>Administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Herida limpia y menor: si la última dosis se recibió hace más de 10 años Todo tipo de herida: si la última dosis se recibió hace más de 5 años

Fuente bibliográfica [13] [14] [15] [23]

Anexo 2. Formato de registro de profilaxis posterior a la exposición al VIH

FORMATO DE REGISTRO DE PROFILAXIS POSTERIOR A LA EXPOSICIÓN AL VIH

Establecimiento de salud: _____ Código del establecimiento de Salud: _____
 Fecha de consulta inicial: _____ Hora: _____ Número de expediente: _____
 Procedencia del caso: Demanda espontánea__ Referido: __

INFORMACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

Tipo de exposición: Exposición parenteral: _____
 Exposición por membrana mucosas: Exposición sexual: Agresión sexual____ Exposición sexual consensuada____
Fecha de la exposición: _____ Hora de la exposición: _____ Tiempo transcurrido: _____
La exposición es de riesgo para la transmisión del VIH: SI __ NO __
Se da primera dosis de emergencia: SI __ NO __
 Si no se administra especifique _____

DATOS GENERALES DE LA PERSONA EXPUESTA

Nombre completo: _____ DNI: _____
 Nombre por identidad de género (asumido): _____
Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____
Sexo biológico: Hombre __ Mujer: __ Intersexual__ **Género:** Femenino__ Masculino__ Otro__
 Especificar _____
Tipo de población: PG__ HSH__ TS__ PPL__ Mujer trans __ PDI__
Grupo étnico: _____
Condición: Embarazada__ Población pediátrica_____
Identificación por orientación sexual o género:
 - Orientación sexual: Homosexual__ Bisexual__ Heterosexual__ Otro__ Especificar_____
 - Identidad de género: Hombre trans__ Mujer trans__ Travesti__ Transgénero__ Otro__ Especificar_____
Nombre de madre/padre/tutor: _____ DNI _____
Edad: _____ **Parentesco:** _____
Domicilio: _____ **Teléfono:** _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA EXPUESTA

Estado serológico respecto al VIH	Persona expuesta refiere que no tiene VIH: Fecha de prueba de VIH más reciente _____ Resultado: _____ Tiene o ha tenido en los últimos 15 días signos o síntomas de una posible infección aguda por el VIH: SI__ NO__ Si es SI, ¿Cuál? _____ Ha tenido exposiciones al riesgo de VIH en los últimos tres meses: SI__ NO__ Es pareja sexual de una persona con VIH SI__ NO__
Uso de PPE	Ha recibido PPE en los últimos 6 meses: SI__ NO__ Cuantas veces ha recibido: ____ Fecha de última PPE: _____ Finalizó el ciclo de 28 días SI__ NO__ Motivo por cual no finalizó: _____
Riesgo al VIH	Vida sexual activa SI__ NO__ En los últimos 3 meses ha tenido otras posibles exposiciones al riesgo del VIH: SI__ NO__
Uso PrEP	Toma actualmente PrEP: SI__ NO__ SI toma PrEP: Fecha de inicio de la PrEP: _____ Modalidad: PrEP oral diaria __ PrEP-AD__ Otra_____ Si toma PrEP diaria: En los últimos 7 días se ha tomado la PrEP de forma continua: SI__ NO__ Si toma PrEP AD: La exposición sexual ocurrió en las 48 horas de haberse tomado la DOBLE DOSIS SI__ NO__
- T S	Tiene síntomas de ITS SI__ NO__

Estado de embarazo	Está embarazada: SI ___ NO ___ Desconoce _____ Edad gestacional _____ Fecha de última menstruación: _____ Está dando lactancia materna SI ___ NO ___ Usa algún método de planificación familiar: SI ___ NO ___ Si es SI ¿Cuál? _____
VHB	Antecedentes de vacuna de hepatitis B: Esquema completo ___ Esquema incompleto ___ Sin vacunación ___ Infección crónica por el VHB ___ Desconoce _____
VHC	Hepatitis C aguda ___ Infección reciente por el virus de la hepatitis C _____
Tétanos	Antecedentes de vacuna de Td: Esquema completo ___ Esquema incompleto ___ No. dosis ___ Sin vacunación _____
	Enfermedades crónicas no transmisibles importantes y/o comorbilidades _____ Tratamiento actual de las enfermedades _____ Alergias a medicamentos: SI ___ NO ___ ¿Cuáles? _____ Consumo de drogas: SI ___ NO ___ ¿Cuáles? _____ Persona con discapacidad: Auditiva ___ Visual ___ Sordoceguera ___ Psicosocial ___ Intelectual o cognitiva ___ Física o motora ___ Múltiple ___ Especificar: _____ Enfermedad psicológica o psiquiátrica NO ___ SI ___ Especifique _____

Evaluación de signos vitales:

Presión arterial:
Temperatura:
Frecuencia respiratoria:
Frecuencia cardíaca:

Solo para personas expuestas en establecimientos de salud:

Área del establecimiento de salud donde se expuso: _____
Cargo en el establecimiento en que labora la persona expuesta: _____
Área del cuerpo afectada: _____
¿Llevaba el equipo de protección establecido para la actividad que realizaba? SI ___ NO ___
¿Utilizó la técnica adecuada para el procedimiento que realizaba? SI ___ NO ___
Accidentes previos: SI ___ NO ___ Fecha de último accidente _____ Fue notificado: SI ___ NO ___

INFORMACIÓN DE LA PERSONA FUENTE

VIH	Persona fuente refiere que NO tiene VIH: Fecha de prueba de VIH más reciente _____ Resultado: _____ Tiene o ha tenido en los últimos 15 días signos o síntomas de una posible infección aguda por el VIH: SI ___ NO ___ Si es SI, ¿Cuál? _____ Ha tenido exposiciones al riesgo de VIH en los últimos tres meses: SI ___ NO ___ Pertenece a grupo de población clave: SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____ Es pareja sexual de una persona con VIH SI ___ NO ___
	Si la persona fuente refiere que tiene VIH: Obtenga la información con el personal médico tratante previo consentimiento de la persona fuente Estado del tratamiento, cambios y último esquema de TAR _____ Historial de cargas virales y resultados, en el último año _____ Historial o sospecha de resistencia antirretroviral _____ Adherencia al TAR _____
ITS	Tiene síntomas de ITS. SI ___ NO ___ ¿Cuál ITS, o ¿Cuáles síntomas? _____ Fue tratada la ITS SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____
PrEP	Toma actualmente PrEP: SI ___ NO ___ Fecha de inicio de la PrEP: _____ Modalidad: PrEP oral diaria ___ PrEP oral a demanda /PrEP-AD) Si toma PrEP diaria: En los últimos 7 días se ha tomado la PrEP de forma continua: SI ___ NO ___ Si toma PrEP A Demanda: La exposición ocurrió en las 48 horas de haberse tomado la DOBLE DOSIS SI ___ NO ___

VHB	Antecedentes de vacuna de hepatitis B: Esquema completo__ Esquema incompleto__ Sin vacunación__ Desconoce____ Infección crónica por el VHB SI__ NO__ Está en tratamiento actual SI__ NO__ Es adherente al tratamiento SI__ NO__
VHC	<ul style="list-style-type: none"> • HC aguda SI__ NO__ • Infección reciente por el VHC SI__ NO__

PRUEBAS DE LABORATORIO DE REFERENCIA A PERSONA EXPUESTA Y FUENTE

TIPO DE PRUEBA	PERSONA EXPUESTA				PERSONA FUENTE			
	SI	NO	N/A	Resultado	SI	NO	N/A	Resultado
VIH								
AgHBs								
Anticuerpos contra el VHC AbHBs								
Creatinina y TFG								
Sífilis: RPR								
Clamidia y gonorrea								
Prueba de embarazo								
Hemoglobina o hemograma								
Otras								
COMENTARIOS								

PRESCRIPCIÓN

Persona expuesta es elegible para la PPE: SI__ NO__

La persona acepta la PPE: SI__ NO__ Si NO acepta Especificar _____

Profilaxis	PPE
VIH	Esquema: _____
VHB (Vacuna contra el VHB)	Fechas: 1era dosis: _____ 2da Dosis: _____ 3era Dosis: _____ 4ta Dosis _____
ITS	Esquema: _____
Anticoncepción de Emergencia	Esquema: _____
Tétanos	Vacunación: _____

Plan de seguimiento: 48 horas _____ Semana 1 (7 días) _____ Semana 4 _____ Semana 12 _____

REFERENCIAS

Referencia: SI__ NO__ Fecha de la referencia _____

Lugar donde se refiere: _____

Motivo de la referencia: _____

SEGUIMIENTO

EVALUACIÓN DE SIGNOS VITALES	Semana 1	Semana 4	Semana 12
Presión arterial			
Temperatura			
Frecuencia respiratoria			
Frecuencia cardiaca			

Prueba de laboratorio de seguimiento	Semana 4		Semana 12	
	Fecha de realización	Resultado	Fecha de realización	Resultado
VIH				
Embarazo				
RPR				
AgHBs				

Cumplió con el plan de citas de seguimiento SI__ NO__

Presentó efectos secundarios: SI__ NO__ Si es SI, ¿Cuáles? _____

Suspendió la PPE SI__ NO__ Si es SI, Especificar el motivo _____

Finalizó el ciclo de 28 días SI__ NO__ Si es NO Especificar el motivo _____

Nombre y firma del proveedor de salud tratante: _____

Anexo 3. Criterios de referencia inmediata para hospitalización de acuerdo con la presencia de signos y síntomas de riesgo vital

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones físicas severas que requieren tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc.).• Embarazada agredida sexualmente con amenaza de aborto o parto pretérmino.• Condición médica que ponga en peligro la vida de la persona.• Condición médica que amerite tratamiento intrahospitalario.
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Deseo profundo de muerte.• Persona con intento suicida o con ideaciones suicidas.• Depresión moderada a severa.• Ideas y percepciones anormales, pérdida del contacto con la realidad.• Impulsividad marcada con ideas suicidas y homicidas.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none">• Víctima sobreviviente en alto riesgo social.

Fuente bibliográfica ^[16] ^[25]

Anexo 4. Cuadro de interacciones medicamentosas

DROGA	RECOMENDACIÓN	COMENTARIO
Analgésicos		
Aspirina	Precaución	Aumenta riesgo de toxicidad del TDF. Considerar drogas alternativas, monitorear
Diclofenaco		
Ibuprofeno		
Naproxeno		
Piroxicam		
Antimicóticos		
Anfotericina B	Precaución	Mayor riesgo de toxicidad del TDF.
Itraconazol		Aumenta absorción de TDF
Antivirales		
Adefovir	Contraindicado	Riesgo de necrosis tubular Aumenta absorción de TDF, monitorear.
Cidofovir		
Foscarnet	Precaución	Mayor riesgo de toxicidad
Ganciclovir		
Telaprevir	Precaución	Aumenta absorción de TDF, monitorear
Antimicrobianos		
Aminoglucósidos	Precaución	Mayor riesgo de nefrotoxicidad. Monitorear función renal.
Isetionato de pentamidina		
Pirimetamina	Precaución	Aumento de la absorción de la Emtricitabina
Inmunomoduladores		
Ciclosporina	Precaución	Aumenta absorción de TDF, monitorear
Hidroxiurea	Precaución	Mayor riesgo de toxicidad
Interferón alfa		
Sistema Cardio Vascular		
Amiodarona	Precaución	Aumento absorción de TDF Monitorear
Furosemida	Precaución	Monitoreo Función Renal
Verapamilo	Precaución	Aumento absorción del TDF Monitorear

Fuente bibliográfica ^[26]

Anexo 5. Ajuste de dosis de los antirretrovirales en insuficiencia renal y hepática

Antirretrovirales	Insuficiencia renal	Hemodiálisis/diálisis peritoneal/CRRT	Insuficiencia hepática
Lamivudina (3TC)	<p>CI \geq 50: 150 mg c/12h o 300 mg c/24h. CI 30-49: 150 mg c/24h. CI 15-29: 100 mg c/24h (solución oral). CI 5-14: 50 mg c/24h (solución oral). CI < 5: 25 mg c/24h (solución oral)</p> <p>No administrar Combivir y Trizivir si CI < 50 mL/min (administrar los componentes por separado, ajustando dosis adecuadamente).</p>	<p>HD: 25 mg c/24h (solución oral). Los días de la HD, administrar post-HD.</p>	Dosis habitual
Tenofovir (TDF)	<p>CI > 50: no requiere ajuste de dosis. CI 30-49: 300 mg C/48h. CI 10-29: 300 mg c/72 a 96h.</p> <p>No hay recomendaciones disponibles para personas con CI <10 sin HD.</p>	<p>HD: habitualmente 300 mg una vez por semana, después de una de las sesiones (asumiendo 3 sesiones de diálisis semanales de 4h)</p>	Dosis habitual
Zidovudina (AZT)	<p>CI 10-50: 250-300 mg c/12h. CI < 10: 250 – 300 mg c/24h.</p> <p>No administrar Combivir y Trizivir si CI < 50 mL/min (administrar los componentes por separado, ajustando dosis adecuadamente).</p>	<p>300 mg c/24h. HD/CAPD: no afecta la eliminación de AZT y aumenta la eliminación de AZT. Por precaución no se recomienda administrar la dosis diaria post – HD/CAPD.</p>	<p>Se ha observado una reducción del aclaramiento oral de zidovudina el 32%, 63% y 72% respectivamente, en personas con IH leve, moderada – grave o cirrosis comprobada por biopsia, en comparación con personas sin alteración hepática. Algunos autores sugieren reducir la dosis a 200 mg c/12h en personas con IH grave. Se recomienda monitorizar estrechamente la aparición de toxicidad hematológica.</p>

Fuente bibliográfica ^[27]

Anexo 6. Esquema de vacunación de Hepatitis B

Víctimas de agresión sexual	1er dosis	1er contacto
	2da dosis	7 días después de 1era dosis.
	3ra dosis	21 días después de 1era dosis
	4ta dosis	12 meses después de la 1era dosis
Grupos de riesgo	1era dosis	1er contacto
	2da dosis	1 mes después de la 1era. dosis
	3era dosis:	6 meses después de la 1era. dosis

Fuente bibliográfica ^[23]

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR DEL PROTOCOLO

COMITÉ TÉCNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Sandra Margarita Núñez	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales
Xiomara Carolina Oyuela	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales
Anggie Vanessa García	Programa de Enfermedades Transmisibles Infecciosas y otras Dirección General de Riesgos Poblacionales

AUTORES

Gabriela Regina Barahona	Dirección General de Normalización
Isis Zaldívar	Dirección General de Normalización
Adonis Andonie	Dirección General de Normalización
Mario Roberto Ramírez	Coordinación Nacional de Subvenciones y Plan de Sostenibilidad VIH, TB Malaria y Covid / Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud
Kathia Hernández	Unidad de Vigilancia de la Salud
Suyapa Mendoza	Unidad de Vigilancia de la Salud /Laboratorio Nacional de ITS
Rita Meza	Unidad de Vigilancia de la Salud /Laboratorio Nacional de VIH
Vera Dessireé Acosta	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
Silvia Nazar	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
Clara López	Unidad de Género
Dilcia Castellanos	Programa Ampliado de Inmunizaciones
Julissa Arita	Programa Ampliado de Inmunizaciones
Dixiana Flores	Policlínico Metropolitano de Salud
Karen Sobeida Erazo	Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas
Héctor Raúl Pineda	Establecimiento de Salud Copán Ruinas
Víctor Umanzor	Hospital El Sur
Elsa Yolanda Palou	Asesora especialista en VIH
Adriana Arita	Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS
Eler Alonzo	Asociación Kukulcán
Dany Arturo Montecinos	Asociación Kukulcán
Gloria Stephany Figueroa	Organización Panamericana de la Salud
Sergio Flores Urrutia	ICAP Global Health - Honduras
Marta Molina	Secretaría de Trabajo y Seguridad Social / Dirección General de Previsión Social
Marissa Duarte	Secretaría de Trabajo y Seguridad Social / Dirección General de Previsión Social
Ismael Raudales	Ministerio Público. Dirección Medicina Forense
Dr. Álvaro Solórzano, Medico	Ministerio Público Dirección Medicina Forense
Ana León	Médicos Sin Fronteras

Mónica Gabriela Palencia

USAID Proyecto Respuesta Sostenible a la Salud, VIH y Nutrición en Centroamérica/ FANCAP

Iliana Victoria Guevara

USAID Proyecto Respuesta Sostenible a la Salud, VIH y Nutrición en Centroamérica/ FANCAP

VALIDACIÓN TÉCNICA

Flavia Alejandra Girón

Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos y Equipamiento

Rita Isabel Meza

Laboratorio Nacional VIH

Norma Ramos

Unidad de Gestión de la Información

Wendy Karely Moncada

Instituto Nacional Cardiopulmonar

Gabriela María Cano

CIS Dr. Alonso Suazo

Rigoberto Sequeira

Asociación PASMO Honduras

Lessa Medina

Fondo Mundial / Global Communities

Martha Janine Granera

Fondo Mundial / Global Communities

Carolina Bustillo

Programa Regional de VIH - VIHCA

Miguel García

Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA de Honduras ASONAPVSIDAH

Edith Acosta

Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA de Honduras ASONAPVSIDAH

Allister Morazán

Policlínico Metropolitano de La Ceiba

PRUEBA PRÁCTICA

Silvia Montes

Hospital Nacional Mario Catarino Rivas

Rosa Arias

Hospital Nacional Mario Catarino Rivas

Sandra Mejía

Hospital Nacional Mario Catarino Rivas

Jessy Banegas

Hospital Nacional Mario Catarino Rivas

Nelly Esperanza Muñoz Muñoz

Policlínico Dr. Alonso Suazo

Dorcas Rachel Baca Trujillo

Policlínico Dr. Alonso Suazo

Katherine Tatiana Girón Paz

Policlínico Dr. Alonso Suazo

Delmis Lizeth Rivera Banegas

Policlínico Dr. Alonso Suazo

Erasmus Martínez

Hospital Occidente

Jennifer Murillo

Hospital Occidente

Sonia Corea

Hospital del Sur

Andy Cruz

Hospital del Sur

Ricardo Andino

Hospital del Sur

Alma Delia Lozano

Hospital del Sur

AGRADECIMIENTO

Este protocolo es posible gracias al apoyo generoso del pueblo de los Estados Unidos, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este protocolo es responsabilidad de la Secretaría de Salud de Honduras y no necesariamente refleja el punto de vista de USAID o del gobierno de los Estados Unidos.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



FANCAP
FUNDACIÓN PARA LA
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ